

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**JUDUL :**

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN PEMENUHAN  
RASA NYAMAN NYERI DENGAN RELAKSASI BENSON  
PADA PASIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA**

**OLEH :**

**NOVI FRIMA LISTARI, S.KEP**  
**1814901676**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS STIKes  
PERINTIS PADANG TAHUN 2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN DALAM PEMENUHAN RASA  
NYAMAN NYERI DENGAN RELAKSASI BENSON PADA PASIEN POST  
OPERASI SECTIO CAESAREA (SC)**

**OLEH :**

**NOVI FRIMA LISTARI, S.Kep**  
**1814901676**

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan diseminarkan**

**Bukit Tinggi, 04 September 2019**

**Dosen Pembimbing**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**(Ns. Yesi Andriani, M.Kep, SP.Kep.Mat )**      **((Ns. MERA DELIMA, M.Kep)**

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

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

**HALAMAN PENGESAHAN**

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN DALAM PEMENUHAN RASA  
NYAMAN NYERI DENGAN RELAKSASI BENSON PADA PASIEN POST  
OPERASI SECTIO CAESAREA**

**OLEH :**

**Hj.NOVI FRIMA LISTARI, S.KEP**  
**1814901676**

**Pada :**

**HARI/TANGGAL : Rabu, 04 September 2019**  
**JAM : 13.00-14.00**

**Dan yang bersangkutan dinyatakan  
LULUS**

**Tim Penguji :**

**Penguji I : Ns. Vera Sasrianty, M.Kep** \_\_\_\_\_

**Penguji II : Ns. Yesi Andriani, M.Kep, Sp.Kep.Mat** \_\_\_\_\_

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

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

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang Bertanda tangan di bawah ini

Nama Lengkap : Novi Frima Listari, S.Kep  
Nomor Induk Mahasiswa : 1814901676  
Nama Pembimbing I : Ns. Yesi Andriani, M.Kep, Sp.Kep.Mat  
Nama Pembimbing II : Ns.Mera Delima, M.Kep  
Nama Penguji I : Ns.Vera Sasrianty, M.Kep  
Nama Penguji II : Ns. Yesi Andriani, M.Kep, Sp.Kep.Mat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA -N) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Demikian , pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Bukit Tinggi, 03 September 2019

Yang membuat pernyataan,

Novi Frima Listari, S.Kep  
Nim: 1814901676

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG  
KARYA ILMIAH AKHIR NERS, 04 September  
2019 NOVI FRIMA LISTARI, S.Kep 1814901676**

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN PEMENUHAN RASA NYAMAN  
NYERI DENGAN RELAKSASI BENSON PADA PASIEN  
POST OPERASI SECTIO CAESAREA**

**V Bab, halaman, 108 tabel**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang :** Angka kelahiran di Indonesia masih tinggi dan kira-kira 15% dari seluruh wanita hamil mengalami komplikasi dalam persalinan. Hal ini membutuhkan penanganan khusus selama persalinan. Sectio caesarea adalah jalan keluar untuk penanganan persalinan dengan komplikasi. Menurut World Health Organization (WHO) (2015) standar persalinan Sectio Caesarea Inggris Tahun 2010 angka Sectio Caesarea mengalami peningkatan 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 di Indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang di survey dari 33 provinsi. Gambaran adanya faktor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi Caesarea adalah 13,4% karena ketuban pecah dini, 5,49% Karena Preeklampsia, 5,14% karena Perdarahan, 4,40% Kelainan letak Janin, 4,2% (Risesdas RI, 2015).

**Tujuan :** Mampu menerapkan pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan relaksasi benson pada pasien post operasi Sectio Caesarea di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi.

**Hasil :** setelah dilakukan penerapan teknik relaksasi benson didapatkan hasil nyeri berkurang, skala nyeri 0-2.

**Kesimpulan :** teknik relaksasi benson efektif dapat mengurangi nyeri pada ibu dengan post sectio caesarea.

**Kata kunci :** Sectio Caesarea, teknik relaksasi benson

**Daftar pustaka : 16 (2000-2014)**

**NERS PROFESSIONAL STUDY PROGRAM  
PADANG Pioneering Stikes  
FINAL SCIENTIFIC WORKS OF NERS, September 4,  
2019 NOVI FRIMA LISTARI, S.Kep 1814901676**

**ANALYSIS OF NURSING FRIENDLY NURSING  
PRACTICES PAIN WITH RELAXATION OF BENSON IN  
PATIENTS POST OPERATION SECTIO CAESAREA**

**V Chapters, 108 pages, 6 tables**

**ABSTRACT**

**Background:** Birth rates in Indonesia are still high and approximately 15% of all pregnant women experience difficulties in labor. This requires special handling during labor. Sectio caesarea is a way out for the management of labor with complications. According to the World Health Organization (WHO) (2015) labor standards for Sectio Caesarea in 2010 Sectio Caesarea rate increased 24.6% increase in 2008 23.5% and in Australia in 2010 increased 31% which in 2008 amounted to 21% in Indonesian Sectio Caesarean Birth in Indonesia 15.3% of the sample of 20,591 mothers who gave birth in the last 5 years were surveyed from 33 provinces. Description of maternal risk factors during childbirth or Caesarean surgery is 13.4% due to premature rupture of membranes, 5.49% due to preeclampsia, 5 . 14% due to bleeding, 4.40% abnormalities near fetus, 4.2% (Riskasdas RI , 2015).

**Objective:** To be able to manage the fulfillment of comfort with benson relaxation in post - operative Sectio Caesarea patients at RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi.

**Results:** after the application of the Benson relaxation technique the reduction results, pain scale 0-2.

**Conclusion:** Benson relaxation techniques can effectively eliminate relaxation in mothers with post sectio caesarea.

**Keywords:** Sectio Caesarea, Benson relaxation techniques

**Bibliography:** 16 (2000-2014)

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : **Hj.Novi Frima Listari, S.Kep**

TTL : Kerinci, 01 Oktober 1982

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

**Nama Suami : Jaenal Sobari, ST**

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Waskita Karya No 20 Rt 14 Rw 007 Lingkungan Pasar Atas  
Bangko. Kec. Bangko Kab. Merangin - Jambi

Nama Orang Tua

**Nama Ayah : Mukhlis, S.Pd**

**Nama Ibu : Sukmawati, S.Pd (Alm)**

Riwayat Pendidikan :

1. SD No. 120/IV Kederasan Panjang Bangko Tahun 1995
2. SMP Negeri I Bangko Tahun 1997
3. Akademi keperawatan Garuda Putih Jambi Tahun 2003
4. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi Tahun 2013

## KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan (KIA-N) yang berjudul **“ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN PEMENUHAN RASA NYAMAN NYERI PADA PASIEN POST OP SECTIO CAESAREA (SC)”**. Shalawat dan salam senantiasa tercurah kepada Nabi 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 diajukan untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners. Dalam penyusunan KIA-N ini penulis banyak mendapatkan bantuan , pengarahan, bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan sehingga penyusunan KIA-N ini dapat di selesaikan:

1. Ketua Stikes Perintis Padang Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed.
2. Ketua Program Profesi Ners Stikes Perintis Padang Ns. Mera Delima, M.Kep
3. Pembimbing (KIA-N), Ns. Yesi Andriani, M.Kep, Sp.Kep.Mat, Ns. Mera Delima, M.Kep yang dengan penuh kesabaran dan ketekunan memberikan dorongan,



perhatian, bimbingan, pengarahan, serta saran dalam pembuatan (KIA-N) ini mulai dari awal sampai akhir.

4. Kepada Tim Penguji (KIA-N), yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, kritik maupun saran demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Dosen dan staff Prodi Ners STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama penulis dalam pendidikan.
6. Semua pihak yang dalam kesempatan ini yaitu doa yang tidak hentinya yang diberikan oleh Suami dan Kedua Orang Tua, adikku Dina Fitriani, S.Farm, Apt, Abangku Yunico Handhian, ST.MT beserta seluruh anggota keluarga besar saya dan uni- uni perawat di ruang Siti Aisyah RSI Ibnu Sina Bukit Tinggi, Selanjutnya teman-teman profesi Ners Khususnya adik-adik kelompok Trio Libers yang paling is the best, dan seluruhnya yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah banyak membantu baik dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini maupun dalam menyelesaikan praktek Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa didalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak terdapat kekurangan- kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan keterbatasan ilmu dan kemampuan Penulis. Untuk itu penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Atas bantuan yang diberikan penulis mengucapkan terima kasih. Semoga bimbingan, bantuan dan dukungan yang telah diberikan mendapat imbalan dari Allah SWT Aamiin.

Bukit Tinggi, September 2019

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR ORIGINALITAS .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>

### **BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	7

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Post Partum dengan Sectio Caesarea	
2.1.1 Definisi .....	9
2.1.2 Etiologi .....	10
2.1.3 Patofisiologi .....	10
2.1.4 Pathway .....	12

2.1.5	Jenis – jenis Sectio Caesarea .....	13
2.1.6	Komplikasi Sectio Caesaria .....	14
2.1.7	Resiko Sectio Caesarea .....	15
2.1.8	Jenis Anestesia Yang Digunakan .....	15
2.1.9	Adaptasi Fisiologis Post Partum .....	16
2.1.10	Adaptasi Psikologis Masa Nifas.....	21
2.1.11	Keperawatan Masa Nifas .....	22
2.2 Konsep Relaksasi Benson		
2.2.1	Pengertian .....	31
2.2.2	Manfaat Relaksasi Benson .....	32
2.2.3	Kelebihan Relaksasi Benson .....	33
2.2.4	Prosedur Teknik Relaksasi Benson .....	37
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum Dengan SC		
2.3.1	Pengkajian .....	39
2.3.2	Analisa Data .....	50
2.3.3	Diagnosa Keperawatan.....	50
2.3.4	Rencana Asuhan Keperawatan .....	51

### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN**

3.1	Pengkajian .....	67
3.2	Analisa Data .....	76
3.3	Prioritas Diagnosa Keperawatan .....	77
3.4	Rencana Tindakan Keperawatan.....	79
3.5	Catatan Perkembangan.....	83

### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian.....	93
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	94
4.3 Intervensi.....	95
4.4 Implementasi .....	102
4.5 Evaluasi .....	103

#### **BAB IV PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....	106
5.2 Saran .....	107

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LatarBelakang**

Keperawatan Maternitas merupakan 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 terhadap tingginya angka kematian ibu dan 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).

Setiap tahun sekitar 160 juta perempuan di seluruh dunia hamil. Sebagian besar kehamilan ini berlangsung dengan aman. Namun sekitar 15 % menderita. Komplikasi berat, dengan sepertiganya merupakan komplikasi yang mengancam

jiwa ibu. Komplikasi ini mengakibatkan kematian lebih dari setengah juta ibu setiap tahunnya. Jumlah ini diperkirakan 90 % terjadi Asia dan Afrika Sub Sahara, 10 % di Negara berkembang lainnya, dan kurang dari 1 % di negara-negara maju. Dibeberapa negara, resiko kematian ibu lebih tinggi dari 1 dalam 10 kehamilan, sedangkan di Negara maju resiko ini kurang dari 1 dalam 6.000 (Prawirohardjo, 2014).

Angka kelahiran di Indonesia masih tinggi dan kira-kira 15% dari seluruh wanita hamil mengalami komplikasi dalam persalinan. Hal ini membutuhkan penanganan khusus selama persalinan. Sectio caesarea adalah jalan keluar untuk penanganan persalinan dengan komplikasi. Menurut World Health Organization (WHO) (2015) standar persalinan Sectio Caesarea Inggris Tahun 2010 angka Sectio Caesarea mengalami peningkatan 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 di Indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang di survey dari 33 provinsi. Gambaran adanya factor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi Caesarea dalah 13,4% karena ketubanpecahdini, 5,49% Karena Preeklampsia, 5,14% karena Perdarahan, 4,40% Kelainan letak Janin, 4,2% (Riskesdas 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. Penyebab utama kematian ibu telah diuraikan di atas, yaitu perdarahan, infeksi, hipertensi dalam kehamilan,

partus macet, dan aborsi. Kesakitan ibu terdiri atas komplikasi ringan sampai berat berupa komplikasi permanen atau menahun yang terjadi sesudah masa nifas. Contoh komplikasi ini adalah fistula, inkontinensia urin dan alvi, perut uterus, penyakit radang panggul, palsi, dan sindrom Sheehan (Prawirohardjo, 2014).

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

Sectio Caesaria adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Pembedahan Sectio Caesaria profesional yang pertama dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 1927. Sebelum tahun 1800 Sectio Caesaria jarang dikerjakan dan biasanya fatal. 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 dengan bedah caesar adalah sekitar 10—15% dari semua proses persalinan dinegara berkembang. Bahkan, presentase melahirkan Sectio Caesarea di rumah sakit swasta pada tahun 2004 rata-rata 20 % dan persalinan rata 20 % dan persalinan normal 80%. Sementara, menurut laporan kedokteran terbaru di tahun 2015 naik lagi menjadi 26,3% dan 27,5% di tahun 2006(Kemenkes RI, 2013).

Tindakan operasi Sectio Cesarea menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebutakan menimbulkan berbagai masalah jika tidak ditangani yaitu mobilisasi terbatas, bonding attachment( ikatan kasih sayang ) terganggu/tidak terpenuhi, ADL, IMD, tidak dapat terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak jadi respon ibu terhadap bayi kurang (Afifah, 2009) Nyeri adalah suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif (mutaqqin, 2008).

Upaya –upaya untuk mengatasi nyeri pada ibu post SC adalah dengan menggunakan farmakologi dan nonfarmakologi, penatalaksanaan non farmakologi. Penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis adalah dengan relaksasi benson. Relaksasi benson adalah salah satu cara untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian kepada relaksasi sehingga kesadaran pasien



terhadap nyerinya berkurang. Latihan relaksasi benson cukup efektif untuk memunculkan keadaan tenang dan rileks dimana gelombang otak mulai melambat akhirnya membuat seseorang dapat istirahat dengan tenang. Hasil penelitian Anita Yusliana, Misrawati, Sfari (2015) tentang efektifitas relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pada ibu post Sectio Caesarea. Dan juga penelitian yang dilakukan oleh warsono, Faradisa Yunita Fahmi, Galuh Iriantono tentang pengaruh pemberian relaksasi benson terhadap intensitas nyeri ibu post Sectio Caesarea diruang Wijaya Kusuma RS PKU Muhammadiyah Cepu.

Maka sebab itu penulis tertarik untuk mengaplikasikan relaksasi benson ini dalam kasus kelolaan yang tujuannya agar nyeri ibu post sectio caesarea berkurang-normal. Relaksasi benson ini merupakan salah satu alternatif cara yang murah, mudah dan aman tanpa efek samping. Berdasarkan fenomena diatas maka penulis mengangkat judul “ Analisis Praktik Keperawatan Dalam Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Dengan Relaksasi Benson Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesaria.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah pada karya ilmiah ini adalah bagaimanakah pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan relaksasi benson pada post op Sectio Caesarea.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu menerapkan pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan relaksasi benson pada pasien setelah operasi melahirkan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mampu memahami konsep pasien setelah operasi melahirkan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi Tahun 2019.
2. Mampu melakukan pengkajian pasien setelah operasi melahirkan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi Tahun 2019.
3. Mampu merumuskan diagnose keperawatan pada pasien setelah operasi melahirkan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi Tahun 2019.
4. Mampu menerapkan salah satu intervensi terkait dari jurnal tentang relaksasi benson pada pasien setelah operasi melahirkan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi Tahun 2019.
5. Mampu menerapkan implementasi dari hasil jurnal tentang relaksasi benson pada pasien setelah operasi melahirkan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi Tahun 2019.
6. Mampu mengevaluasi dan menganalisis dari hasil jurnal tentang relaksasi benson pada pasien setelah operasi melahirkan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi Tahun 2019.

7. Mampu melakukan pendokumentasian dari hasil jurnal relaksasi benson pada pasien setelah operasi melahirkan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi Tahun 2019.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Mengenal keperawatan penurunan nyeri dengan relaksasi benson pada pasien setelah operasi melahirkan di ruang Kebidanan Siti Aisyah RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi. Dan juga sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan maternitas bagi peserta didik khususnya Prodi Profesi Ners Stikes Perintis Padang. Hasil ini diproses dapat menjadi dasara atau data yang mendukung untuk badan pengajaran ilmu keperawatan maternitas.

### **1.4.2 Bagi Perawat**

Manfaat penulisan bagi penulis dan perawat adalah menambah wawasan penelitian tentang penurunan nyeri dengan relaksasi benson pada pasien post operasi Sectio Caesarea , dan bagi perawat ruang kebidanan Siti Aisyah bisa menjadikan acuan dan menerapkan aplikasi tersebut dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi Sectio Caesarea.

### **1.4.3 Bagi Pelayanan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan khususnya perawat agar pihak rumah sakit melakukan

penerapan relaksasi benson sebagai salah satu intervensi penurunan nyeri pada pasien setelah operasi melahirkan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Post Partum Dengan Sectio Caesarea**

##### **2.1.1 Pengertian**

Menurut Purwanti (2012) Nifas adalah masa setelah melahirkan berlangsung selama 6 minggu, sejak lahirnya plasenta sampai alat reproduksi kembali normal, selama masa nifas, akan terjadi perubahan baik fisik maupun psikologis.

Menurut Heriyani (2012), Masa nifas adalah masa 6 minggu setelah kelahiran. Masa nifas dimulai sejak lahirnya plasenta sampai alat reproduksi kembali normal seperti sebelum mengandung yang dialami selama 42 hari.

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).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara mengeluarkan bayi dengan pembedahan pada bagian perut. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Sectio Caesarea (SC) adalah proses melahirkan dengan cara pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

## **2.1.2 Etiologi Sectio Caesarea**

### **1. Indikasi yang berasal dari ibu**

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab sectio caesarea yang berasal dari ibu yaitu ada riwayat kandungan dan melahirkan yang tidak baik, panggul sempit, pada primigravida sering terjadi plasenta previa, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

### **2. Indikasi yang berasal dari embrio**

Gawat janin, mal presentasi, dan letak embrio, prolapsus tali pusat dengan tidak ada kemajuan pembukaan, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

## **2.1.3 Patofisiologi Sectio Caesarea**

Kondisi yang menyebabkan perlu adanya tindakan pembedahan persalinan karena adanya kendala pada tahapan melahirkan yang menyebabkan bayi lahir tidak normal. Seperti panggul sempit, plasenta previa, partus lama dan partus tak maju, pre eklamsi dan lain-lain.

Dalam proses pembedahan dilakukan tindakan pembiusan, pengaruh dari pembiusan tersebut terjadinya penurunan medula oblongata sehingga terjadinya penurunan reflek batuk terjadilah akumulasi sekret yang menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas, pengaruh lainnya yaitu bisa menyebabkan penurunan kerja pons, sehingga otot eliminasi tidak

berfungsi secara normal terjadinya penurunan peristaltik usus yang menyebabkan terjadinya konstipasi.

Selain tindakan pembiusan proses pembedahan dilakukan tindakan perlukaan terhadap dinding abdomen/ luka operasi dimana terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik menyebabkan gangguan rasa nyaman nyeri. Apabila jaringan terbuka dengan proteksi kurang akan menyebabkan masalah resiko infeksi.

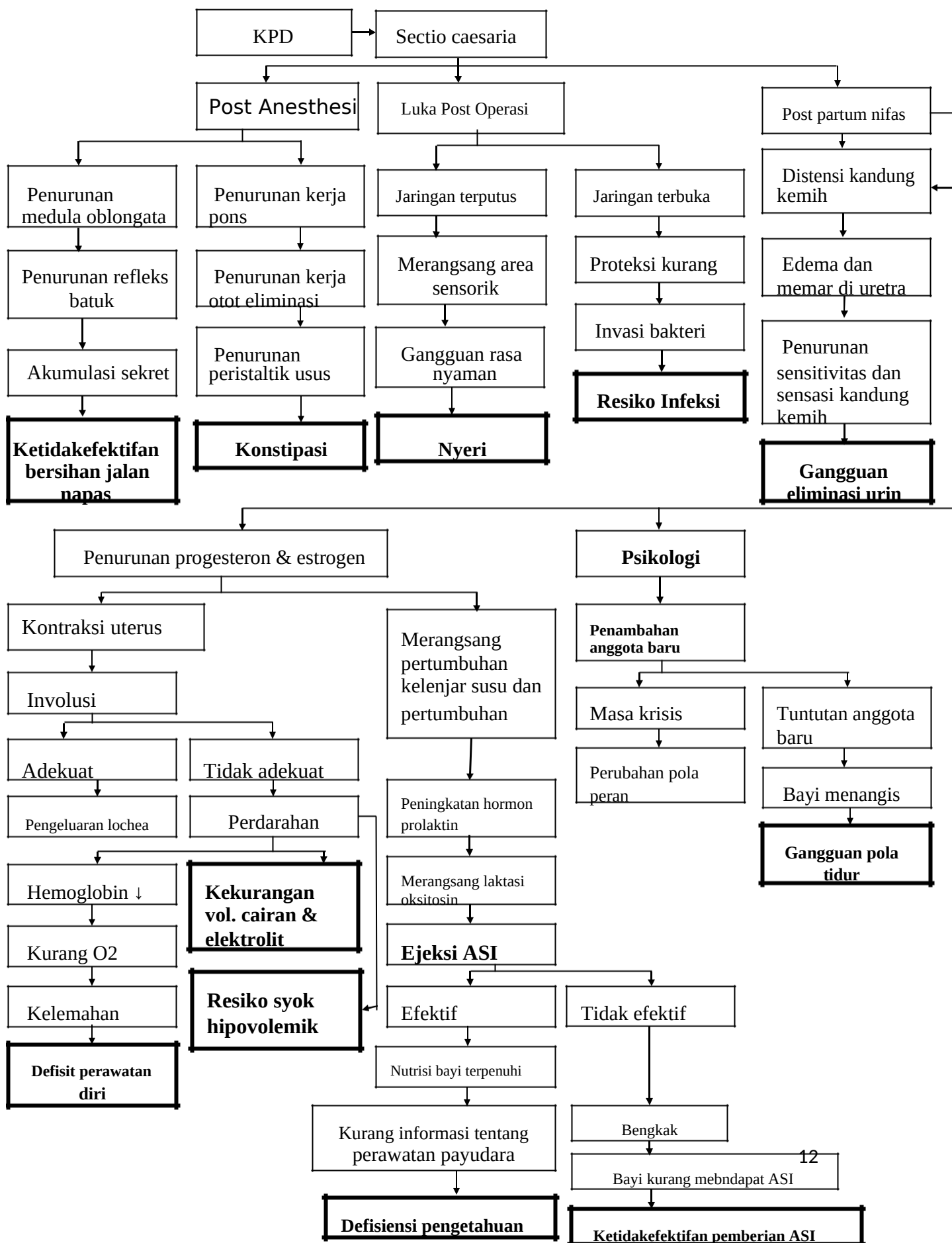
Pasien setelah melahirkan atau masa nifas akan mengalami: gangguan eliminasi yang disebabkan penurunan sensitivitas dan sensasi kandung kemih akibat edema dan memar di uretra diawali distensi kandung kemih, kemudian pasien juga mengalami perubahan psikologis karena penambahan anggota baru dan menyebabkan masalah gangguan pola tidur.

Pada masa nifas hormon estrogen dan progesteron akan mengalami penurunan sehingga kontraksi uterus mengalami involusi adekuat dan tidak adekuat, involusi yang tidak adekuat akan menyebabkan perdarahan, HB turun, suplai O<sub>2</sub> menjadi kurang terjadinya kelemahan sehingga menimbulkan masalah defisit perawatan diri. Akibat dari perdarahan yang banyak bisa mengakibatkan tubuh kekurangan volume cairan dan elektrolit sehingga terjadinya resiko syok hipovolemik.

Penurunan hormon estrogen dan progesteron dapat merangsang pertumbuhan kelenjar susu dan peningkatan hormon prolaktin yang merangsang laktasi oksitosin menyebabkan ejeksi ASI efektif dan tidak efektif, ejeksi ASI yang efektif dapat memenuhi nutrisi bayi sementara ejeksi ASI yang tidak efektif disebabkan kurangnya informasi, defisiensi

pengetahuan tentang perawatan payudara sehingga payudara menjadi bengkak dan mengakibatkan bayi kurang mendapatkan ASI menyebabkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI.





## **2.1.4 Jenis – jenis Sectio Caesarea**

### **1. Insisi Pada Segmen Bawah Rahim.**

Dilakukan dengan dua cara yaitu melintang dan memanjang. Kelebihan dari teknik ini : tidak menyebabkan perdarahan yang banyak, resiko terjadinya peritonitis rendah, luka dapat sembuh lebih sempurna

### **2. Insisi Memanjang Pada Segmen atau Uterus.**

Pembedahan ini dilakukan jika insisi segmen bawah rahim tidak bisa dilakukan.

### **3. Sectio caecaria ekstra peritoneal.**

Sekarang sudah jarang dilakukan, dulu sering dilakukan pada pasien yang mengalami infeksi intra uterin yang berat.

### **4. Sectio Caesaria Hysterectomy.**

Dilakukan pengangkatan rahim karena ada beberapa penyebab Setelah sectio caesaria, dilakukan hysterectomy dengan indikasi:

- a. Atonia uteri.
- b. Plasenta accrete.
- c. Myoma uteri.
- d. Infeksi intra uteri berat.

### **2.1.5 Komplikasi Sectio Caesarea**

1. Infeksi Puerperal

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

2. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arterus ikut terbuka atau karena atonia uterus.

3. Komplikasi-komplikasi

Seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi.

4. Suatu komplikasi yang baru

Kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uterus.

### **2.1.6 Resiko Sectio Caesarea**

1. Angka kematian pada ibu dan janin lebih tinggi dari pada persalinan normal, kematian pada ibu dapat terjadi karena pendarahan, infeksi atau sebab - sebab lain pada janin diakibatkan karena partus yang lama atau gagal drip oksitosin.
2. Dapat mengakibatkan cedera pada ibu atau bayi. Luka pada sectio caesarea tidak mungkin sempurna penyembuhannya karena mudah terjadi infeksi pada rahim.
3. Menimbulkan perlengketan pada organ didalam rongga perut.
4. Biaya mahal karena menggunakan obat-obatan

## 5. Gangguan pernafasan pada bayi atau bayi kuning

### 2.1.7 Jenis Anestesia Yang Digunakan

Analgesi obstetric merupakan pengurangan nyeri dalam persalinan. Anestesia merupakan penghilangan sensasi nyeri yang cukup untuk memungkinkan kelahiran dengan operasi.

Anestesi kaudal dan epidural, diberikan mendekati skala satu, pasien dimiringkan dengan posisi sim, dokter menganestesi kulit, menusukkan jarum dan memasukkan obat kedalam hiatus saklaris. Waktu pemulihan setelah dilakukan anestesi epidural adalah setelah 24 jam sehingga sebelum sampai 24 jam pasien dilarang untuk menaikan kepala tetapi hanya boleh menolehkan kepalanya, tindakan ini untuk mencegah supaya tidak terjadi sakit kepala sehingga intervensi yang dapat diberikan adalah pengkajian tanda – tanda vital, memberikan bantuan dalam pemenuhan ADL (David T. Y Liu, 2007: 83)

Analgesi obstetric merupakan pengurangan nyeri dalam persalinan. Anestesia merupakan penghilangan sensasi nyeri yang cukup untuk memungkinkan kelahiran dengan operasi. Anestesi kaudal dan epidural, diberikan mendekati skala satu, pasien dimiringkan dengan posisi sim, dokter menganestesi kulit, menusukkan jarum dan memasukkan obat kedalam hiatus saklaris. Waktu pemulihan setelah dilakukan anestesi epidural adalah setelah 24 jam sehingga sebelum sampai 24 jam pasien dilarang untuk menaikan kepala tetapi hanya boleh menolehkan kepalanya, tindakan ini untuk mencegah supaya tidak terjadi sakit kepala sehingga

intervensi yang dapat diberikan adalah pengkajian tanda – tanda vital, memberikan bantuan dalam pemenuhan ADL (David T. Y Liu, 2007: 83).

### **2.1.8 Adaptasi Fisiologis Ibu Post Partum**

Menurut Maryunani (2011) pada masa nifas, terjadi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis pada ibu diantaranya adalah :

#### **1. Perubahan sistem reproduksi**

##### **a. Payudara**

Payudara, secara vertikal terletak diantara interkostal II dan IV, secara horizontal mulai dari pinggir sternum sampai linea aksilaris medialis. Kelenjar susu berada di jaringan sub kutan. Ada tiga bagian utama payudara, yaitu korpus (badan), areola, papilla atau puting. Areola mammae letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Ada empat macam bentuk puting yaitu bentuk yang normal/ umum, pendek atau datar, namun bentuk puting ini tidak begitu berpengaruh pada proses laktasi, yang penting adalah bahwa puting susu dan areola dapat ditarik sehingga membentuk tonjolan atau “dot” kedalam mulut bayi. Pada hari kedua post partum baik normal maupun post section caesarea, keadaan payudara sama dengan saat hamil, kira-kira hari ketiga payudara menjadi besar, keras dan nyeri yang menandakan permulaan sekresi air susu dan kalau areola payudara dipijat, keluarlah cairan putih dari puting susu, ditambah dengan kelenjar belum menekan sehingga payudara bengkak.

##### **b. Involusi**

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram.

1) Proses involusi uterus

Pada akhir kala III persalinan, uterus berada di garis tengah, kira – kira 2 cm di bawah umbilicus dengan bagian pundus bersandar pada promontoriu saklaris. Pada saat ini besar uterus kira – kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram.

2) Perubahan – perubahan normal pada uterus selama post partus

Pada persalinan normal dan post sectio caesaria setelah plasenta lahir konsistensi uterus secara berangsur - angsur menjadi kecil sehingga akhirnya kembali sebelum hamil, tetapi pada post operasi sectio caesaria mungkin akan terjadi perlambatan akibat dari adanya luka operasi pada uterus.

**Tabel 2.1**

Perubahan uterus masa nifas

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cervik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/ lunak
7 hari ( minggu 1)	Pertengahan pusat dan symphysis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	menyempit

### 3) Vulva

Pada pasien post section caessarea juga terdapat lochea. Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua dan nekrotik dari dalam uterus (Eny Retna Ambarwati, 2009: 78)

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan yaitu :

#### a) Lochea rubra/ merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ke empat masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi drah segar.

#### b) Lochea Sanguilenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung hari ke empat dan ke tujuh post partum.

#### c) Lochea Serosa

Lochea serosa berwarna kuning kecoklatan karna mengandung serum, leukosit dan robekan / laserasi plasenta. Muncul ada hari ke tujuh sampai hari ke empat belas post partum.

#### d) Lochea Alba

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir, servik dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba biasanya berlangsung selama dua sampai enam minggu post partum.

### 4) Perineum

Pada pasien post sectio caesarea tidak akan ada perubahan atau perlukaan.

## 2. Sistem pencernaan

Pada sistem pencernaan, bising usus terdengar samar atau tidak jelas karena terjadi penurunan peristaltik usus dua sampai tiga hari bisa disebabkan karena efek dari anestesi, diet cair atau obat-obatan analgetik selama persalinan.

## 3. Sistem perkemihan

Kateter mungkin terpasang pada pasien post sectio caesarea, urin jernih, pembentukan urin oleh ginjal meningkat sehingga terjadi diuresis.

## 4. Sistem muskuloskeletal

### a) Dinding perut dan peritoneum

Pembesaran uterus dan persendian, tetapi biasanya akan pulih kembali dalam waktu 6 sampai 8 minggu setelah persalinan. Pada pasien post operasi sectio caesarea selain menjadi kendur juga terdapat luka post operasi pada lapisan perut dan peritoneum.

### b) Ekstremitas atas dan bawah

Pada ekstremitas atas dan bawah dampak dari anestesi dapat mendepresikan saraf pada sistem muskuloskeletal sehingga tonus otot menurun, sehingga terjadi kelemahan.



#### 5. Sistem Endokrin

Hormon progesteron dan estrogen dihasilkan oleh plasenta yang menghambat pengeluaran prolaktin pada saat hamil, sedangkan setelah plasenta lahir maka hormone prolaktin dengan bebas merangsang produksi ASI.

#### 6. Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervagina kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc bila kelahiran melalui sectio caessarea kehilangan darah dapat dua kali lipat. Pada persalinan sectio cessarea haemokonsentrasi kembali stabil dan kembali normal setelah 4 -6 minggu.

#### 7. Sistem Hematologi

Setelah post partum, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor – faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan menurun tetapi darah akan lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan factor pembekuan darah.

### **2.1.9 Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas**

Menurut Reva Rubin (1963) dalam Anik Maryuni (2011)

#### 1. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu , fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegh mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif

terhadap lingkungannya, komunikasi yang baik sangat diperlukan pada fase ini.

## 2. Fase taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi, selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Pada saat ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri

## 3. Fase Leting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

### **2.1.10 Perawatan Masa Nifas**

Menurut Amru Sofian (2011) dalam Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri, perawatan pertama yang dilakukan setelah selesai operasi adalah pembalutan luka (wound dressing) dengan baik. Sebelum pasien dipindahkan ke ruangan rawat, catat dan ukur tanda-tanda vital, yaitu tekanan darah, nadi, frekuensi nafas, denyut jantung, intake dan output. Pengukuran dan pencatatan tersebut dilakukan sampai beberapa jam setelah bedah, dan dilakukan beberapa kali sehari pada hari-hari selanjutnya, termasuk pengukuran suhu badan.

### 1. Tempat perawatan pasca bedah

Setelah selesai operasi, pasien dipindahkan ke kamar perawatan khusus (ruang pemulihan). Jika setelah pembedahan keadaan pasien gawat, secepatnya dipindahkan ke perawatan intensif (intensive unit care) untuk perawatan bersama dengan unit anastesi karena ICU memiliki peralatan untuk menyelamatkan pasien yang lebih lengkap.

Setelah pasien mulai pulih, pindahkan pasien ke tempat perawatan semula. Observasi tanda- tanda vital secara continiu dan perawatan luka.

### 2. Perawatan luka insisi

Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril dan pemberian antibiotik hasil kolaborasi sangat mendukung penyembuhan luka. Pada luka pasca operasi bisa diberikan antibiotik zalf atau dengan Sofratulle, lalu ditutup dengan plester plastik sekali pakai (disposable), yang salah satunya dikenal dipasaran dengan nama dagang Tegaderm. plester plastik ini aman jika dibawa mandi, dan diganti pada hari 7-8 post operasi atau jika ada rembesan darah, luka basah dan gatal.

### 3. Komplikasi luka operasi

Secara umum jarang terjadi, tetapi ada juga yang mengalami komplikasi, seperti luka basah, rembesan darah dan jahitan lepas sehingga luka jadi terbuka:

#### a. Luka operasi berdarah, eksudat, atau nanah.

Keluarkan semua darah, eksudat ataupun nanah yang masih ada di bawah kulit dengan cara melakukan pemijatan pada daerah sekitar

luka sampai bersih. Kemudian kompres luka dengan kasa lembab, tetapkan cairan steril dan antibiotik atau dengan menambahkan Rivanol tiap 15 menit untuk mempertahankan kasa tetap lembab dan untuk menarik cairan bawah kulit yang tersisa. Kasa diganti 2x sehari atau jika telah terlihat kotor.

b. Luka operasi yang berlubang

Apabila masih ada cairan darah atau nanah, lakukan perawatan luka sama seperti nomor 1. Pemeriksaan kultur sangat membantu untuk menentukan jenis antibiotik yang akan digunakan

Apabila luka telah bersih, luka dapat dikompres dengan Oxoferin® dan ditutup rapat dengan perban. Perban dibuka setelah 3 hari, saat biasanya luka telah menutup.

Apabila jahitan luka terbuka sampai ke lapisan fascia, atau hingga menembus rongga perut, maka harus dilakukan penutupan luka (penjahitan) skunder di kamar bedah.

4. Pemberian cairan dalam infus dan diet

Prinsip pemberian cairan dan diet sebenarnya bergantung pada tindakan pembiusan yang telah dilakukan pada pasien. Pada pasien yang dibius dengan anastesi spinal, tidak ada aturan khusus mengenai pemberian cairan dan diet karena pada prinsipnya, pasien dapat segera minum dan makan sesudah keadaan mereka stabil. Cairan infus selain sebagai sumber asupan cairan, sering juga dipergunakan sebagai tempat pemberian antibiotik dan analgetik sehingga pasien tidak perlu disuntik berulang kali.

Apabila pemberian antibiotik dan analgetik intravena dianggap sudah mencukupi, infus dapat segera dilepas dan pemberian obat-obatan dilanjutkan peroral. Pada pasien yang dibius umum, harus dipuaskan sampai bising usus sudah terdengar. Selama masa puasa itu, jumlah cairan dan asupan kalori harus dihitung. Secara umum, pemberian infus Valamin, Futrolit, dan cairan sejenisnya cukup memadai.

Diet pada awalnya makanan lunak, dilanjutkan makanan biasa tinggi serat. Pemberian diit cair jarang atau tidak diperlukan karena pada operasi sesarea, tidak ada masalah serius pada saluran cerna.

#### 5. Penatalaksanaan nyeri

Dalam 24 jam pertama pasca operasi, pasien akan merasa nyeri sehingga harus diberikan analgetik yang adekuat. Rasa nyeri pada pasien yang mendapat bius spinal timbul sejak tungkai bawah digerakkan. Biasanya dr. Anastesi memberikan penghilang rasa sakitnya dalam tetesan infus dan selanjutnya diberikan diruang rawat. Analgetik yang biasa digunakan ketorolac 3 x 30mg dan ditambah ketoprofen Supositoria jika pasien masih mengeluh nyeri, jika pasien masih kesakitan ketorolac 10 mg bisa diberikn extra dengan cara intravena

#### 6. Mobilisasi

Pergerakan sangat bermanfaat untuk menghindari emboli dan trombosis. Mobilisasi terlalu dini juga tidak dianjurkan, mobilisasi yang disarankan adalah pergerakan secara bertahap dan teratur, serta diikuti dengan istirahat. Pasien yang dibius secara spinal, pada hari

pertama pasien hanya boleh miring kanan dan miring kiri, melipat kaki untuk memperlancar aliran darah, setelah 24 jam pasien baru boleh duduk. Pada hari kedua, pasien dibolehkan turun dari tempat tidur dan berjalan secara perlahan-lahan dan apabila telah bisa berjalan, kateter urin bisa dilepaskan, pada hari ketiga dan keempat pasien dibolehkan pulang.

#### 7. Kateterisasi

Pengosongan kandung kemih biasanya dilakukan untuk mencegah infeksi, iritasi dan pencemaran luka oleh urin dengan pemasangan kateter. Selain itu pengosongan kandung kemih juga bisa mengurangi nyeri dan gangguan rasa nyaman, karena visika urinaria penuh dapat menghalangi involusi uterus, dan menyebabkan perdarahan. Karena itu, dianjurkan pemasangan kateter selama 1 sampai 2 hari atau lebih, tergantung dengan kondisi pasien. Dengan terpasangnya kateter pengeluaran urin dapat diukur secara periodik.

Pada pasien yang tidak dipasang kateter tetap dan belum bisa BAK sendiri disarankan untuk pemasangan kateterisasi rutin  $\pm$  12 jam pasca bedah. Dan dapat diulang setelah 8 jam sampai pasien bisa BAK sendiri.

#### 8. Pemberian obat-obatan

a. Antibiotik, kemoterapi, antiinflamasi. Antibiotik yang umum digunakan adalah sebagai berikut.

- 1) Cefadroxil atau Ceftriakson, merupakan golongan Sefalosporin generasi kedua dan ketiga. Golongan antibiotik ini aman dan

efektif pasca operasi melahirkan. Untuk hasil yang memuaskan dikombinasi dengan pemberian metronidazol untuk kuman-kuman anaerob. Efek sampingnya mual namun jarang sekali terjadi.

2) Pada kasus tertentu, pasien masih dapat terinfeksi, yang ditandai dengan luka yang basah, bernanah, maupun timbulnya demam. Jika terjadi demikian, dilakukan uji sensitivitas antibiotik pada kultur spesimen nanah (pus) atau kultur darah. Pemberian antibiotik disesuaikan dengan hasil uji sensitivitas tersebut.

b. Mobilisasi segera dan banyak minum air hangat akan mencegah pasien kembung. Pemberian metoklopramid 3x10 mg setengah jam sebelum makan dan pemberian antasid dapat diberikan jika pasien kembung.

c. Obat pelancar ASI, seperti Laktafit, Milmor, dapat diberikan beberapa hari sebelum operasi atau segera sesudah operasi/melahirkan.

d. Vitamin C, B kompleks dapat diberikan untuk mempercepat penyembuhan pasien.

e. Obat-obat pencegah perut kembung. Untuk memperlancar kerja saluran cerna dan mencegah kembung pada perut, dapat diberikan obat-obatan melalui suntikan dan per oral, antara lain: primperan, prostigmin, dan sebagainya. Tindakan dekompresi dilakukan jika

adanya distensi abdomen yang disertai perut kembung dan meteorismus.

- f. Roboransia dan obat antinflamasi atau transfusi darah diberikan untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum pasien terutama pada pasien yang anemis.

## 9. Perawatan lanjutan

Pada hari ke-7 atau ke-8 pasien dianjurkan datang untuk Kontrol luka. Jika terjadi perembesan darah, terbukanya perban dan rasa nyeri bisa datang kontrol sebelum jadwal yang ditentukan. Perawatan luka selanjutnya sama seperti penjelasan pada bagian perawatan luka. Pasien diingatkan untuk segera mengikuti program Keluarga Berencana segera sesudah masa nifas 42 hari terlewati

## 10. Konsultasi

Pada keadaan dan kasus tertentu, selain kerjasama dengan unit anastesi, kadang kala diperlukan konsultasi dengan departemen lain, (Mochtar R, 2011).

## **2.2 Konsep Relaksasi Benson**

### **2.2.1 Pengertian**

Relaksasi adalah suatu teknik yang dapat membuat pikiran dan tubuh menjadi rileks melalui sebuah proses yang secara progresif akan melepaskan ketegangan otot di setiap tubuh. Melakukan relaksasi seperti ini dapat menurunkan rasa lelah yang berlebihan dan menurunkan stres, serta berbagai gejala yang berhubungan dengan kecemasan, seperti sakit kepala, migren, insomnia, dan depresi (Potter & Perry, 2005).



Individu dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi-afektif dengan melakukan relaksasi. Untuk mengurangi kecemasan dan ketegangan salah satunya adalah dengan relaksasi. Tubuh dan pikiran dalam keadaan rileks otomatis dapat menghilangkan stres dan ketegangan otot. Individu yang menggunakan teknik relaksasi dengan benar akan mengalami beberapa perubahan perilaku dan fisiologis (Potter & Perry 2005).

Teknik relaksasi berguna dalam berbagai situasi, misalnya nyeri, cemas, kurangnya kebutuhan tidur dan stress serta emosi yang ditunjukkan. Dengan relaksasi memelihara reaksi tubuh terhadap respon flight or flight, penurunan nadi, respirasi, dan tekanan darah, jumlah metabolik dan energi yang digunakan.

Menurut (Benson, dalam Purwanto, 2006) relaksasi adalah suatu cara yang digunakan untuk mengatasi stres. Relaksasi religius atau relaksasi Benson adalah pengembangan dari respon relaksasi yang dikembangkan oleh Benson, dimana relaksasi ini merupakan gabungan antara relaksasi dengan keyakinan agama yang dianut. Pengembangan metode respon relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi disebut dengan relaksasi Benson.

Dzikir dengan mengingat Allah SWT merupakan solusi terbaik dan dapat menenangkan jiwa seseorang. Berzikir dalam arti luas menyebabkan orang-orang dapat memahami dan menghadirkan Allah SWT dalam pikiran, perilaku dan sebagainya

### **2.2.2 Manfaat Relaksasi Benson**

Menurut Potter dan Perry (2005) relaksasi memiliki beberapa manfaat, yaitu:

1. Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernafasan
2. Penurunan konsumsi oksigen
3. Penurunan ketegangan otot
4. Penurunan kecepatan metabolisme
5. Peningkatan kesadaran;
6. Tidak berfokus terhadap stimulus;
7. Tenang ;
8. Perasaan aman dan nyaman
9. Rileks

### **2.2.3 Kelebihan Relaksasi Benson**

Kelebihan dari relaksasi ini dapat menekan biaya pengobatan dan tanpa efek samping dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stres (Yosep, 2007).

Meditasi transendental merupakan teknik yang melibatkan faktor keyakinan, dikembangkan oleh Mahes Yogi dengan menggunakan pengulangan kata-kata secara ritmis dan juga frase yang berkaitan dengan kepercayaan yang dianut. Hal ini dapat mempercepat terjadinya keadaan rileks banyak manfaat lain yang di dapat ( Purwanto, 2007).

Menggunakan frase yang bermakna bisa digunakan untuk fokus keyakinan, sehingga pilihan kata yang mempunyai kedalaman keyakinan. Penggunaan

frase atau kata yang bermakna khusus dengan keyakinan yang kuat akan besar pula efek relaksasi yang didapatkan dan akan menyehatkan. Kata yang dipilih sebaiknya singkat agar mudah diingatkan dan diucapkan dalam hati saat mengambil dan menghembuskan nafas secara normal (Benson,2006).

Teknik yang dilakukan yaitu mengatur aktivitas bernafas atau otot disebut dengan tehnik respiratori. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme intensitas dan irama bernafas lebih lambat dan dalam. Untuk mendapatkan sikap mental dan badan yang rileks harus ada keteraturan dalam bernafas khususnya dengan irama yang tepat. Otot makin lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku dengan latihan otot(Wiramihardja, 2006). Fokus dari relaksasi ini pada frase tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah kepada objek transendensi yaitu Tuhan tidak pada pengendoran otot. Frase yang digunakan adalah kata yang memiliki makna menenangkan dapat berupa nama-nama Tuhan(Purwanto, 2007).

Dasar pikiran relaksasi ini adalah merupakan pengaktifan dari saraf parasimpatis yang menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem saraf simpatis dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh saraf simpatis. Relaksasi ini dapat menyebabkan penurunan aktifitas sistem saraf simpatis yang akhirnya dapat sedikit melebarkan arteri dan melancarkan peredaran darah yang kemudian dapat meningkatkan transport oksigen ke seluruh jaringan terutama ke perifer. Masing-masing saraf parasimpatis dan simpatis saling berpengaruh, maka dengan

bertambahnya salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi yang lain. Selama sistem-sistem berfungsi normal dalam keseimbangan, bertambahnya aktivitas sistem yang lain (Purwanto, 2007).

Latihan ini dilakukan dengan melakukan inspirasi panjang yang nantinya akan menstimulasi secara perlahan-lahan reseptor regang paru karena inflamasi paru. Keadaan ini mengakibatkan rangsang atau sinyal dikirimkan ke medulla yang memberikan informasi tentang peningkatan aliran darah. Informasi ini akan diteruskan ke batang otak, akibatnya saraf parasimpatis mengalami peningkatan aktifitas dan saraf simpatis mengalami penurunan aktifitas pada kemoreseptor, sehingga respon akut peningkatan tekanan darah dan inflamasi paru ini akan menurunkan frekuensi denyut jantung dan terjadi vasodilatasi pada sejumlah pembuluh darah (Rice, 2006).

Orang mengalami ketegangan yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis, dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang sehingga timbul perasaan rileks dan penghilangan. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan Corticotropin Releasing Hormone (CRH) dan Corticotropin Releasing Hormone (CRH) mengaktifkan anterior pituitary untuk mensekresi enkephalin dan endorphin yang berperan sebagai neurotransmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi rileks dan senang. Di samping itu, anterior pituitary sekresi Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) menurun, kemudian Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) mengontrol adrenal cortex untuk mengendalikan sekresi kortisol. Menurunnya kadar Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) dan kortisol

menyebabkan stres dan ketegangan menurun yang akhirnya dapat menurunkan tingkat (Sholeh, 2006).

Relaksasi benson ini ada dua hal yang dilakukan untuk menimbulkan respon relaksasi adalah dengan pengucapan kata atau frase yang berulang dan sikap pasif. Pikiran lain atau gangguan keributan dapat saja terjadi, terapi benson menganjurkan untuk tidak melawan gangguan tersebut namun hanya melanjutkan mengulang-ulang frase fokus. Relaksasi diperlukan pengobatan fisik secara sengaja yang dalam relaksasi benson akan digabungkan dengan sikap pasrah (Purwanto, 2007).

Pengendoran merupakan aktivitas fisik, sedangkan sikap pasrah merupakan aktivitas psikis yang akan memperkuat kualitas pengendoran. Sikap pasrah ini lebih dari sikap pasif dalam relaksasi seperti yang dikemukakan oleh benson perbedaan yang utama terletak pada sikap transendensi pada saat pasrah. Sikap pasrah ini merupakan sikap menyerahkan atau menggantungkan diri secara totalitas, sehingga ketegangan yang ditimbulkan oleh permasalahan hidup dapat ditolerir dengan sikap ini. Menyebutkan pengulangan kata atau frase secara ritmis dapat menimbulkan tubuh menjadi rileks. Pengulangan tersebut harus disertai dengan sikap pasif terhadap rangsang baik dari luar maupun dari dalam. Sikap pasif dalam konsep religius dapat dihentikan dengan sikap pasrah kepada Allah SWT (Smeltzer dan Bare, 2002).

Keuntungan dari relaksasi religius ini selain mendapatkan manfaat dari relaksasi juga mendapatkan manfaat dari penggunaan keyakinan seperti menambah keimanan dan mendapatkan pengalaman-pengalaman

transendensi. Hubungan antara religius atau keimanan dengan penyembuhan telah dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh David B. Larson dan Mr. Constance P. B. menemukan bukti bahwa faktor keimanan memiliki pengaruh yang luas dan kuat terhadap kesehatan. Di dalam sintesisnya, *The Faith Factor: An annotated Bibliography of Chemical Research on Spiritual Subject*, mereka menemukan bahwa faktor religius terlibat dalam peningkatan kemungkinan bertambahnya usia harapan hidup, penurunan pemakaian alkohol, rokok, obat, penurunan kecemasan, depresi, kemarahan, penurunan tekanan darah, perbaikan kualitas hidup bagi pasien kanker dan penyakit jantung (Purwanto, 2007).

#### **2.2.4 Prosedur Teknik relaksasi Benson**

Prosedur relaksasi Benson menurut Datak (2008) dalam jurnal:

1. Ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
2. Anjurkan klien memilih tempat yang disukai
3. Anjurkan klien mengambil posisi yang paling nyaman seperti tidur terlentang atau duduk.
4. Anjurkan klien untuk memejamkan matanya dengan pelan, jika dipaksakan akan mengakibatkan ketegangan otot sekitar mata;
5. Anjurkan klien untuk merelaksasikan tubuhnya untuk mengurangi ketegangan otot, mulai dari kaki sampai ke wajah.
6. Lemaskan kepala, leher, dan pundak dengan cara putarkan kepala perlahan-lahan.
7. Anjurkan klien mulai bernafas dengan lambat dan wajar, tarik nafas lewat hidung, beri waktu 3 detik untuk tahan nafas kemudian hembuskan nafas lewat mulut, ucap *Astaghfirullah*, tenangkan pikiran kemudian

Nafas dalam hembuskan ucapkan kata Alhamdulillah. Nafas dalam hembuskan ucapkan Allahu akbar dan lakukan sampai 15 menit.

8. Kalimat Allah yang diucapkan, atau nama-namaNya dalam Asmaul Husna, kalimat-kalimat untuk berzikir seperti Alhamdulillah; Subhanallah; dan Allahu Akbar

Kata yang diucapkan adalah:

- a. Astaghfirullah
- b. Subhanallah
- c. Alhamdullillaah
- d. Allahu akbar
- d. Laailaa haillallah

9. Klien diminta untuk membuka mata. Bila sudah selesai tetap pada posisi semula duduk/berbaring dan buka mata secara perlahan-lahan.

### **2.3 Konsep Keperawatan Post Partum Dengan Seksio Caesarea**

Proses keperawatan adalah cara penyelesaian masalah meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Haryanto, 1998: 3).

#### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data sesuai kebutuhan dasar manusia dan memberikan gambaran tentang keadaan klien. Terdiri dari pengumpulan data, pengelompokan data, dan perumusan diagnosa keperawatan.

- a. Pengumpulan Data

Langkah ini merupakan langkah awal dan dasar dari proses keperawatan. Klien, keluarga, pemeriksaan medis maupun catatan adalah sumber untuk pengumpulan data dan mengandung unsur Bio-Psiko-Sosial-Spiritual secara menyeluruh.

Data yang dikumpulkan terdiri atas :

1) Identitas

- a) Identitas Klien : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk, tanggal pengkajian, ruang rawat, no medrek, diagnosa medis dan alamat.
- b) Identitas Penanggung jawab : Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Fokus pada apa yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. Pada klien post partus dengan tindakan sectio caesarea biasanya mengeluh adanya nyeri pada luka insisi dan rasa sakit kepala akibat anestesi.

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Merupakan kondisi pasien dari awal keluhan sampai dirawat di rumahsakit. Berkaitan dengan keluhan utama yang dijabarkan dengan PQRST yang meliputi hal-hal yang meringankan dan memberatkan.

c) Riwayat Penyakit Dahulu



Apakah pada kehamilan sebelumnya klien pernah menderita penyakit yang sama atau ada faktor predisposisi terhadap kehamilan.

d) Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan yang diderita klien saat ini dan apakah ada keluarga klien yang mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular.

e) Riwayat Ginekologi dan Obstetri

(1) Riwayat Ginekologi

(a) Riwayat Menstruasi

Haid atau menarche pertama kali pada usia berapa, siklus, lamanya, banyaknya darah, keluhan, sifat darah, haid terakhir dan taksiran persalinan.

(b) Riwayat Perkawinan

Sudah berapa lama pasien menikah, Usia suami dan usia istri saat menikah, perkawinan yang keberapa.

(c) Riwayat Keluarga Berencana

Apakah klien memakai KB, Alat kontrasepsi yang digunakan apa, adakah gangguan yang dirasakan, kapan mulai berhenti dan apa alasannya.

(2) Riwayat Obstetri

(a) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Meliputi tanggal partus, umur kehamilan, jenis persalinan, penolong, tempat, kelainan bayi, berat lahir bayi, kelainan masa nifas, keadaan masa nifas, keadaan anak sekarang apakah sehat atau meninggal.

(b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Apakah klien memeriksakan kehamilannya, berapa kali, dimana, teratur apa tidak, mendapat imunisasi lengkap atau tidak, keluhan yang dirasakan saat hamil, diet selama hamil, adakah perdarahan, berapa berat badan sebelum hamil, selama hamil, sesudah melahirkan dan penambahan berat badan saat hamil.

(c) Riwayat Persalinan Sekarang Dengan Sectio Caesarea

jam masuk kamar operasi, lama operasi, apakah anak dalam keadaan hidup atau mati, berat badan dan panjang bayi waktu lahir, jenis anastesi yang digunakan, jenis operasi yang digunakan, berapa perdarahan yang keluar, berapa jumlah diuresis.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Kesadaran compos mentis atau terjadi penurunan kesadaran yang diakibatkan efek anestesis, biasanya klien tampak lemah.

b) Sistem Integumen

Apakah ada luka post operasi pada abdomen klien, bagaimana turgor kulitnya, keadaan, kebersihan dan distribusi rambut. apakah ada striae gravidarum, linea alba.

c) Sistem Penciuman

Anestesi tidak memberi pengaruh pada sistem penciuman klien.

d) Sistem Penglihatan

Pada pasien post sectio caesarea tidak ada gangguan dan perubahan pada penglihatan.

e) Sistem Pendengaran

Normal

f) Sistem Persyarafan

Tidak terjadi penurunan kesadaran baik pada anestesi spinal maupun umum

g) Sistem Endokrin

Pada hari kedua payudara dapat menghasilkan colostrum sedangkan pada hari ketiga colostrum diganti dengan adanya air susu. Tidak ada hormon yang dihasilkan placenta, kelenjar pituitari mengeluarkan prolaktin sebagai efeknya adalah pembuluh darah pada payudara menjadi bengkak berisi darah, menyebabkan hangat, bengkak dan rasa sakit, sel-sel penghasil susu berfungsi dibuktikan dengan keluarnya air susu.

h) Sistem Pernafasan

Jika terjadi nyeri frekuensi nafas cenderung meningkat lebih dari 24x/menit, jalan nafas bersih, irama nafas vesikuler, gerakan dada

simetris kiri dan kanan. Pada pasien dengan anestesi umum biasanya ada keluhan batuk tapi tidak semua.

i) Sistem Kardiovaskuler

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

j) Sistem Pencernaan

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

k) Sistem Perkemihan

Terjadinya penurunan laju filtrasi glomerulus yang disebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah ginjal dan mengakibatkan menurunnya produksi urine.

Jika masih terpasang kateter pantau/observasi bagaimana produksi dan warna urine.

l) Sistem Reproduksi

(1) Payudara

Keadaan payudara setelah melahirkan baik normal maupun operasi, sama dengan saat hamil, terjadi perubahan pada hari ketiga setelah melahirkan terutama pada ibu yang belum menyusui bayinya maka payudara menjadi besar, keras dan nyeri yang menandakan permulaan sekresi air susu, dan keluar cairan putih dari puting susu jika areola payudara dipijat.

### (2) Uterus

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

### (3) Vulva

Lochea merupakan eksresi cairan rahim selama masa nifas mengandung darah dan sisa jaringan desidua dan nekrotik dari dalam uterus (Eny Retna Ambarwati, 2009: 78). Pada pasien operasi melahirkan juga terdapat lochea.

Ada 4 tahapan proses keluarnya darah nifas atau yaitu :

- Lochea rubra/ merah (kruenta)

Cairan yang dikeluarkan berwarna merah karena berisi darah segar, lochea rubra keluar pada hari pertama dan keempat masa setelah melahirkan secara normal maupun operasi.

- Lochea Sanguilenta

Berlangsung pada hari keempat sampai hari ketujuh setelah melahirkan, cairan yang keluar berlendir dan berwarna merah kecoklatan.

- Lochea Serosa

Pada hari ke tujuh sampai hari ke empat belas setelah melahirkan. Lochea serosa mengandung serum, leukosit dan robekan / laserasi plasenta dan berwarna kuning kecoklatan.

- Lochea Alba

Lochea alba berlangsung selama dua sampai enam minggu setelah melahirkan. Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir, servik dan serabut jaringan yang mati.

### (3) Perineum

Setelah melahirkan tidak ada perubahan dan perlukaan bagian perineum

### m) Sistem Muskuloskeletal

#### (1) Peritoneum atau dinding perut

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

#### (2) Ekstremitas bawah dan atas

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

### 4) Pola Aktivitas

a) Pola Nutrisi

(1) Makan

Adanya perasaan mual akibat pengaruh dari anestesi tetapi dapat hilang dengan sendirinya.

(2) Minum

Dianjurkan banyak minum air putih minimal 1 gelas perjam

b) Pola Eliminasi

Pemenuhan eliminasi BAK pada pasien operasi melahirkan tidak terganggu. Hari ke 2 kateter Masih terpasang. Pemenuhan eliminasi BAB terganggu, biasanya klien takut untuk BAB karena kondisi klien yang lemah dan sakit pada daerah abdomen.

c) Pola Istirahat Tidur

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

d) Pola Personal Hygiene

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

5) Aspek Psikologis

a) Keadaan emosi

Emosi pada pasien setelah operasi melahirkan tidak stabil sehubungan dengan hospitalisasi. Klien membutuhkan pendamping atau bantuan dalam memenuhi ADLnya, klien juga

menjadi depresi, mudah menangis karena klien mengalami nyeri pada luka operasi, nyeri payudara jika klien tidak menyusui.

b) Tingkat kecemasan

Cemas meningkat ditandai dengan menurunnya wawasan persepsi diri terhadap lingkungan.

6) Aspek Sosial

- a) Klien dapat bersosialisasi dengan keluarga, tim kesehatan dan lingkungan sekitarnya baik.
- b) Apakah klien ikut aktif dalam suatu kegiatan organisasi masyarakat atau tidak.
- c) Bagaimana dukungan keluarga terhadap kesembuhan.

7) Aspek Seksual

- a) Apakah klien merasakan akan lebih harmonis atas kehadiran anak.
- b) Apakah klien merasa lebih diperhatikan oleh suami dengan keadaan sekarang
- c) Apakah klien merasa perannya sebagai istri dan ibu lebih meningkat atau menurun.

8) Pemeriksaan Laboratorium

Hemoglobin terjadi penurunan ( $< 10$  gr % kalau terjadi pendarahan)

### 2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat



kesimpulan dan menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Effendi, 1995 : 24).

Analisa data yaitu proses intelektual yang meliputi kegiatan menyelidiki, mengklasifikasi dan mengelompokan data. Kemudian mencari kemungkinan penyebab dan dampak serta menentukan masalah atau penyimpangan yang terjadi.

### **2.3.3 Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul**

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
4. Gangguan eliminasi urine
5. Gangguan pola tidur b.d kelemahan
6. Resiko Infeksi b.d faktor risiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
7. Defisit perawatan diri mandi, makan, eliminasi b.d kelelahan postpartum.
8. Konstipasi
9. Resiko syok (hipovolemik)
10. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum

### 2.3.4 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.3

#### Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	<p><b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</b></p> <p>Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lingkungan               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perokok pasif</li> <li>b. Menghisap asap</li> <li>c. Merokok</li> </ol> </li> <li>2. Obstruksi jalan nafas               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Spasme jalan</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiratory status : Ventilation</li> <li>2. Respiratory status : airway patency</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>2. Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas dan frekuensi napas</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Airway Suction</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning</li> <li>2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning</li> <li>3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suction</li> <li>4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan</li> <li>5. Berikan Oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>b. Mokus dalam jumlah berlebihan</li> <li>c. Eksudat dalam jalan alveoli</li> <li>d. Materi asing dalam jalan nafas</li> <li>e. Adanya jalan nafas buatan</li> <li>f. Sekresi tertahan/sisa sekresi</li> <li>g. Sekresi dalam bronki</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Fisiologis               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jalan napas alergik</li> <li>b. Asma</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal)</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan</li> <li>7. Anjurkan px untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal</li> <li>8. Monitor status oksigen</li> <li>9. Ajarkan px bagaimana cara menggunakan suction</li> <li>10. Hentikan suction dan berikan oksigen apabila px menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi oksigen dll.</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. PPOK</li> <li>d. Hiperplasi dinding bronkial</li> <li>e. Infeksi</li> <li>f. Disfungsi neuromuskular</li> </ul>		<p><b>Airway management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu</li> <li>2. Posisikan px utk memaksimalkan ventilasi</li> <li>3. Identifikasikan px perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</li> <li>4. Pasang mayo bila perlu</li> <li>5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</li> <li>6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>7. auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>8. Lakukan suction pada mayo</li> <li>9. Berikan bronkodilator bila perlu</li> <li>10. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab</li> <li>11. Atur intake untuk ciran mengoptimalkan keseimbangan</li> <li>12. Monitor respirasi dalam status oksigen</li> </ol>
2.	<p><b>Nyeri akut</b>  Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat</p>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pain level</li> <li>2. Pain control</li> <li>3. Comfort level</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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</li> </ol>	<p><b>NIC</b></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 terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>4. Kaji kultur yang</li> </ol>

	<p>dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung &lt;6 bulan. Faktor yang berhubungan: Agen cedera (mis. biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) 4. Mampu menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan 9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p>
			<p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal)in 11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 12. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi 13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 15. Tingkatkan istirahat 16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p><b>Analgesic Administration</b></p> <p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri</p>

	<p>3. <b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b>          Definisi: Ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI</p> <p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defisit pengetahuan</li> <li>2. Anomali bayi</li> <li>3. Bayi menerima makanan tambahan dengan putting buatan</li> </ol>	<p>Setelah diberikan asuhan NIC keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pola menyusui ibu efektif dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemantapan pemberian ASI: Bayi: perlekatan bayi dan proses menghisap payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</li> <li>2. Kemantapan pemberian ASI: Ibu: kemantapan ibu untuk</li> </ol>	<p>sebelum pemberian obat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>3. Cek riwayat alergi</li> <li>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasidari 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 pertama kali</li> <li>9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</li> <li>10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala</li> </ol> <p><b>Breastfeeding Assistance</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi</li> <li>2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui</li> <li>3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga)</li> <li>4. Kaji kemampuan bayi untuk latch-on dan menghisap secara</li> </ol>
--	--	---	---

- |                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| 4. Diskontinuitas pemberian ASI | membuat bayi melekat dengan tepat dan   | efektif  |
| 5. Ambivalen ibu                | menyusu dari payudara                   | ibu  |
| 6. Ansietas ibu                 | ibu untuk memperoleh                    | menempelkan bayi ke  |
| 7. Anomali payudara ibu         | nutrisi selama 3 minggu pertama         | putting  |
| 8. Keluarga tidak mendukung     | 3. Pemberian ASI                        | 6. Pantau integritas kulit putting ibu                           |
| 9. Pasangan tidak mendukung     | pemberian ASI :                         | 7. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susudan mastitis |
| 10. Reflek menghisap buruk      | pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi | 8. Pantau kemampuan untuk mengurangi                             |
| 11. Prematuritas                | bagi bayo/toddler                       |  |

	<p>12. Pembedahan payudara sebelumnya</p> <p>13. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya</p>	<p>4. Penyapihan pemberian ASI</p> <p>5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI</p> <p>6. Pengetahuan pemberian ASI: tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI</p> <p>7. Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera</p> <p>8. Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI</p> <p>9. Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada putting</p> <p>10. Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI</p>	<p>kongesti payudara dengan benar</p> <p>9. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi</p> <p><b>Breast examination</b></p> <p><b>Lactation Supression</b></p> <p>1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</p> <p>2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</p> <p>3. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang</p> <p>4. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</p> <p>5. Apabila penyapihan dipelukan,</p>
--	--	---	--

			<p>informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai.</p> <p><b>Lactation Counseling</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</li><li>2. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu</li><li>3. Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi</li></ol>
--	--	--	---

4. **Gangguan Eliminasi** Setelah diberikan asuhan **NIC**

**Urin** keperawatan selama **Urinary retention care**

Definisi: Disfungsi ...x24 diharapkan pada eliminasi urine eliminasi urin pasien

**Faktor yang berhubungan:** adekuat dengan dengan kriteria hasil:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obstruksi anatomik</li> <li>2. Penyebab multiple</li> <li>3. Gangguan sensori motorik</li> <li>4. Infeksi saluran kemih</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kandung kemih kosong secara penuh</li> <li>2. Tidak ada residu urin lebih dari 100-200 cc</li> <li>3. Intake cairan dalam rentang normal</li> <li>4. Bebas dari ISK</li> <li>5. Tidak ada spasme bladder</li> <li>6. Balance cairan seimbang</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (mis. output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)</li> <li>2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpa agonis</li> <li>3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calsium channel blockers dan antikolinergik</li> <li>4. Gunakan kekuatan sugesti dengan menyalurkan air atau disiram toilet</li> <li>5. Merangsang reflek kandung kemih</li> <li>6. Sediakan waktu yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih (10 menit)</li> <li>7. Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan</li> <li>8. Gunakan teknik double-void</li> <li>9. Masukkan kateter kemih</li> </ol> |
|--|---|---|

			<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Anjurkan pasien/keluarga untuk mencatat output urin</li> <li>11. Intruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja</li> <li>12. Memantau asupan dan</li> </ol>
--	--	--	---



			keluaran 13. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi 14. Membantu ke toilet secara berkala 15. Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa
			16. Menerapkan kateterisasi intermiten 17. Merujuk ke spesialis kontinensia kemih
5.	<p><b>Gangguan Pola Tidur</b></p> <p>Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p> <p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kelembaban lingkungan sekitar</li> <li>2) Suhu lingkungan sekitar</li> <li>3) Tanggung jawab memberi asuhan</li> <li>4) Perubahan pajanan terhadap cahaya-gelap</li> <li>5) Gangguan (mis. untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium)</li> <li>6) Kurang kontrol</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama... x 24 jam diharapkan px tidak terganggu saat tidur dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari.</li> <li>2. Pola tidur, kualitas 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>NIC</b></p> <p><b>Sleep Echancement</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.</li> <li>2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.</li> <li>3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).</li> <li>4. Ciptakan lingkungan yang nyaman.</li> <li>5. Kolaborasi pemberian obat tidur.</li> <li>6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.</li> <li>7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien.</li> <li>8. Monitor waktu makan dan minum</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>7) Kurang privasi, pencahayaan</li> <li>8) Bising, bau gas</li> <li>9) Restrain fisik, teman tidur</li> <li>10) Tidak familier dengan prabot</li> </ol>		<p>dengan waktu tidur.</p> <p>9. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.</p>

tidur

**6. Resiko Infeksi Setelah dilakukan asuhan NIC**

Definis : Mengalami keperawatan selama .... X

**Kontrol Infeksi**

peningkatan resiko 24 jam diharapkan status  
terserang organisme kekebalan px meningkat  
patogenik dengan KH :

1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai px lain
2. Pertahankan teknik isolasi
3. Batasi pengunjung bila perlu

**Faktor-faktor resiko:**

1. Penyakit kronis : 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit , faktor yang memengaruhi penularan serta penatalaksanaannya
- DM dan Obesitas
3. Menunjukkn kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan patogen
3. Menunjukkn kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
4. Jumlah leukosit dalam batas normal
5. Menunjukkan perilaku hidup sehat
3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat : 4. Gangguan peritalsis, kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter IV, prosedur invasif) , perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, pecah ketuban dini, pecah ketuban lama, merokok, stasis ciran tubuh, trauma jaringan ( mis, trauma destruksi jaringan)

4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkhunjun meninggalkan px
5. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan
6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kolaboratif
7. Gunakan baju,sarung tangan sebagai alat pelindung
8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dg petunjuk
10. Gunakan kateter intermiten utk menurunkan infeksi kandung kemih
11. Tingkatkan intake nutrisi

	<p>4. Ketidak adekuatan pertahanan sekunder : penurunan Hb, imunosupresan (mis. Imunitas didapat tidak</p>		<p>12. Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)</p> <p>13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p>
--	--	--	---

	<p>aekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator, suoresi respon inflamasi)</p> <p>5. Vaksinasi tidak adekuat</p> <p>6. Pemajangan terhadap patogen lingkungan meningkat : wabah</p> <p>7. Prosedur invasif</p> <p>8. Malnutrisi</p>		<p>14. Monitor hitung granulosit, WBC</p> <p>15. Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>16. Pertahankan teknik aseptik pd px yg beresiko</p> <p>17. Pertahankan teknik isolasi k/p</p> <p>18. Berikan perawatan kulit pada area epidema</p> <p>19. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase</p> <p>20. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah</p> <p>21. Dorong masukan nutrisi yg cukup</p> <p>22. Dorong masukan cairan</p> <p>23. Dorong istirahat</p> <p>24. Instruksikan px utk minum antibiotik sesuai resep</p> <p>25. Ajarkan px dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p>26. Ajarkan cara menghindari infeksi</p> <p>27. Laporkan kecurigaan infeksi</p> <p>28. Laporkan kultur positif</p>
7.	<p><b>Defisit Perawatan Diri Mandi</b></p> <p>Definisi: hambatan kemampuan untuk</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan sefisit perawatan diri</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Self-care assistance:</b></p> <p><b>bathing/hygiene</b></p> <p>1. Pertimbangkan</p>
	<p>melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <p>1. Gangguan</p>	<p>pasien teratasi dengan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</p> <p>2. Perawatan diri: aktivitas kehidupan</p>	<p>budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</p> <p>2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan</p>

	<p>kognitif</p> <p>2. Penurunan motivasi</p> <p>3. Kendala lingkungan</p> <p>4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</p> <p>5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial</p> <p>6. Gangguan muskuloskeletal</p> <p>7. Gangguan neuromuskular</p> <p>8. Nyeri</p> <p>9. Gangguan persepsi</p> <p>10. Ansietas berat</p>	<p>sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</p> <p>3. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>4. Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>5. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</p> <p>7. Membersihkan dan mengeringkan tubuh</p> <p>8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</p>	<p>diri</p> <p>3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>4. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi</p> <p>5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya deodorant, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</p> <p>6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi dan personal</p> <p>7. Memfasilitasi pasien menyikat gigi dengan sesuai</p> <p>8. Memfasilitasi pasien mandi</p> <p>9. Memantau pembersihan kuku menurut kemampuan perawatan diri pasien</p> <p>10. Memantau integritas kulit pasien</p> <p>11. Menjaga kebersihan ritual</p> <p>12. Memberikan bantuan</p>
			<p>sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri</p>
8.	<p><b>Defisit Perawatan Diri Makan</b></p> <p>Definisi: hambatan</p>	<p><b>NOC</b></p> <p>11. Activity intolerance</p> <p>12. Mobility: physical</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Self Care Assistance : Feeding</b></p>

	<p>kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan sendiri</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Ketidaknyamana</li> <li>4. Kendala lingkungan</li> <li>5. Kelelahan</li> <li>6. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>7. Gangguan neuromuskular</li> <li>8. Nyeri</li> <li>9. Gangguan persepsi</li> <li>10. Ansietas berat</li> </ol>	<p>impaired</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Self care deficit hygiene</li> <li>14. Self care deficit feeding</li> </ol> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status nutrisi: ketersediaan zat gizi untuk memenuhi kebutuhan metabolik</li> <li>2. Status nutrisi: Asupan makanan dan cairan: kuantitas makanan dan cairan yang diasup ke dalam tubuh selama periode 24 jam</li> <li>3. Perawatan diri: Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>4. Status menelan: perjalanan makanan padat atau cairan secara aman dari mulut ke lambung</li> <li>5. Mampu makan secara mandiri</li> <li>6. Mengungkapkan makan secara mandiri</li> <li>7. Mengungkapkan kepuasan makan dan terhadap kemampuan untuk makan sendiri</li> <li>8. Menerima suapan dari pemberi asuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Memonitor kemampuan pasien untuk menelan</li> <li>12. Identifikasi diet yang diresepkan</li> <li>13. Mengatur nampan makanan dan meja menarik</li> <li>14. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan (mis. menempatkan pispot, urinal, dan peralatan penyedotan keluar dari pandangan)</li> <li>15. Pastikan posisi pasien yang tepat untuk memfasilitasi mengunyah dan menelan</li> <li>16. Memberikan bantuan fisik sesuai kebutuhan</li> <li>17. Menyediakan untuk menghilangkan rasa sakit yang memadai sebelum makan</li> <li>18. Perbaiki makanan di nampan yang diperlukan, seperti memotong daging atau menupas telur</li> <li>19. Buka kemasan makanan</li> <li>20. Tempatkan pasien dalam posisi nyaman makan</li> <li>21. Lindungi dengan kain</li> </ol>
			<ol style="list-style-type: none"> <li>22. Menyediakan sedotan, sesuai kebutuhan atau yang diinginkan</li> <li>23. Menyediakan makanan pada suhu yang tepat</li> </ol>

			<p>24. Menyediakan makanan dan minuman yang disukai</p> <p>25. Memantau berat badan pasien</p> <p>26. Memonitor status hidrasi pasien</p> <p>27. Menyediakan interaksi sosial</p> <p>28. Menggunakan cangkir dengan pegangan yang besar jika perlu</p> <p>29. Gunakan piring yang berbahan tidak mudah pecah</p> <p>30. Memberikan isyarat dan pengawasan yang tepat.</p>
9.	<p><b>Defisit perawatan diri eliminasi</b></p> <p>Definisi: hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri</p> <p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Kendala lingkungan</li> <li>4. Keletihan</li> <li>5. Hambatan mobilitas</li> <li>6. Hambatan</li> </ol>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan defisit perawatan diri: eliminasi pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengetahuan perawatan ostomy: tingkat pemahaman yang ditunjukkan tentang pemeliharaan ostomi untuk eliminasi</li> <li>2. Perawatan diri: ostomi: tindakan pribadi untuk mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>3. Perawatan diri:</li> </ol>	<p>NIC</p> <p>Self-care assistance: toileting</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>3. Lepaskan pakaian yang penting untuk memungkinkan penghapusan</li> <li>4. Membantu pasien ke toilet/commode/bedpan/fraktur pan/</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>8. Gangguan neuromuskular</li> <li>9. Nyeri</li> </ol>	<p>aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan</p>	<p>urinoir pada selang waktu tertentu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi</li> <li>6. Menyediakan privasi</li> </ol>

	<p>10. Gangguan persepsi 11. Ansietas berat 12. Kelemahan</p>	<p>alat bantu 4. Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 5. Perawatan diri eliminasi: mampu untuk melakukan aktivitas eliminasi secara mandiri atau tanpa alat bantu 6. Mampu duduk dan turun dari kloset 7. Membersihkan diri setelah eliminasi 8. Mengenali dan mengetahui kebutuhan bantuan untuk eliminasi</p>	<p>selama eliminasi 7. Memfasilitasi kebersihan toilet setelah selesai eliminasi 8. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi 9. Menyiram toilet/membersihkan penghapusan alat (<i>commode</i>, pispot) 10. Memulai jadwal ke toilet 11. Memulai mengelilingi kamar mandi 12. Menyediakan alat bantu (misalnya, kateter eksternal atau urinal) 13. Memantau integritas kulit pasien</p>
<p><b>10. Konstipasi</b></p>	<p>Definisi: Penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses/atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak. <b>Faktor yang berhubungan</b> 1. Fungsional a) Kelemahan</p>	<p>Setelah dilakukan askep selama 2 x 24 jam diharapkan pola eliminasi (BAB) pasien teratur dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</p>	<p><b>NIC Constipation/ Impaction Management</b> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor feses: frekuensi konsistensi dan volume 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus</p>
	<p>otot abdomen b) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi c) Ketidakadekua tan toileting</p>	<p>4. Feses lunak dan berbentuk</p>	<p>5. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis 6. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien 7. Identifikasi faktor</p>

	<p>(mis. batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)</p> <p>d) Kurang aktivitas fisik</p> <p>e) Kebiasaan defekasi tidak teratur</p> <p>f) Perubahan lingkungan saat ini</p> <p>2. Psikologi</p> <p>a) Depresi, stress emosi</p> <p>b) Konfusi mental</p> <p>3. Farmakologi</p> <p>a) Antasida mengandung aluminium</p> <p>b) Antikolinergik, antikonvulsan</p> <p>c) Antidepresan</p> <p>d) Agens antilipemik</p> <p>e) Garam bismuth</p> <p>f) Kalsium karbonat</p> <p>g) Penyekat saluran kalsium</p> <p>h) Diuretik, garam besi</p> <p>i) Penyalahgunaan laksatif</p> <p>j) Agens antiinflamasi</p>		<p>penyebab dan kontribusi konstipasi</p> <p>8. Dukung intake cairan</p> <p>9. Kolaborasikan pemberian laksatif</p> <p>10. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi</p> <p>11. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi</p> <p>12. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna</p> <p>13. Memantau bising usus</p> <p>14. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan/kenaikan frekuensi bising usus</p> <p>15. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus atau peritonitis</p> <p>16. Menyusun jadwal untuk ke toilet</p> <p>17. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan</p> <p>18. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal</p> <p>19. Anjurkan pasien/keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</p> <p>20. Anjurkan pasien/keluarga untuk diet tinggi serat</p>
	<p>non steroid</p> <p>k) Opiate, fenotiazid, sedative</p> <p>l) Simpatimimetik</p> <p>4. Mekanis</p>		<p>21. Anjurkan pasien/keluarga penggunaan yang tepat dari obat pencahar</p> <p>22. Anjurkan pasien/keluarga pada</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>b) Hemoroid</li> <li>c) Penyakit Hirschprung</li> <li>d) Gangguan neurologist</li> <li>e) Obesitas</li> <li>f) Obstruksi pasca bedah</li> <li>g) Kehamilan</li> <li>h) Pembesaran prostat</li> <li>i) Abses rectal</li> <li>j) Fisura anak rectal</li> <li>k) Struktur anak rektal</li> <li>l) Prolaps rectal, ulkus rectal</li> <li>m) Rektokel, tumor</li> </ul>		<p>hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit/impaksi</p> <p>23. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada</p> <p>24. Lepaskan impaksi tinja secara manual jika perlu</p> <p>25. Timbang pasien secara teratur</p> <p>26. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal</p> <p>27. Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit</p>
	<p>5. Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Perubahan pola makan</li> <li>b) Perubahan makanan</li> <li>c) Penurunan motilitas traktus gastrointestinal</li> <li>d) Dehidrasi</li> <li>e) Ketidakadekuan gigi geligi</li> <li>f) Ketidakadekuan hygiene oral</li> <li>g) Asupan serat tidak cukup</li> <li>h) Asupan cairan tidak cukup</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Kebiasaan makan buruk</li> </ul>		



## 5. Riwayat Ginekologi

Pasien mengalami menarche pada usia 13 tahun , lama 5-6 hari dengan siklus 28 hari. Darah yang dikeluarkan cukup banyak, warna merah, encer bau amis. Haid pertama haid terakhir 22-11-2018,  
Ibu belum pernah KB sebelumnya

## 6. Data Umum Kesehatan Saat Ini

- 1 Status Obstetrik : G1 P0 A0 H1 39-40 minggu  
Aterm + Inpartu + CPD
- 2 Keadaan Umum : Baik Kesadaran : CM BB/TB : 65Kg/155 CM
- 3 Tanda Vital : TD : 139/90 mmHg Nadi : 92 x/i  
Suhu : 37 C Pernafasan : 22 x/i
- 4 Kepala Leher Kepala : Normal  
Mata : Simetris Kiri dan Kanan,  
anemis (-), secret (-)  
Hidung : Normal tidak ada secret (-)  
Leher : Tidak ada Pembesaran  
Kelenjar  
Masalah Khusus : Tidak Ada
- 5 Dada Jantung : Tidak ada lesi,  
Kardiomegali tidak ada  
Paru : Vesikuler, Mengi(-/-),  
Wheezing (-/-).  
Payudara : Bersih, teraba keras,  
ariola mammae hitam kecoklatan,  
papilla mammae menonjol, Nyeri  
tidak ada,colustrum tidak ada, bayi  
belum menyusui dengan ibunya  
karena masih di Perinatologi  
(PRT).  
Masalah Khusus : Tidak Ada

Abdomen Dinding abdomen kendur (diastesis rektus abdominalis) dan lunak, ada garis striae, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah umbilikus/pusat, konsistensi uterus keras,

posisi uterus keras, posisi uterus diantara umbilikus dan simfisis (dibawah pusat), Saat uterus berkontraksi di rasakan seperti kram/mules pada abdomen dan tidak berlangsung lama, nyeri tekan ada, kandung kemih kosong karena terpasang kateter, terdapat luka jahitan/ operasi post SC pada dinding /kulit abdomen, panjang  $\pm$  12 cm dengan jenis insisi horizontal, kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran  $\pm$  4 x 12 cm, pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi dan tidak nyaman dengan lukanya.

Masalah Khusus : Nyeri Akut

#### 7 Perineum dan Genetalia

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

Perineum : Utuh/Episiotomi/Ruptur

Tanda : REEDA

R : Kemerahan : Tidak

E : Bengkak : Tidak

E : Echimosis : Tidak

D : Discharge : Tidak Ada

A : Apporximate : Baik/Tidak

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

PostPartum Hari ke 2

Lokia : Jumlah  $\pm$  50 cc, ganti pembalut 2x sehari

Jenis Lochea : jenis lochea rubra

Konsistensi : Cair

Bau : Amis

Masalah Khusus : Tidak Ada

#### 8 Ekstremitas

a. Ekstremitas atas

Ekstremitas atas simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, tidak ada varises, rentang gerak agak terbatas karena terpasang infus RL 20 Tetes/menit diextremitas atas bagian kiri.

b. Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah simetris kiri dan kanan, tidak ada varises di tungkai kaki, tidak ada oedema, tidak ada kemerahan pada tungkai, pasien mengatakan belum mampu menggerakkan kedua kakinya akibat efek dari obat spinal

Masalah Khusus : Tidak ada

9 Eliminasi

a. BAK

Pasien terpasang kateter dengan jumlah cairan 200cc/4 jam warna urin kuning, nyeri +

b. BAB

Saat dilakukan pengkajian pasien belum BAB

Masalah Khusus : Nyeri Post Terpasang Cateter

10 Pemeriksaan Fungsi Reflek

- a. Bisep : kanan ( + ) kiri ( + )
- b. Trisep : kanan ( + ) kiri ( + )
- c. Patella : kanan ( + ) kiri ( + )
- d. Achilles : kanan ( + ) kiri ( + )
- e. Babinski : kanan ( + ) kiri ( + )

**7. Istirahat dan Kenyamanan**

Pola tidur : klien mengatakan malam tidur kurang, sering terbangun, tidur hanya ±4 jam sampai saat ini belum tidur lagi. Klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini. Masalah nyeri Lokasi : Abdomen (bekas post op sectiosecarea)

**8. Mobilisasi dan Latihan**

Tingkat mobilisasi : miring kanan dan kiri

Masalah khusus : tidak ada

**9. Nutrisi dan Cairan**

Makan : Klien mengatakan nafsu makan meningkat, porsi yang disediakan habis, klien dapat dapat diit makanan lunak

Minum : Cukup, 1 gelas tiap 2 jam

## 10. Keadaan Mental

Adaptasi Psikologis : Taking Hold

Penerimaan terhadap bayi : kehadiran bayinya sangat diharapkan

Masalah Khusus : Tidak Ada

## 11. Kemampuan menyusui

Saat pengkajian Ibu belum menyusui karena bayi masih di ruang Perinatologi

## 12. 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 : teknik 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, turgor kulit pasien elastis, warna kulit puih, kulit tampak bersih, tidak pucat, tidak ada lesi.

f) Baal / Hilang Rasa : Tidak ada

g) Vertigo : Tidak

h) Gangguan Bicara : Tidak ada

### 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 : diskusi bersama suami dan keluarga, selalu sabar dan tabah dalam mengatasi masalah yang ada.

#### 4) Adanya kelompok pendukung : Keluarga mengatakan ada, yaitu keluarga terdekat

### c. Suasana hati

Pasien mengatakan sangat senang dan bahagia karena anaknya sudah lahir dengan keadaan selamat, sehat dan tidak ada yang kurang dalam fisik anaknya. Pasien merencanakan merawat sendiri bayinya dan siap menyusui bayinya sampai anak usia 2 tahun.

d. Hubungan/komunikasi

1) Bicara

Bahasa utama yang digunakan adalah bahasa melayu/daerah minang 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 minang .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

Pasien belum bisa menjalankan perannya sebagai istri, pasien belum bisa memenuhi kebutuhan seksual karena masih dalam mas nifas hingga 42 hari kedepan.

f. Pertahan Koping

1) Pengambilan keputusan klien dibantu oleh suami dan 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

g. Yang dilakukan klien jika stres adalah mencari pemecahan masalah, berdiskusi dengan suami dan keluarga.

#### h. Sistem Nilai Kepercayaan

Pasien yakin dan percaya sama Allah SWT dan selalu berdo'a akan kesembuhannya serta kesehatan bayinya. Pasien tidak melaksanakan sholat 5 waktu karena pasien dalam masa nifas. Pasien mengikuti nilai-nilai serta peraturan yang ada di rumah sakit.

### 13. Obat-Obatan

1. IVFD RL : 20 tetes/menit
2. Injeksi Ceftriaxone 2x1 gram
3. Paracetamol tablet 3x 500 Mg
4. Becom C 1x1 tablet

### 14. Hasil Pemeriksaan Penunjang

#### Sebelum operasi :

- ✓ Hemoglobin : 11 gr/dl
- ✓ Leukosit : 10.600 Sel/mm<sup>3</sup>
- ✓ Hematokrit : 36 %
- ✓ Trombosit : 339.000 Sel/mm<sup>3</sup>

#### Setelah Operasi :

- ✓ Haemoglobin : 10, 5 gr/dl
- ✓ Leukosit 11.000 Sel/mm<sup>3</sup>
- ✓ Hematokrit : 27,2 %
- ✓ Trombosit : 343.000 Sel/mm<sup>3</sup>

### 15. Hasil Pengkajian

#### Masalah :

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Agustus 2019 jam 08.30 wib didapatkan hasil klien mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka post op sectio cesarea, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, skala nyeri 6, nyeri dirasakan lebih saat melakukan gerakan-gerakan tubuh dan hilang pada saat minum obat analgesik, klien juga mengatakan bahwa ketidak nyamanan yang dirasakan itu saat terpasang kateter, klien mengatakan susah untuk bergerak,

aktivitas masih diiitempat tidur dibantu perawat dan keluarga. Klien tampak berhati-hati saat bergerak miring kiri- dan miring kanan. Wajah klien tampak meringis dan tidak rileks, mengelus-elus bagian luka operasi. Hasil Tanda-



Tanda Vital : TD : 139/90 mmHg, S : 37 C, RR : 22 x/i, N : 92x/i. BB = 65 Kg

### 3.2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi</li> <li>▪ Pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat</li> <li>▪ Skala nyeri 6</li> <li>▪ Nyeri dirasakan lebih saat melakukan gerakan-gerakan tubuh</li> <li>▪ Nyeri hilang pada saat minum obat</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wajah Ny.V tampak tidak rilek dan meringis</li> <li>▪ Klien tampak mengelus-elus perut bagian post op</li> </ul>	Agen injury luka operasi	Nyeri akut
2	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien mengatakan tidur malam kurang</li> <li>▪ Klien mengatakan sering terbangun</li> <li>▪ Klien mengatakan tidur hanya ± 4 jam</li> <li>▪ Klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien terlihat lemas</li> <li>▪ Klien terlihat mengantuk</li> </ul>	Nyeri luka operasi	Gangguan Pola Tidur

3	<p><b>Data Subjek :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Klien ada luka operasi pada perut bagian bawah</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Terdapat luka jahitan operasi post Sectio Caesarea (SC) pada dinding/kulit abdomen, dengan jenis insisi horizontal.</li> <li>■ Kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran ± 4x12 cm,</li> <li>■ Kulit dipinggir luka tampak berwarna merah muda, luka hari pertama fase inflamasi, panjang luka ± 12 cm.</li> <li>■ Tanda-Tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ TD : 120/80 mmHg</li> <li>❖ Nadi : 87 x/menit</li> <li>❖ Pernapasan : 20 x/menit</li> <li>❖ Suhu : 36,7°C</li> </ul> </li> </ul>	Luka insisi operasi	Resiko Infeksi
---	--	---------------------	----------------

### 3.3 Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio caesarea.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi
3. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi

### 3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

NO	DIAGNOSA	TUJUAN ( NOC )	INTERVENSI ( NIC )
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen injury (luka insisi operasi)	<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</li> <li>8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>9. Tingkatkan istirahat</li> <li>10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang danantisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</li> <li>11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.</li> </ol>

2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka post op.	<p><b>NIC</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, gangguan pola tidur pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah jam tidur dalam batas normal</li> <li>• Pola tidur, kualitas dalam batas normal</li> <li>• Perasaan fres sesudah tidur/istirahat</li> <li>• Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.</li> <li>11. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.</li> <li>12. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).</li> <li>13. Ciptakan lingkungan yang nyaman.</li> <li>14. Kolaborasi pemberian obat tidur.</li> <li>15. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.</li> <li>16. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien.</li> <li>17. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur</li> </ol>
3	Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi operasi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan status kekebalan px meningkat dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Mendeskripsikan proses penularan penyakit , faktor yang memengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>29. Bersihkan lingkungan setelah dipakai px lain</li> <li>30. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>31. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>32. Instruksikanpadapengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan px</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Menunjukkn kemampuan untuk mencegahtimbunya infeksi</li> <li>9. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>33. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan</li> <li>34. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kolaboratif</li> </ol>

		10. Menunjukkan perilaku hidup sehat	35. Gunakan baju,sarung tangan sebagai alat pelindung
			36. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 37. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dg petunjuk 38. Gunakan kateter intermiten utk menurunkan infeksi kandung kemih 39. Tingkatkan intake nutrisi 40. Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi) 41. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 42. Monitor hitung granulosit, WBC 43. Monitor kerentanan terhadap infeksi
			44. Pertahankan teknik aseptik pd px yg beresiko  45. Pertahankan teknik isolasi k/p 46. Berikan perawatan kulit pada area epidema 47. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase 48. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah 49. Dorong masukan nutrisi yg cukup

50. Dorong masukan cairan
  51. Dorong istirahat
  52. Instruksikan px utk minum antibiotik sesuai resep
  53. Ajarkan px dan keluarga tanda dan gejala infeksi
  54. Ajarkan cara menghindari infeksi
  55. Laporkan kecurigaan infeksi
  56. Laporkan kultur positif
-

### 3.5 Catatan Perkembangan

HARI/TGL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
Selasa, 06-08-2019	DX. I	09.00	<p>1. Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (PQRST)</p> <p>P : Nyeri bertambah ketikaa banyak bergerak.</p> <p>Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-ditusuk</p> <p>R : Nyeri dibagian luka post operasi</p> <p>S : 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Ajarkan menggunakan tehnik non farmakologi relaksasi benson</p> <p>4. Evaluasi tentang ketidakefektifan tindakan nyeri yang dilakukan</p> <p>5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik</p>	13.00	<p>DX. I</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka post SC</p> <p>P : Nyeri bertambah ketika banyak bergerak,</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk,</p> <p>R : Nyeri dibagian luka post SC,</p> <p>S : Skala 4</p> <p>T :nyeri hilang timbul</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wajah Klien tampak tidak rilek dan meringis</li> <li>▪ Klien tampak mengelus-elus perut bagian post operasi</li> </ul> <p>A : Nyeri Akut</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan presipitasi (PQRS)</li> <li>2. Obesrvaso reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Ajarkan menggunakan tehnik non farmakologi relaksasi benson</li> <li>4. Evaluasi tentang ketidakefektifan tindakan nyeri yang dilakukan</li> </ol>

	DX. II	09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.</li> <li>2. Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat.</li> <li>3. Memfasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).</li> <li>4. Menciptakan lingkungan yang nyaman.</li> </ol>	13.00	<p>5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien mengatakan tidur malam kurang</li> <li>▪ Klien mengatakan sering terbangun</li> <li>▪ Klien mengatakan tidur hanya ± 4 jam</li> <li>▪ Klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien terlihat lemas</li> <li>▪ Klien terlihat mengantuk</li> </ul> <p>A : Gangguan Pola Tidur</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinasi efek – efek medikasi terhadap pola tidur</li> <li>2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</li> <li>3. Fasilitasi untuk mempertahankan aktifitas sebelum tidur (membaca)</li> <li>4. Ciptakan lingkungan yang nyaman</li> </ol>
	DX III	09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda- tanda vital</li> <li>2. Mengobservasi bservasi daerah sekitar luka</li> <li>3. Memantau tanda-tanda infeksi</li> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan</li> </ol>		<p>DX. III</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien ada luka operasi pada perut bagian bawah</li> </ul> <p>O :</p>



		<p>sesudah melakukan tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</li> <li>6. Menganjurkan untuk istirahat</li> <li>7. Mengkolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terdapat luka jahitan operasi post Sectio Caesarea (SC) pada dinding/kulit abdomen, dengan jenis insisi horizontal.</li> <li>▪ Kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran <math>\pm 4 \times 12</math> cm,</li> <li>▪ Kulit dipinggir luka tampak berwarna merah muda, luka hari pertama fase inflamasi, panjang luka <math>\pm 12</math> cm.</li> <li>▪ Tanda-Tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ TD : 120/80 mmHg</li> <li>◆ Nadi : 87 x/menit</li> <li>◆ Pernapasan : 20 x/menit</li> <li>◆ Suhu : 36,7°C</li> </ul> </li> </ul> <p>A : Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda- tanda vital</li> <li>2. Observasi bservasi daerah sekitar luka</li> <li>3. Pantau tanda-tanda infeksi</li> <li>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</li> <li>5. Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan</li> <li>6. Anjurkan untuk istirahat</li> <li>7. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>
--	--	--	---

Rabu, 07-08-2019	DX. I	09.00	13.00	DX. I
				<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka post SC</p> <p>P : Nyeri bertambah ketika banyak bergerak, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri dibagian luka post SC, S : Skala 3 T :nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wajah Klien tampak tidak rilek dan meringis</li> <li>▪ Klien tampak mengelus-elus perut bagian post operasi</li> </ul> <p>A : Nyeri Akut</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan presipitasi (PQRS)</li> <li>2. Obesrvaso reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Ajarkan menggunakan tehnik non farmakologi relaksasi benson</li> <li>4. Evaluasi tentang ketidakefektifan tindakan nyeri yang dilakukan</li> </ol>
				<p>1. Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (PQRST)</p> <p>P : Nyeri bertambah ketikaa banyak bergerak.</p> <p>Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-ditusuk</p> <p>R : Nyeri dibagian luka post operasi</p> <p>S : 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Ajarkan menggunakan tehnik non farmakologi relaksasi benson</p> <p>4. Evaluasi tentang ketidakefektifan tindakan nyeri yang dilakukan</p> <p>5. Kolaborasidalam pemberian analgetik</p>
				<p>5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik</p>

DX. II        09.00 1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur. 13.00  
2. Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat.  
3. Memfasilitas                                untuk mempertahankan                                aktivitas sebelum tidur (membaca).  
4. Memfasilitas                                untuk mempertahankan                                aktivitas sebelum tidur (membaca).  
5. Menciptakan lingkungan yang nyaman.

DX. II  
S :

- Klien mengatakan tadi malam bisa istirahat dan tidur
- Pasien mengatakan tidur malam selama 6 jam
- Sebelum tidur pasien melakukan relaksasi benson
- Pasien mengatakan segar setelah bangun tidur

O :

- Klien tampak lebih rileks
- Klien tampak lebih nyaman

A : Gangguan Pola Tidur

P : Lanjutkan Intervensi

1. Determinasi efek – efek medikasi terhadap pola tidur
2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
3. Fasilitasi untuk mempertahankan aktifitas sebelum tidur (membaca)
4. Ciptakan lingkungan yang nyaman

	DX. III	12.00
--	---------	-------

Kamis,  
08-08-2019

DX. I

08.00

1. Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (PQRST)
  - P : Nyeri bertambah ketikaa banyak bergerak.
  - Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-ditusuk
  - R : Nyeri dibagian luka post operasi
  - S : 3
  - T : Nyeri hilang timbul
2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Ajarkan menggunakan tehnik non farmakologi relaksasi benson

12.00

DX. I

- S :
- Klien mengatakan nyeri berkurang mengontrol nyeri
- P : Nyeri berkurang,  
Q : Nyeri berkurang  
R : Nyeri dibagian luka post SC  
S : Skala 2  
T :nyeri hilang timbul
- O :
- Pasien tampak berjalan disel
  - Wajah klien tampak rileks dan
- A : Nyeri Akut teratasi
- P : Intervensi dihentikan  
Pasien boleh pulang

7. Kolaborasi pemberian antibiotik

4. Cuci tangan

DX. II 08.00

tindakan

5. Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan
6. Anjurankan untuk istirahat

			<p>4. Evaluasi tentang ketidakefektifan tindakan nyeri yang dilakukan</p> <p>5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik</p>		
			<p>1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.</p> <p>2. Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat.</p> <p>3. Memfasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).</p> <p>4. Menciptakan lingkungan yang nyaman.</p>	13.00	<p>DX. II</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien mengatakan tadi malam bisa istirahat dan tidur</li> <li>▪ Pasien mengatakan tidur malam selama 6 jam</li> <li>▪ Sebelum tidur pasien melakukan relaksasi benson</li> <li>▪ Pasien mengatakan segar setelah bangun tidur</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien tampak lebih rileks</li> <li>▪ Klien tampak lebih nyaman</li> </ul> <p>A : Gangguan Pola Tidur teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan Pasien boleh pulang</p>
	DX.III	12.00			<p>DX. III</p>
			<p>1. Memonitor tanda- tanda vital</p>		

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengobservasi bservasi daerah sekitar luka</li> <li>3. Memantau tanda-tanda infeksi</li> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</li> <li>5. Meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</li> <li>6. Menganjurkan untuk istirahat</li> <li>7. Mengkolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien ada luka operasi pada perut bagian bawah</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Terdapat luka jahitan operasi post Sectio Caesarea (SC) pada dinding/kulit abdomen, dengan jenis insisi horizontal.</li> <li>· Luka bekas operasi ditutup perban tampak bersih</li> <li>· Luka kering</li> <li>· Tidak ada tanda-tanda operasi</li> <li>· Tanda-Tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ TD : 120/70 mmHg</li> <li>♦ Nadi : 84 x/menit</li> <li>♦ Pernapasan : 20 x/menit</li> <li>♦ Suhu : 36,5°C</li> </ul> </li> </ul> <p><b>A :</b> Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p><b>P :</b> intervensi dihentikan Pasien boleh pulang</p>
--	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini membandingkan antara teori dengan kasus pada Ny. V dengan diagnosa Post Sectio Caesarea, pada tanggal 06 Agustus 2019 di Ruang Kebidanan RSI Ibnu Sina Yarsi Bukit Tinggi Tahun 2019. Berikut akan diuraikan pelaksanaan keperawatan pada Ny. V dengan diagnosa Post Sectio Caesarea sesuai fase dalam tahapan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta dilengkapi pembahasan dokumentasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian**

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

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

Pada pengkajian tidak semua pemeriksaan fisik yang diteori timbul pada kasus. Tidak ada kendala berarti selama melakukan pengkajian karena semua pihak dapat bekerja sama yang baik dan saling mendukung satu sama lainnya.

Data yang terdapat pada tinjauan teori sesuai dengan data yang ditemukan penulis saat melakukan pengkajian. Tahap – tahap pengkajian dalam tinjauan teori sudah di aplikasikan oleh penulis. Data keluhan utama yang di temukan di tinjauan teori yaitu nyeri akut pada operasi sectio caesarea sama dengan yang di temukan dengan kasus, pengkajian pada tanggal 06 Agustus 2019 didapatkan hasil Ny.V mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka Post Sectio Caesarea, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakan lebih saat beraktifitas, klien juga mengatakan nyeri hilang timbul, Ny.V juga mengatakan bahwa ketidak nyaman dengan kondisinya saat ini, pada saat diobservasi tampak meringis, lemas dan mengantuk. Hasil Tanda-Tanda Vital : TD : 139/90 mmHg, S : 37 C, RR : 22x/i, N : 92x/i. Tid ak ada kesenjangan antara teori dengan fakta.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Untuk diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan pustaka ada 10 diagnosa keperawatan yang muncul, diantaranya :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
4. Gangguan eliminasi urine
5. Gangguan pola tidur b.d kelemahan
6. Resiko Infeksi b.d faktor risiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
7. Defisit perawatan diri mandi, makan, eliminasi b.d kelelahan postpartum.



8. Konstipasi
9. Resiko syok (hipovolemik)
10. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum

Sedangkan pada kasus yang diagnosa yang muncul adalah :

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (insisi luka operasi)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi
5. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan patogen

### **4.3 Intervensi**

Diagnosa yang muncul disusun prioritas berdasarkan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow. Setelah diprioritaskan kemudian disusun rencana keperawatan yang mengacu pada teori yang ada, namun disesuaikan dengan kasus yang ada dan lebih banyak melihat dari kondisi klien, sarana dan prasarana serta sumber daya dari tim kesehatan. Rencana keperawatan untuk masing-masing diagnosa keperawatan diantaranya : Pada teori intervensi sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (insisi luka operasi)

#### **Pain Management**

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri

5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal)in
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
12. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
15. Tingkatkan istirahat
16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

### **Analgesic Administration**

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat alergi
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
7. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur

8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
  9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
  10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi

#### **Sleep Enhancement**

1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.
  2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.
  3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).
  4. Ciptakan lingkungan yang nyaman.
  5. Kolaborasi pemberian obat tidur.
  6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.
  7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien.
  8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur.
  9. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan patogen

#### **Kontrol Infeksi**

1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai px lain
2. Pertahankan teknik isolasi
3. Batasi pengunjung bila perlu
4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan px
5. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan
6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kolaboratif
7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung

8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dg petunjuk
10. Gunakan kateter intermiten utk menurunkan infeksi kandung kemih
11. Tingkatkan intake nutrisi
12. Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)
13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
14. Monitor hitung granulosit, WBC
15. Monitor kerentanan terhadap infeksi
16. Pertahankan teknik aseptik pd px yg beresiko
17. Pertahankan teknik isolasi k/p
18. Berikan perawatan kulit pada area epidema
19. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase
20. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah
21. Dorong masukan nutrisi yg cukup
22. Dorong masukan cairan
23. Dorong istirahat
24. Instruksikan px utk minum antibiotik sesuai resep
25. Ajarkan px dan keluarga tanda dan gejala infeksi
26. Ajarkan cara menghindari infeksi
27. Laporkan kecurigaan infeksi
28. Laporkan kultur positif

Sedangkan pada kasus dilakukan intervensi sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (insisi luka operasi)
  - a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi

- b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
  - c. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
  - d. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
  - e. Kurangi faktor presipitasi nyeri
  - f. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
  - g. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
  - h. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
  - i. Tingkatkan istirahat
  - j. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
  - k. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi
- a. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.
  - b. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.
  - c. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).
  - d. Ciptakan lingkungan yang nyaman.
  - e. Kolaborasi pemberian obat tidur.
  - f. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.
  - g. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien.
  - h. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur

3. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan patogen
  - a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai px lain
  - b. Pertahankan teknik isolasi
  - c. Batasi pengunjung bila perlu
  - d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan px
  - e. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan
  - f. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kolaboratif
  - g. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
  - h. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
  - i. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dg petunjuk
  - j. Gunakan kateter intermiten utk menurunkan infeksi kandung kemih
  - k. Tingkatkan intake nutrisi
  - l. Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)
  - m. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
  - n. Monitor hitung granulosit, WBC
  - o. Monitor kerentanan terhadap infeksi
  - p. Pertahankan teknik aseptik pd px yg beresiko
  - q. Pertahankan teknik isolasi k/p
  - r. Berikan perawatan kulit pada area epidema
  - s. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase
  - t. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah
  - u. Dorong masukan nutrisi yg cukup

- v. Dorong masukan cairan
- w. Dorong istirahat
- x. Instruksikan px utk minum antibiotik sesuai resep
- y. Ajarkan px dan keluarga tanda dan gejala infeksi
- z. Ajarkan cara menghindari infeksi
- aa. Laporkan kecurigaan infeksi
- bb. Laporkan kultur positif

#### **4.4 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, penulis melibatkan klien, keluarga dan tim kesehatan lain sehingga dapat bekerjasama dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien.

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

Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari. Implementasi diberikan pada pasien berdasarkan intervensi yang telah ditentukan dengan berpedoman pada panduan NANDA NIC NOC, namun implementasi di fokus pada tindakan relaksasi benson, respon yang ditunjukkan setelah dilakukan relaksasi benson untuk mengurangi nyeri terlihat pengaruhnya, dibuktikan dengan penurunan skala nyeri, kebutuhan tidur terpenuhi dan resiko infeksi tidak terjadi.

## 4.5 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Dari tiga 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 agen injuri (insisi luka operasi)

**S :**

Klien mengatakan nyeri berkurang dan pasien bisa mengontrol nyeri

P : Nyeri berkurang,

Q : Nyeri berkurang

R : Nyeri dibagian luka post SC,

S : Skala 2

T :nyeri hilang timbul

**O :**

o Pasien tampak berjalan diselasar rumah sakit

o Wajah klien tampak rileks dan nyaman

A : Nyeri Akut teratasi

P : Pasien boleh pulang, intervensi dihentikan

### 2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi

**S :**

▪ Klien mengatakan tadi malam bisa istirahat dan tidur

▪ Pasien mengatakan tidur malam selama 6 jam

▪ Sebelum tidur pasien melakukan relaksasi benson



- Pasien mengatakan segar setelah bangun tidur

O :

- Klien tampak lebih rileks
- Klien tampak lebih nyaman

A : Gangguan Pola Tidur teratasi

P : Intervensi dihentikan Pasien boleh pulang

2. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan patogen

S : Klien ada luka operasi pada perut bagian bawah

O :

- Terdapat luka jahitan operasi post Sectio Caesarea (SC) pada dinding/kulit abdomen, dengan jenis insisi horizontal.
- Luka bekas operasi ditutup perban tampak bersih
- Luka kering
- Tidak ada tanda-tanda operasi
- Tanda-Tanda Vital :
  - TD : 120/70 mmHg
  - Nadi : 84 x/menit
  - Pernapasan : 20 x/menit
  - Suhu : 36,5°C

A : Resiko infeksi tidak terjadi

P : Intervensi dihentikan pasien boleh pulang

Semua diagnosa yang ditegakkan teratasi, tidak ada kendala berarti selama penulis melakukan asuhan keperawatan, terutama relaksasi benson.

Relaksasi benson terbukti dapat menurunkan intensitas nyeri pada ibu setelah operasi melahirkan

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan data klien mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka post op sectio cesarea, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakan lebih saat melakukan gerakan-gerakan tubuh dan hilang pada saat minum obat analgesik, klien juga mengatakan bahwa ketidak nyamanan yang dirasakan itu saat terpasang kateter, klien mengatakan susah untuk bergerak, aktivitas masih diiitempat tidur dibantu perawat dan keluarga. Klien tampak berhati-hati saat bergerak miring kiri- dan miring kanan. Wajah klien tampak meringis dan tidak rileks, mengelus-elus bagian luka operasi. Hasil Tanda-Tanda Vital :  
TD : 139/90 mmHg, S : 37 C, RR : 22 x/i, N : 92x/i. BB = 65 Kg
2. Setelah pengkajian dilakukan, didapatkan tanda-tanda yang dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif kemudian melakukan analisa data Diagnosa keperawatan primer yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (insisi luka operasi), Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi dan Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan patogen
3. Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul dan dibuat berdasarkan rencana asuhan keperawatan secara teoritis

4. Implementasi dilakukan sesuai rencana keperawatan yang disusun.
5. Evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dari ketiga diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dan implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan didapatkan hasil yang dicantumkan dalam evaluasi sebagai berikut: semua diagnosa yang ditegakkan teratasi baik.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Institusi pendidikan**

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

### **5.2.2 Bagi Perawat**

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

### **5.2.3 Bagi Layanan**

Dapat dijadikan pertimbangan pihak rumah sakit khususnya ruang Siti Aisyah untuk menggunakan penatalaksanaan non farmakologi dalam memberikan askep mengurangi rasa nyeri pada pasien post operasi

seperti post operasi sectio caesarea dengan menggunakan tehnik relaksasi benson.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito. (2001). *Rencana Asuhan & Dokumentasi Keperawatan, Diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif*. Jakarta : EGC
- Johnson, M., et all. (2000). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River
- Jitowiyono S dan Kristiyanasari W. (2012). *Asuhan keperawatan post operasi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Mansjoer, A. (2002). *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. (2011). *Obstetri patologi*, Cetakan I. Jakarta : EGC Mitayani.
- (2009). *AsuhanKeperawatanMaternitas*. Jakarta :SalembaMedika
- NANDA. (2012). *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA : Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : Prima Medika
- Nurjannah Intansari. (2010). *Proses Keperawatan NANDA, NOC &NIC*. Yogyakarta : mocaMedia
- 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. (2014). *Ilmu Kebidanan*, Edisi 4 Cetakan II. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Smeltzer SC dan Bare BG. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah* Brunner & Suddart, (ed 7). Jakarta: EGC.
- Potter, P.A dan Perry, A.G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik* (terjemah: Komalasari et.al). Jakarta: EGC.

Purwanto E. 2008. Efek Musik terhadap Perubahan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi di Ruang Bedah RSUP dr. Sardjito. Malang: Jurnal Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang