

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PRE *SECTIO*
CAESAREA** INDIKASI BAYI BESAR PADA NY. D G3P1A1
DENGAN TERAPI RELAKSASI: *BUTTERFLY HUG*
TERHADAP TINGKAT KECEMASAN DI RUANG IGD
PONEK RSUD DR SLAMET GARUT

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

AI RESTI, S.Kep
KHGD24064



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

NAMA : AI RESTI

NIM : KHGD24064

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PRE OPERASI SECTIO CAESAREA INDIKASI BAYI BESAR PADA NY. D G3P1A1 DENGAN TERAPI RELAKSASI: BUTTERFLY HUG TERHADAP TINGKAT KECEMASAN DI RUANG IGD PONEK RSUD DR SLAMET GARUT

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir pada Program Studi Profesi Ners

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, September 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama

(K. Dewi Budiarti, M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : AI RESTI
NIM : KHGD24064
JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PRE OPERASI SECTIO CAESAREA INDIKASI BAYI BESAR PADA NY. D G3P1A1 DENGAN TERAPI RELAKSASI: BUTTERFLY HUG TERHADAP TINGKAT KECEMASAN DI RUANG IGD PONEK RSUD DR SLAMET GARUT

Garut, September 2025

Penguji I

Penguji II

(Tanti Suryawanti, S.Kep.,Ns.,M.H.Kes)

(Eva Daniati, S.Kep.,Ns.,M.Pd)

Mengetahui, Ketua Program Studi
Profesi Ners

Mengesahkan, Pembimbing Utama
STIKes Karsa Husada Garut

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

(K.Dewi Budiarti, M.Kep)

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, September 2025
Pembuat Pernyataan,

Ai Resti, S.Kep

ABSTRAK

Analisis Asuhan Keperawatan Pre *Sectio Caesarea* Indikasi Bayi Besar Pada Ny. D G3P1A1 dengan Terapi Relaksasi : *Butterfly Hug* Terhadap Tingkat Kecemasan Di Ruang IGD PONEK RSUD Dr Slamet Garut

Ai Resti¹⁾, K. Dewi Budiarti²⁾

1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

Persalinan dengan *sectio caesarea* (SC) merupakan tindakan pembedahan yang sering dilakukan untuk menyelamatkan ibu maupun bayi pada kondisi tertentu, salah satunya indikasi bayi besar (makrosomia). Namun, tindakan *sectio caesarea* sering menimbulkan kecemasan pada ibu akibat ketidakpastian prosedur, risiko operasi, dan dampak pasca operasi. Intervensi non-farmakologis seperti teknik butterfly hug dinilai efektif dalam menurunkan kecemasan karena mampu menstimulasi sistem saraf parasimpatis, menurunkan aktivitas amigdala, serta menyeimbangkan hormon stres kortisol. Tujuan dari karya ilmiah bertujuan untuk menerapkan *evidence based practice* terapi relaksasi *butterfly hug* pada ibu pre *sectio caesarea* di ruang IGD PONEK RSUD Dr Slamet Garut. Metode yang digunakan dalam penulisan ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan secara langsung pada suatu kasus dan didukung oleh artikel-artikel yang berkaitan dengan pre operasi *sectio caesarea*. Hasil menunjukkan dari pemberian asuhan keperawatan di dapatkan hasil bahwa kecemasan pada ibu pre *sectio caesarea* mengalami penurunan setelah dilakukan intervensi sesuai EBP yaitu dengan terapi relaksasi *butterfly hug* yang dilakukan sebanyak dua kali. Saat masuk ruang IGD tingkat kecemasan diukur menggunakan kuesioner APAIS dengan skor 19 yang menunjukkan kecemasan berat dan menurun menjadi 17 atau kecemasan sedang setelah dilakukan intervensi. Sebelum pasien masuk ruang operasi, dengan hasil awal skor 17 cemas sedang. Setelah diberikan intervensi *butterfly hug*, skor kecemasan kembali menurun menjadi 14 namun tetap dalam kategori cemas sedang. Maka dapat disimpulkan adanya pengaruh terapi relaksasi *butterfly hug* untuk mengurangi tingkat kecemasan. Dengan demikian, perawat dapat menjadikan *butterfly hug* sebagai alternatif intervensi non-farmakologis yang sederhana, mudah diterapkan, dan efektif untuk menurunkan kecemasan pre *sectio caesarea*.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, *Butterfly Hug*, Bayi besar, *Sectio caesarea*, Kecemasan

ABSTRACT

Analysis of Preoperative Nursing Care for Caesarean Section with Indication of Large Baby in Mrs. D G3P1A1 with Relaxation Therapy: Butterfly Hug on Anxiety Levels in the Emergency Room of PONEK Dr. Slamet Garut Regional Hospital

Ai Resti¹⁾, K. Dewi Budiarti²⁾

1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

Delivery by Caesarean section (CS) is a surgical procedure that is often performed to save the mother and baby in certain conditions, one of which is an indication of a large baby (macrosomia). However, Caesarean section often causes anxiety in mothers due to the uncertainty of the procedure, surgical risks, and post-operative impacts. Non-pharmacological interventions such as the butterfly hug technique are considered effective in reducing anxiety because they are able to stimulate the parasympathetic nervous system, reduce amygdala activity, and balance the stress hormone cortisol. The purpose of this scientific paper aims to apply evidence-based practice of butterfly hug relaxation therapy to pre-cesarean section mothers in the PONEK Emergency Room of Dr. Slamet Garut Regional Hospital. Method: used in this paper is a descriptive method with a case study approach. Data collection is carried out directly on a case and is supported by articles related to pre-cesarean section operations. The results of nursing care showed that anxiety in pre-cesarean mothers decreased after two EBP interventions, including butterfly hug relaxation therapy. Upon admission to the emergency room (ER), anxiety levels were measured using the APAIS questionnaire, with a score of 19 indicating severe anxiety. This decreased to 17, or moderate anxiety, after the intervention. Before entering the operating room, the patient's initial score was 17, indicating moderate anxiety. After the butterfly hug intervention, the anxiety score decreased again to 14, but remained in the moderate anxiety category. In conclusion, butterfly hug relaxation therapy can be effective in reducing anxiety levels. Therefore, nurses can use the butterfly hug as a simple, easy-to-implement, and effective non-pharmacological intervention to reduce pre-cesarean anxiety.

Keywords: *Nursing care, Butterfly Hug, Large baby, Cesarean section, Anxiety*

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim.

Assalamu'alaikum wr.wb.

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. karena atas segala Rahmat dan Karunia-Nya maka penulis bisa menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan Judul : “Analisis Asuhan Keperawatan Pre *Sectio Caesarea* Indikasi Bayi Besar Pada Ny. D G3P1A1 dengan Terapi Relaksasi : *Butterfly Hug* Terhadap Tingkat Kecemasan Di Ruang IGD PONEK RSUD Dr Smaet Garut”. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga dan umatnya hingga akhir zaman. Karena berkat Rahmat dan Ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir. Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis banyak memperoleh bantuan baik moril maupun materil serta bimbingan, dorongan dan motivasi dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE.,M.Si Ketua umum pengurus yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu Sri Yekti, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku pembimbing utama yang telah memberikan waktu, arahan, motivasi serta masukan bagi penyusun.
6. Seluruh jajaran Dosen dan Staf Prodi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
7. Teristimewa kepada kedua orangtua saya Bapak Anton Wijaya dan Mamah Siti, Terimakasih karena telah memberikan kasih sayang, serta senantiasa mengiringkan do'a, dukungan dan nasihat bagi penulis.
8. Teristimewa kepada tunangan saya, calon imam saya A Hermawan, terimakasih telah memberikan kasih sayang, serta menunggu sampai penulis lulus kuliah, terimakasih juga karena selalu menemani dan mendengarkan segala keluh kesah penulis.
9. Terakhir, terima kasih untuk diri sendiri karena telah bertahan dan terus melangkah meski tidak selalu mudah. Lima tahun kuliah di keperawatan bukanlah waktu yang singkat dan kini kamu mampu melewatinya. Terima kasih sudah tidak menyerah, sudah belajar dengan sungguh-sungguh dan tetap bertahan walau kadang lelah dan ragu. *I'm so proud of myself.*

Saya menyadari bahwa penulisan laporan KIAN ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik akan sangat berarti

Garut, September 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
---------------------------------	----

LEMBAR PENGESAHAN	iii
-------------------------	-----

LEMBAR PERNYATAAN	iv
-------------------------	----

ABSTRAK	v
---------------	---

KATA PENGANTAR.....	vii
---------------------	-----

DAFTAR ISI	ix
------------------	----

DAFTAR TABEL	xii
--------------------	-----

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
-------------------------	---

1.2 Tujuan Penulisan.....	6
---------------------------	---

1.2.1 Tujuan Umum	6
-------------------------	---

1.2.2 Tujuan Khusus	6
---------------------------	---

1.3 Manfaat Penelitian	7
------------------------------	---

1.3.1 Manfaat Teoritis.....	7
-----------------------------	---

1.3.2 Manfaat Praktis	7
-----------------------------	---

1.3.3 Metode Penulisan.....	7
-----------------------------	---

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka	8
--------------------------	---

2.1.1 Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	8
---	---

2.1.2 Konsep <i>Pre Operasi</i>	19
---------------------------------------	----

2.1.3 Konsep Post Partum.....	24
-------------------------------	----

2.1.4 Konsep Kecemasan.....	32
-----------------------------	----

2.1.5 Konsep <i>Evidence Base Practice</i> (EBP) Teknik <i>Butterfly Hug</i>	42
2.1.6 Konsep Asuhan Keperawatan.....	48
2.1.7 Konsep <i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	87

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus	92
3.1.1 Pengkajian Keperawatan Pre Op SC	92
3.1.2 Alasan Masuk RS	93
3.1.3 Riwayat Kesehatan	93
3.1.4 Pemeriksaan Fisik.....	97
3.1.5 Pemeriksaan Diagnostik	102
3.1.6 Therapy Obat	104
3.1.7 Analisa Data <i>Pre Op Sectio Caesarea</i>	104
3.1.8 Diagnosa Keperawatan	105
3.1.9 Intervensi Keperawatan Pre Op Sectio Caesarea	107
3.1.10 Impelentasi Keperawatan <i>Pre Op Sectio Caesarea</i> dan <i>Post Sectio Caesarea</i>	110
3.1.11 Evaluasi Keperawatan <i>Pre Op Sectio Caesarea</i>	114
3.1.12 Pengkajian <i>Post Sectio Caesarea</i>	116
3.1.13 Riwayat Kesehatan	117
3.1.14 Pemeriksaan Diagnostik	125
3.1.15 Therapy Obat	126
3.1.16 Analisa Data <i>Post Op Sectio Caesarea</i>	126
3.1.17 Diagnosa Keperawatan <i>Post Op Sectio Caesarea</i>	127
3.1.18 Intervensi Keperawatan <i>Post Op Sectio Caesarea</i>	128
3.1.19 Implementasi Keperawatan <i>Post Op Sectio Caesarea</i>	131

3.1.20 Evaluasi Keperawatan <i>Post Op Sectio Caesarea</i>	135
3.2 Pembahasan <i>Pre Op Sectio Caesarea</i> dan <i>Post Op Sectio Caesarea</i>	136
3.2.2 Analisis Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i>	154
BAB IV PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	166
4.2 Saran	167
DAFTAR PUSTAKA	169
DAFTAR LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi uteri.....	26
Tabel 2.2 Instrumen Tingkat Cemas.....	46
Tabel 2.3 Analisa Data Pre SC.....	58
Tabel 2.4 Intervensi.....	62
Tabel 2.5 Analisa Data Post SC.....	74
Tabel 2.6 Intervensi.....	107
Tabel 2.7 Format PICOS.....	88
Tabel 3.1 Riwayat Persalinan.....	95
Tabel 3.2 ADL.....	96
Tabel 3.3 Pemeriksaan Lab.....	102

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses alamiah yang harus dilalui oleh semua ibu dimana terjadi pengeluaran hasil konsepsi berupa bayi dan plasenta dari rahim (Hastutining Fitri et al., 2023). Terdapat 2 metode persalinan diantaranya yaitu persalinan melalui vagina atau disebut juga persalinan alami dan persalinan operasi *sectio caesarea* atau *Caesar* (Septiana et al., 2023). *Sectio caesarea* (SC) merupakan proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi (Relica et al., 2024). Indikasi dilakukannya operasi *Caesar* pada ibu antara lain panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal, tumor pada jalan lahir, stenosis serviks, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, dan ruptur uteri. Sedangkan indikasi pada janin diantaranya bisa kelainan letak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat, dan mencegah hipoksia janin.

Operasi caesar dapat menjadi hal yang penting dalam situasi seperti persalinan yang lama atau terhambat. Namun, seperti halnya semua operasi, operasi caesar dapat menimbulkan risiko. Risiko tersebut meliputi potensi pendarahan hebat atau infeksi, waktu pemulihan yang lebih lambat setelah melahirkan, keterlambatan dalam memulai menyusui dan kontak kulit ke kulit,

serta peningkatan kemungkinan komplikasi pada kehamilan berikutnya (WHO, 2021).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan angka nasional yang tepat untuk SC yaitu antara 10 dan 15 kelahiran caesar per 100 kelahiran hidup. Sebuah studi yang dilakukan pada sembilan negara berkembang terpilih di kawasan Asia Selatan dan Tenggara, kawasan dengan populasi tertinggi dan ketiga terbesar di dunia, melaporkan prevalensi *sectio caesarea* tertinggi di Bangladesh (58,54%), diikuti oleh Maladewa (33,14%), Pakistan (24,44%), India (18,20%), dan Indonesia (21,13%). Di Indonesia, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi *Sectio caesarea* pada persalinan sebesar 17,6%, tertinggi di wilayah DKI Jakarta (31,3%) dan terendah di Papua (6,7%). Sedangkan cara persalinan dengan *sectio caesarea* di Jawa Barat mencapai (15,5 %) (Kemenkes, 2018). Data tersebut menunjukkan bahwa tindakan operasi *sectio caesarea* dipilih sebagai alternatif yang sesuai dalam proses persalinan. Keputusan ini diambil dengan mempertimbangkan kondisi penyakit yang menyertai serta demi menjaga keselamatan ibu dan bayi, sehingga prosedur pembedahan melalui *sectio caesarea* menjadi pilihan yang diambil tanpa keraguan. Berdasarkan data rekam medik RSUD Dr. Slamet Garut didapatkan data sebanyak 521 orang yang melakukan persaliann secara Sectio Caesarea pada tahun 2024 yang disebabkan karena indikasi gagal induksi dan indikasi lainnya.

Operasi *sectio caesarea* (SC) dapat menimbulkan perasaan takut dan kecemasan karena tidak mengetahui bagaimana peristiwa akan berlangsung selama dan setelah dilakukan prosedur pembedahan (Putri et al., 2023). Pasien biasanya mengalami stress psikologis dan fisiologis. Sebelum menjalani operasi, pasien berhadapan dengan bermacam-macam stressor yang dapat membuat pasien mengalami kecemasan. Kecemasan merupakan suatu respon alamiah seseorang yang muncul akibat dari kondisi psikis misalnya khawatir berlebihan akan suatu hal yang dianggap mengancam hidupnya (Hidayat et al., 2022).

Dampak Kecemasan sebelum Tindakan SC yang dialami pasien menimbulkan perubahan fisik bahkan psikologis sehingga dapat membuat aktifnya syaraf otonom simpatis. Hal ini dapat berakibat pada denyut jantung, tekanan darah, dan pernafasan mengalami peningkatan. Peningkatan tanda-tanda vital akan berdampak pada pelaksanaan operasi bahkan pada kesembuhan pasien itu sendiri (Nadidah et al., 2024). Di seluruh dunia, tingkat kecemasan sebelum operasi orang dewasa pasien berkisar antara 11% dan 80%, dan di Ethiopia berkisar antara 47% dan 70,3%. Namun, Sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pada pasien kebidanan lebih tinggi dibandingkan pasien bedah umum, dengan tingkat yang dilaporkan berkisar antara 73,3 – 86 % (Feredeet al., 2022 dalam Dealova et al., 2024).

Kecemasan yang muncul sebelum dilakukan tindakan operasi SC dapat diberikan intervensi, dapat dilakukan baik melalui pendekatan farmakologis maupun non farmakologis. Teknik *Butterfly hug* dapat diberikan pada pasien pre SC dikarenakan terapi ini berfokus untuk menenangkan pasien. terapi ini juga dijadikan terapi alternatif yang dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan sementara waktu sebelum dilakukannya tindakan operasi *sectio caesarea* (Putri et al., 2023).

Secara patofisiologis, teknik *Butterfly Hug* ini menstimulasi sistem saraf otonom, khususnya cabang parasimpatis yang bertanggung jawab atas respons "Istirahat dan cerna (rest and digest)", berlawanan dengan respons "lawan atau lari" yang muncul saat kecemasan. Gerakan tepukan tangan secara bergantian di dada mengaktifkan saraf vagus, yang berperan dalam regulasi emosi, detak jantung, dan pencernaan, sehingga menurunkan detak jantung dan menstabilkan pernapasan, menciptakan keadaan relaksasi. Selain itu, *butterfly hug* memengaruhi aktivitas amigdala, bagian otak yang mengatur respons ketakutan dan kecemasan, dengan menurunkan aktivitasnya, serta membantu menyeimbangkan hormon stres kortisol yang biasanya meningkat saat terjadi kecemasan. Secara keseluruhan, *butterfly hug* adalah intervensi non-farmakologis yang sederhana, mudah dilakukan, dan didukung oleh bukti ilmiah yang menunjukkan pengaruhnya dalam menurunkan kecemasan melalui mekanisme neurobiologis yang jelas.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Nadidah et al., (2024) dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi *Butterfly hug* terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre laparotomi di RSUD Tarakan, dimana populasi penelitian adalah pasien pre-operasi yang mengalami kecemasan dengan sampel sebanyak 41 responden. Hasil penelitian yang menunjukkan ada pengaruh terapi *butterfly hug* terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre-operasi laparotomi.

Penelitian lainnya dilakukan oleh Lidya et al., (2023) tentang Pengaruh *Self Healing* dengan tehnik *Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan pasien pre *sectio caesarea* di RSUD Ibu Fatmawati Soekano Surakarta di dapat kan hasil analisa wilxocon di dapatkan p value $0,016 < 0,05$ sehingga terdapat pengaruh yang signifikan dari pemberian intervensi *Self Healing* dengan *tehnik Butterfly Hug* terhadap kecemasan pasien pre operasi *sectio caesarea* di RSUD Ibu Fatmawati Soekano Surakarta.

Berdasarkan latar belakang, penulis tertarik menganalisa kecemasan pre *sectio caesarea* dengan Tehnik *Butterfly Hug* dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pre *Sectio Caesarea* Indikasi Bayi Besar Pada Ny. D Dengan Tehnik *Butterfly Hug* Terhadap Tingkat Kecemasan Di Ruang IGD PONEK RSUD Dr Slamet Garut”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan analisis asuhan keperawatan pre *sectio caesarea* indikasi bayi besar pada Ny.E dengan *Tehnik Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan di ruang IGD RSUD dr. Slamet Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan *Tehnik Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan di ruang IGD RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan *Tehnik Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan di ruang IGD RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu Menyusun intervensi keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan *Tehnik Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan di ruang IGD RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan *Tehnik Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan di ruang IGD RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan *Tehnik Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan di ruang IGD RSUD dr. Slamet Garut.

- f. Penulis mampu melakukan dan menganalisis *Evidence based practice* pada penerapan intervensi Teknik *Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan di ruang IGD RSUD dr. Slamet Garut.
- g. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan Teknik *Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan di ruang IGD RSUD dr. Slamet Garut

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan mampu menambah wawasan ilmu pengetahuan, khusus nya di bidang keperawatan maternitas terutama mengenai intervensi dan implementasi pada kecemasan pre op *sectio caesarea*.

1.3.2 Manfaat Praktis

Untuk memperoleh pengalaman dalam melaksanakan aplikasi riset keperawatan ditatanan pelayanan keperawatan, khususnya tentang memberikan asuhan keperawatan pre op *sectio caesarea*.

1.3.3 Metode Penulisan

Metode penulisan pada karya tulis ilmiah akhir ini dimana menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien pre op *sectio caesarea* untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP). Pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan data primer dan sekunder dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1.1 Definisi

Menurut (Nadidah et al., 2024) *sectio caesarea* (SC) adalah prosedur medis yang dilakukan untuk membantu proses persalinan dengan indikasi tertentu, baik akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini dilakukan ketika persalinan normal tidak memungkinkan. Tindakan *Sectio Caesarea* (SC) saat ini dilakukan tidak lagi dengan pertimbangan medis, tetapi juga dengan permintaan pasien sendiri atau saran dokter yang menangani. *Sectio caesaria* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan sayat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 4000 gram (Sarwono, 2019).

Operasi *sectio caesarea* termasuk salah satu jenis tindakan bedah yang memiliki risiko medis seperti infeksi, perdarahan, atau luka jahitan yang tidak sembuh dengan baik serta risiko psikologis seperti kecemasan yang dirasakan pasien selama menjalani prosedur. Faktor non medis seperti kecemasan juga menjadi peran penting diatasi dan diperlukan penanganan yang tepat untuk mengurangi resiko ibu dan bayi (Widyasworo Hartanti et al., 2024).

Berdasarkan uraian penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesaria* merupakan prosedur medis yang dilakukan untuk membantu persalinan dengan cara membuka dinding rahim. *Sectio caesaria* dilakukan jika terdapat

indikasi tertentu seperti pre eklamsi, diabetes gestasional, riwayat persalinan sebelumnya, solusio plasenta, bayi besar, dan fetal distress

2.1.1.2 Indikasi Pasien SC

Menurut Wathina et al (2023) operasi sectio caesarea dilakukan atas indikasi sebagai berikut :

1. Indikasi yang berasal dari Ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, Cefalo Pelvik Disproportion (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu pre eklampsia dan eklampsia berat, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2. Indikasi yang berasal dari Janin

Fetal distress/ gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (*giant baby*), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolaps tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu plasenta previa, solutio plasenta, plasenta acereta, dan vasa previa, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (*multiple pregnancy*).

2.1.1.3 Etiologi

Menurut (Sutejo, 2020), penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut :

1. Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu alasan medis dilakukannya *sectio caesarea*. Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu pada pembukaan. KPD memerlukan penanganan yang tepat, termasuk pemberian antibiotik dan pertimbangan terminasi kehamilan. Persalinan dengan riwayat KPD mempunyai peluang berulang sehingga pencegahan perlu dilakukan.

2. *Chepalo Pelvik Disproportion* (CPD)

CPD merupakan indikasi absolut untuk dilakukannya tindakan SC. Pada CPD persalinan secara normal melalui vagina tidak memungkinkan, jika terdapat kondisi panggul yang sempit, ukuran janin terlalu besar atau kombinasi keduanya. jika dipaksakan hal ini akan menimbulkan banyak komplikasi bagi ibu maupun juga janin. Oleh karena itu, ibu bersalin *Chepalo Pelvik Disproportion* (CPD) umumnya dilakukan operasi *Sectio Caesarea cito*. sebagian besar adalah pasien dari klinik bidan dan puskesmas yang dirujuk karena komplikasi saat persalinan.

3. Pre eklampsia Berat (PEB)

Preeklamsi merupakan gangguan kehamilan yang muncul setelah minggu ke-20 kehamilan, kondisi ini terjadi akibat berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel. Pre eklamsi merupakan sekumpulan gejala yang muncul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari

trias; hipertensi, proteinuri, dan edema. Ibu bersalin dengan Pre Eklamsia Berat sebagian besar dilakukan *sectio caesarea* cito. Pre Eklamsia Berat (PEB) merupakan indikasi persalinan yang beresiko mengancam nyawa ibu dan bayi. Oleh karena itu ibu bersalin yang sudah di diagnosa Pre Eklamsia Berat harus segera dilakukan SC demi keselamatan ibu dan bayi serta diperlukan pemantauan intensif disaat operasi berlangsung maupun setelah operasi.

4. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan *secara caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Selain itu bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Makrosomia

Makrosomia merujuk pada bayi yang lahir dengan berat lebih dari 4.000 gram. Ini merupakan salah satu masalah yang dapat terjadi selama kehamilan dan memiliki potensi untuk mempengaruhi proses persalinan normal serta keadaan bayi saat dilahirkan.

6. Riwayat *Sectio Caesarea*

Memiliki Riwayat SC termasuk indikasi relative untuk *sectio caesarea*. Ibu yang sebelumnya mempunyai riwayat *sectio caesarea* memiliki keterbatasan melahirkan dengan cara normal. Riwayat persalinan ibu menjadi faktor penting dalam menentukan persalinan pada kehamilan berikutnya. Persalinan

dengan Riwayat sectio caesarea yang dilakukan tindakan sectio caesarea cyto sebagian besar dipengaruhi oleh usia dan paritas ibu serta komplikasi tertentu. Sementara itu, sectio caesarea kondisi ibu dan janin tidak disertai ancaman langsung sehingga dapat direncanakan pada waktu yang sesuai.

7. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan ahi, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas

8. Kelainan letak janin

a. Kelainan pada letak kepala

1) Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba ubun-ubun besar yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan panggul.

2) Presentasi muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5%.

3) Presentasi dahi

Posisi kepala antara refleksi dan defleksi. Dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan menjadi letak muka atau letak belakang kepala

b. Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

c. Kelainan letak lintang

- d. Letak lintang ialah jika letak bayi di dalam Rahim sedemikian rupa hingga terhadap paksi tubuh bayi melintang terhadap paksi rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh bayi tegak lurus pada rahim dan menjadikan sudut 90°). Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain.

2.1.1.4 Klasifikasi

Ada beberapa klasifikasi *sectio caesarea* menurut Purwoastuti & Walyani (2019) :

1. *Sectio Caesarea* Klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.

2. *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda*

Sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.

3. Histerektomi Caesarea yaitu bedah Caesarea diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim

4. *Sectio Caesarea extraperitoneal*

Yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstrapéritoneum.

2.1.1.5 Patofisiologi

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 anestesi tersebut terjadinya penurunan medula oblongata sehingga terjadinya penurunan reflek batuk terjadilah akumulasi sekret yang menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan napas, 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 risiko 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, Hemoglobin turun, suplai Oksigen 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 risiko 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 (Sutejo, 2020).

2.1.1.6 Komplikasi

Menurut Chamberlain, (2019) komplikasi *sectio caesarea* yaitu :

1. Hemoragi, Paling buruk dari sudut insisi uterus atau pada plasenta previa

2. Infeksi, Antibiotik profilaktik biasanya diberikan untuk *section caesarea* terutama jika operasi dilakukan setelah ketuban pecah
3. Thrombosis
 - a. Risiko 8x lebih tinggi dibandingkan setelah kelahiran melalui vagina
 - b. Biasanya terjadi pada vena tungkai atau panggul
 - c. Risiko berupa embolisme thrombus pada pembuluh darah paru
 - d. Antikoagulan profilaktik diberikan, terutama pada ibu yang berisiko tinggi (usia diatas 35 tahun, anemia, riwayat thrombosis, obesitas)
4. Ileus
 - a. Ileus ringan dapat berlangsung selama sehari sesudah operasi
 - b. Tangani secara konservatif dengan memberi cairan intravena dan jangan berikan oral hingga ibu flatus

2.1.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* menurut Aspiani 2017 adalah :

- a. Hitung darah lengkap
- b. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa
- c. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- d. Ultrasonografi: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- e. Amniosintesis : mengkaji maturitas paru janin
- f. Tes stres kontraksi atau tes non-stres : mengkaji respon janin terhadap gerakan stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal

- g. Penentuan elektrolit selanjutnya : memastikan status janin/aktivitas uterus.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) pemeriksaan penunjang *sectio caesarea* yaitu : pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, JDL, dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin atau hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar X sesuai indikasi dan ultrasound.

2.1.1.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

Pre Operasi *Sectio caesarea*

Pemeriksaan pra operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi.

Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan :

- a. Anamnesis dan pemeriksaan

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui permasalahan yang ada dan yang diperkirakan dapat muncul selama operasi. Hal yang perlu ditanyakan kepada pasien yaitu : keluhan pasien, apakah pasien memiliki riwayat penyakit,

- b. *Informed consent*

Informed consent berarti persetujuan yang diberikan perawat atau tenaga kesehatan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (PaP) baik secara lisan maupun tulisan.

c. Puasa

Puasa termasuk salah satu persiapan operasi, pasien yang akan menjalani sectio caesarea selalu memiliki resiko untuk aspirasi cairan lambung. Hal ini disebabkan oleh perubahan anatomi yang muncul selama kehamilan. Oleh karena itu, semua pasien hali yang akan menjalani sectio caesarea dianggap memiliki lambung yang penuh tanpa memperdulikan kapan makan dan minum terakhir.

d. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, memasukkan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Operasi ginekologi pun demikian. Sehingga upaya-upaya pencegahan infeksi harus dilakukan dengan lengkap dan teliti untuk menekan resiko terjadinya infeksi post operasi. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu, pemberian antibiotik profilaksis, suplementasi oksigen, menjaga suhu tubuh pasien, memperbaiki gizi.

e. Persiapan kulit

Sebelum operasi dilakukan, beberapa persiapan kulit perlu dilakukan. Persiapan kulit berupa pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi.

f. Persiapan kandung kencing dan ureter

Pasien yang akan menjalani operasi akan dipasang *folley catheter* hal ini bertujuan untuk mencegah overdistensi dari kandung kemih karena akan mempengaruhi fungsi kandung kemih.

2.1.2 Konsep *Pre Operasi*

2.1.2.1 Definisi *Operasi*

Operasi adalah prosedur medis yang dilakukan secara invasif dengan cara membuka bagian tubuh tertentu. Biasanya, prosedur ini melibatkan pembuatan sayatan untuk mengakses area tubuh yang memerlukan Tindakan medis (Dealova et al., 2024). Operasi dibagi menjadi tiga tahap, yaitu tahap sebelum operasi (pre operasi), tahap selama operasi (intra operasi), dan tahap setelah operasi (pasca operasi).

2.1.2.2 Tahapan *Operasi*

1. Pre Operasi

Pre operasi merupakan tahap awal yang harus dijalani sebelum prosedur bedah dilakukan. Tahap ini dimulai saat seseorang yang disebut klien diputuskan oleh pihak medis harus menjalani operasi atau pembedahan dan dianjurkan melakukan persiapan pre-operasi hingga seorang klien tersebut tiba di meja pembedahan (Yanti et al., 2021). Tindakan Pre operasi dapat menjadi sumber stress bagi pasien, yang dapat memicu reaksi stres baik fisik maupun psikologis. Respon psikologis bisa merupakan kecemasan. Persiapan sebelum operasi mencakup beberapa aspek, seperti kesiapan fisik, mental atau psikis, informed consent, dan pemberian obat premedikasi jika diperlukan. Persiapan fisik dan

mental harus ini perlu dilakukan dengan baik pada pasien agar operasi berjalan dengan lancar (Putri et al., 2023).

2. Intra Operasi

Tahap Intraoperatif, adalah poses keperawatan yang berlangsung mulai dari pemindahan pasien ke kamar operasi hingga dipindahkan ke ruang pemulihan. Dalam tahap ini perawat melakukan pemasangan infus/kateter, pemantauan kondisi fisiologis dan psikologis selama prosedur pembedahan berlangsung selain itu memastikan keselamatan pasien. Kegiatan pasien mulai dari pasien memasuki ruang operasi, pasien selama operasi hingga pemulihan awal setelah Tindakan bedah selesai, itu yang disebut tahap intraoperative (Putri et al., 2023).

3. Pasca Operasi

Tahap pasca operatif, merupakan tahap lanjutan dari tahap pre operatif dan intra operatif. Tahap tahap ini tindakan keperawatan pada saat pasien diterima di pemulihan hingga berakhir pada saat persiapan pemulangan pasien ke rumah. kegiatan keperawatan postoperatif terdiri, mengevaluasi efek anestesi, memantau tanda-tanda vital serta memantau dampak/komplikasi akibat prosedur pembedahan (Putri et al., 2023).

2.1.2.3 Persiapan *Pre Operatif* Pada *Sectio Caesarea*

Dalam (Putri et al., 2023) Adapun persiapan yang perlu diperhatikan pada pasien pre *sectio caesarea* diantaranya :

1. Persiapan psikologis

- a. Mendekatkan diri kepada Tuhan melalui do'a dapat membantu menumbuhkan berbagai perasaan yaitu: Perasaan optimis untuk sembuh, keyakinan dalam apa yang sedang dijalannya, serta mendorong pemulihan ke kondisi yang lebih baik. Selain itu, mendatangkan ketenangan, dan memperkuat rasa spiritual.
- b. Keluarga harus memberikan dukungan dan pendampingan kepada pasien. Dukungan dari orang tua, saudara, dan suami/istri adalah hal yang penting. Dukungan tersebut dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.
- c. Berdiskusi dengan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya mengenai prosedur pembedahan yang akan dilakukan.
- d. Mencari informasi tentang prosedur pembedahan baik melalui tenaga medis maupun di internet, dapat meningkatkan pemahaman pasien, sehingga pasien lebih siap secara mental dan fisik dalam menghadapi operasi.

2. Persiapan fisik

- a. Pemeriksaan fisik sebelum operasi mencakup identitas pasien serta riwayat kesehatannya (riwayat penyakit yang pernah dialami atau riwayat kesehatan keluarga). Pemeriksaan fisik lengkap mulai dari kepala hingga ekstremitas, status hemodinamik, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal, fungsi hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi. Tujuan pemeriksaan ini untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang mungkin mempengaruhi jalannya operasi pasien (Farhan & Ratnasari, 2019).

- b. Persiapan puasa/pengosongan lambung dan kolon, pasien perlu menjalani Puasa dan Pengosongan lambung dan kolon pasien dengan pemberian obat pencahar atau prosedur lavage 6-8 jam sebelum tindakan anestesi/pembedahan. Pembatasan makanan dan minuman serta pengosongan lambung dan kolon sebelum tindakan pembedahan sangat perlu dilakukan untuk mencegah komplikasi selama operasi.
 - c. Persiapan diri sebelum operasi Sebelum menjalani operasi, pasien perlu menjaga kebersihan diri, termasuk personal hygiene dan mencukur area yang akan dioperasi. Menjaga kebersihan tubuh sangat penting, karena kotoran dapat menjadi sumber kuman yang beesiko menyebabkan infeksi di area operasi.
 - d. Latihan *pre operative*, pasien disarankan untuk melakukan latihan nafas dalam, batuk efektif, latihan dan ROM mobilisasi dini sebelum operasi. Latihan pernafasan dalam bermanfaat bagi pasien dalam mengurangi nyeri setelah operasi, membantu pasien rileks, sehingga pasien lebih mampu beradaptasi terhadap rasa nyaman, kecemasan dan dapat
3. Pemeriksaan penunjang sebelum operasi
- a. Pemeriksaan darah lengkap pemeriksaan darah sebelum operasi dilakukan untuk mengevaluasi kadar hemoglobin, jumlah eritrosit, leukosit, trombosit, nilai hematokrit, laju endap darah (LED) dan menentukan indeks eritrosit. Tujuan utama dilakukannya untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan.

- b. Pemeriksaan elektrolit, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kadar elektrolit dalam tubuh. Elektrolit adalah mineral bermuatan listrik yang berperan dalam mengatur jumlah cairan serta keseimbangan asam basa dalam tubuh.
- c. Pemeriksaan urinalisis, urinalisis adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan analisis sampel urine di laboratorium. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi atau mendiagnosis penyakit serta memantau kondisi kesehatan dan fungsi ginjal. urinalisis juga dapat mengidentifikasi zat-zat tertentu di dalam urine, seperti sel darah, protein, glukosa, kristal, keton, bilirubin, atau bakteri.
- d. Pemeriksaan USG, ultrasonografi digunakan untuk berbagai tujuan, mulai dari memeriksa kondisi janin, mendeteksi penyakit, hingga membantu dalam prosedur bedah atau pengambilan sampel jaringan (biopsi).

4. *Informed consent*

Pemberian informed consent ini diberikan oleh dokter meliputi, beberapa komponen seperti informasi dokter pelaksana/penanggung jawab tindakan pembedahan, diagnosis medis, jenis tindakan pembedahan, indikasi tindakan, tata cara (jenis anestesi dan uraian terkait prosedur pembedahan), resiko dan komplikasi, serta alternatif tindakan yang akan dilakukan. Selanjutnya, persetujuan tindakan pembedahan (consent) akan ditandatangani oleh dokter penanggung jawab, wali/perwakilan keluarga pasien dan pasien yang akan menjalani pembedahan.

2.1.3 Konsep Post Partum

2.1.3.1 Definisi

Post partum merupakan masa pemulihan yang dimulai ketika selesai persalinan sampai alat-alat kandungan kembali sebelum hamil. lama masa nifas sekitar 6-8 minggu (Zubaidah et al, 2021).

Post Partum merupakan masa transisi baik fisik dan psikologis bagi ibu dan keluarga. Semua anggota keluarga harus beradaptasi dengan struktur keluarga baru, menyatukan bayi baru lahir ke dalam sistem keluarga yang sudah ada dan mengembangkan pola interaksi yang berbeda dalam unit keluarga tersebut (Sutejo, 2020).

Berdasarkan dari beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa yang berlangsung dari bayi lahir sampai 6 minggu dan dalam masa ini terjadi pemulihan organ-organ reproduksi kepada keadaan tidak hamil serta terjadi masa transisi baik fisik maupun psikologis pada ibu dan keluarga.

2.1.3.2 Tahapan Post Partum

Menurut Sutejo, (2020) post partum dibagi dalam 3 tahap/periode yaitu:

1. *Puerperium Dini* (Periode *immediate postpartum*)
 - a. Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam
 - b. Yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan mobilisasi jalan.
 - c. Masa pulih/kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan

- d. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri

Peran : teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah, dan suhu.

2. *Puerperium Intermedial* (Periode *Early Postpartum* 24 jam -1 minggu) :

- a. Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

Peran: memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dari cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. *Remote Puerperium* (Periode *Late Postpartum*, 1 minggu-5 minggu) :

- a) Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat, terutama bila ibu selama hamil maupun bersalin, ibu mempunyai komplikasi, masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih lama sampai tahunan pada periode ini tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan

Peran : pada periode ini tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2.1.3.3 Adaptasi Fisiologis Ibu Post Partum

1. Involusi Uteri

Involusi Uteri menurut Sutejo, (2020) merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uterus dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil.

Tabel 2.1
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
1	2	3	4
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12.5 cm
7 hari	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gram	7.5 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2.5 cm

Sumber : (Sutejo, 2020)

2. Involusi Tempat Plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat yang kasar, tidak rata, kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil pada akhir minggu ke-2 sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

3. Perubahan pada Serviks

Segera setelah berakhirnya kala IV, serviks menjadi sangat lembek, kendur, terkulai, dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpu uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antar korpus dan serviksuteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 jari saja yang dapat masuk (Sutejo, 2020).

4. *Lochea*

Menurut (Sutejo, 2020), Pengeluaran *lochea* dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, diantaranya :

a. *Lochea Rubra (Cruenta)*

Lochea rubra (cruenta) berlangsung selama 1-3 hari, berwarna merah kehitaman, dengan ciri-ciri yang terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa meconium.

b. *Lochea Sanguinolenta*

Lochea sanguinolenta berlangsung selama 4-7 hari, berwarna merah kecoklatan dan berlendir, dengan ciri-ciri yang terdiri dari sisa darah bercampur lendir.

c. *Lochea Serosa*

Lochea serosa berlangsung selama 7-14 hari, berwarna kuning kecoklatan, dengan ciri-ciri yang terdiri dari lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta.

d. *Lochea Alba*

Lochea alba berlangsung selama lebih dari 14 hari (2-6 minggu postpartum), berwarna putih, dengan ciri-ciri yang terdiri dari mengandung leukosit, sel desidua, dan sel epitel, selaput lendir serviks serta serabut jaringan yang mati.

5. Vulva dan Vagina

Valva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan

kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan sebelum hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

6. Payudara (Mamae)

Konsentrasi hormone yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil(esterogen, progesteron, HCG, proklatin, kortisol dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Waktu yang dibutuhkan hormon-hormon ini untuk kembali ke kadar sebelum hamil sebagai ditentukan oleh apakah ibu menyusui atau tidak.

7. Perineum

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

8. Sistem Pencernaan

Pada system pencernaan, bising usus terdengar samara tau tidak jelas karena terjadi penurunan peristaltic usus dua sampai tiga hari bisa disebabkan karena efek dari anastesi, diet cair atau obat-obatan analgetic selama persalinan.

9. Sistem Perkemihan

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

10. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia,dan diafragma pelvis yang meregang selama proses persalinan setelah bayi lahir akan berangsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah

persalinan. Putusnya serat-serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya etures pada hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Ambulasi dini mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut (Dealova et al., 2024).

11. Perubahan Sistem Endokrin

Menurut Dealova et al., (2024) perubahan sistem endokrin meliputi :

a. Hormon plasenta Selama periode pascapartum akan terjadi hormon yang besar. Pengeluaran plasenta dapat menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormor yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta akan menurun dengan cepat setelah proses persalinan.

b. Hormon pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsetrasi folikuler pada minggu ketiga, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hormon oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal serta pengeluaran air susu.

d. Hipotalamik pituitari ovarium

Bagi wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

2.1.3.4 Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum

Menurut Sutejo, (2020) Adaptasi Pisiologis Ibu Masa Nifas dibagi menjadi 3 yaitu:

1. *Fase Taking-in*

Fase taking-in merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sehingga cenderung pasif terhadap ingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan.

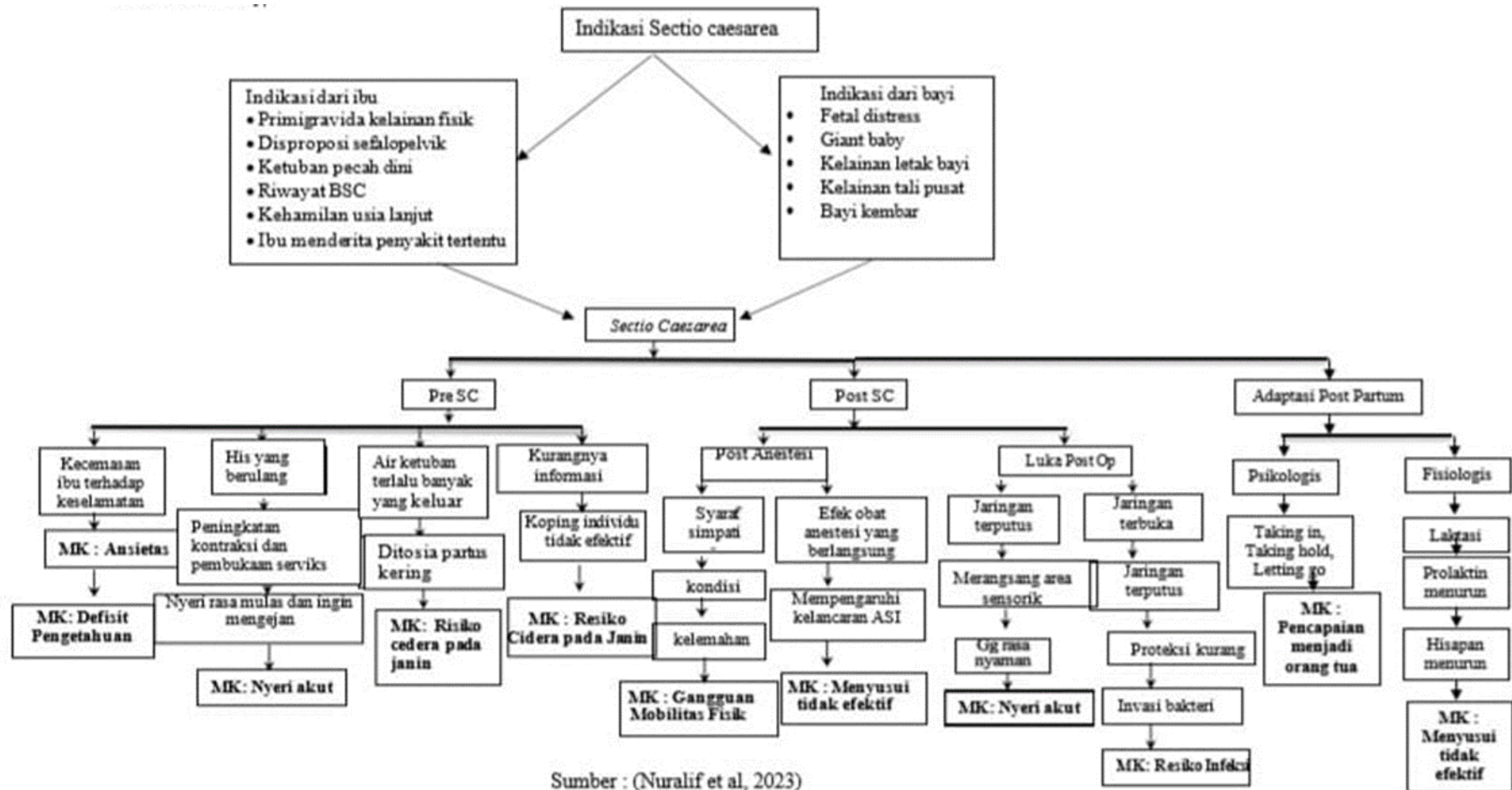
2. *Fase Taking-hold*

Fase taking-hold adalah fase atau periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasakan khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3. *Fase Letting-go*

Fase letting-go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya.

2.1.3.5 Pathway Pre dan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Ibu dan Bayi



2.1.4 Konsep Kecemasan

2.1.4.1 Definisi Kecemasan

Menurut Ningsih et al., 2024 kecemasan adalah kondisi emosional seseorang yang tidak terarah pada objek tertentu. Kecemasan bisa muncul karena adanya suatu hal yang belum diketahui secara jelas serta seringkali berkaitan dengan pengalaman baru seperti seperti mulai masuk sekolah, pekerjaan baru atau hamil dan melahirkan anak. Kecemasan merupakan respon adaptif, yang dipengaruhi oleh karakteristik individu atau proses psikologis, yaitu sebagai akibat dari tindakan, situasi atau peristiwa eksternal yang menimbulkan tekanan fisik atau psikologis terhadap seseorang (Nurcahyati, 2024).

Kecemasan (Ansietas) adalah respon individu terhadap situasi yang tidak diinginkan dan sering dialami oleh setiap orang dalam kehidupannya sehingga hal ini memicu peringatan penting dan berharga yang menyebabkan seseorang untuk berupaya melindungi diri serta menjaga keseimbangan dalam hidupnya. (Susanti et al., 2025).

Kecemasan akan memberikan dampak negatif pada ibu sectio caesaria karena efek samping yang ditimbulkan adalah pada saat ibu selesai dilakukan operasi yaitu peningkatan tekanan darah dan nadi hal ini dapat mengakibatkan kontraksi uterus yang kurang optimal sehingga berpotensi menyebabkan pendarahan (Marzuki & Mustaqim, 2021).

Berdasarkan pada uraian diatas kecemasan adalah kondisi emosional alami yang muncul tanpa objek tertentu, sering dipicu oleh hal baru atau situasi tak pasti, dan berfungsi sebagai respon adaptif untuk melindungi diri. Namun, pada

ibu yang menjalani operasi sectio caesarea, kecemasan dapat berdampak negatif karena dapat meningkatkan tekanan darah dan denyut nadi, sehingga kontraksi uterus menjadi tidak optimal dan berisiko menimbulkan perdarahan.

2.1.4.2 Jenis Kecemasan

Menurut Spilberger (dalam Annisa & Ifdil, 2016) menjelaskan kecemasan ada 2 bentuk, yaitu.

1. *Trait anxiety* : adalah perasaan khawatir dan terancam ketika menghadapi situasi yang sebenarnya tidak berbahaya. Kecemasan ini muncul akibat karakter individu yang cenderung memiliki potensi cemas dibandingkan dengan individu lainnya.
2. *State anxiety* : adalah kondisi emosional sementara yang dialami individu ditandai dengan perasaan tegang dan khawatir yang disadari serta bersifat subjektif.

2.1.4.3 Aspek-aspek Kecemasan

Menurut Gail W. Stuart (2006) dalam annisa & Ifdil (2016), kecemasan (anxiety) diklasifikasikan ke dalam respon perilaku, kognitif, dan afektif, diantaranya :

1. Perilaku, diantaranya: merasa gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, berbicara dengan cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari interaksi sosial, hambatan dalam hubungan interpersonal, menghindari masalah, melarikan diri, hiperventilasi, serta memiliki tingkat kewaspadaan yang tinggi.
2. Kognitif, diantaranya: gangguan perhatian, konsentrasi yang buruk, mudah lupa, kesalahan dalam menilai situasi, terlalu focus pada suatu hal, hambatan

dalam berpikir, lapang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, keasadaran diri meningkat, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut terhadap gambaran visual, takut cedera atau kematian, kilas balik, dan mimpi buruk.

3. Afektif, diantaranya: mudah terganggu, kurang sabar, mengalami kegelisahan, tegang, rasa gugup, ketakutan, waspada, kekhawatiran berlebih, kecemasan, mati rasa, perasaan bersalah, serta rasa malu.

2.1.4.4 Tingkat Kecemasan

Tingkat Kecemasan menurut Stuart (2016) dalam Mustika Mirani et al., (2021) :

1. Cemas Ringan

Cemas ringan terjadi ketika seseorang mengalami ketegangan dalam hidupnya. pada tahap ini, individu menjadi lebih waspada dan memiliki peningkatan dalam penerimaan rangsangan. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar, dan menangkap lebih dari sebelumnya.

2. Cemas Sedang

Individu dengan cemas sedang yang hanya berfokus pada hal yang penting saja. Lapang resepsi menyempit sehingga kemampuan dalam melihat, mendengar dan memahami sesuatu berkurang. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya.

3. Cemas Berat

Cemas berat ditandai dengan penurunan yang signifikan dalam penerimaan

rangsangan. Cenderung berfokus pada hal yang detail tertentu dan sulit memikirkan hal lain. Semua perilaku yang ditujukan bertujuan untuk mengurangi kecemasan, dan memerlukan banyak bimbingan untuk fokus pada area lain.

4. Panik

Panik berhubungan dengan ketakutan dan teror, beberapa orang yang mengalami kepanikan tidak dapat berbuat apa apa bahkan dengan arahan. Gejala panik adalah peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, resepsi yang menyempit dan kehilangan pemikiran yang rasional. Orang yang panik tidak mampu berkomunikasi berfungsi secara efektif.

2.1.4.5 Faktor-faktor Penyebab Kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Kaplan & Sadock (2010 dalam Ningrum, 2023) adalah:

1. Faktor Intrinsik

a. Usia

Kecemasan dapat terjadi disemua usia mulai dari anak-anak sampai lansia, namun kecemasan lebih sering dialami pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Kecemasan sebagian besar terjadi pada usia 21-45 tahun.

Feist (2009) menyatakan bahwa semakin bertambahnya usia seseorang maka semakin matang psikologi seseorang dan semakin baik dalam beradaptasi terhadap kecemasan.

b. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu hal yang sangat berharga pada seseorang, pengalaman sebagai bagian penting dan sangat menentukan kondisi mental individu dikemudian hari.

c. Konsep diri dan peran

Konsep diri merupakan semua ide, kepercayaan, pikiran dan pendirian yang dapat mempengaruhi seseorang dalam berhubungan dengan orang lain.

2. Faktor Ekstrinsik

a. Kondisi medis

Kecemasan juga sering terjadi karena adanya kondisi medis yang sedang terjadi meskipun Insidensi gangguan kecemasannya bervariasi, misalkan ibu hamil sesuai dengan hasil pemeriksaan harus menjalankan persalinan dengan sectio caesarea, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan ibu hamil. Sebaliknya pada ibu hamil dengan diagnosa kehamilan normal tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

b. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan seseorang. Pendidikan berguna untuk merubah pola pikir, tingkah laku dan sangat berperan dalam pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor yang muncul dari dalam diri maupun dari luar

dirinya. Tingkat pendidikan juga akan berpengaruh terhadap kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

c. Akses informasi

Akses informasi merupakan hal yang sangat penting untuk membentuk pendapat berdasarkan informasi yang diterima. Adanya informasi yang baik dan benar dapat mempengaruhi pola pikir, penataan hati, kesiapan diri sehingga dapat mengelola kecemasan dalam diri seseorang. Kurangnya informasi akan membuat seseorang merasa sangat gelisah dan cemas yang tidak berdasar.

d. Proses adaptasi

Setiap manusia harus bisa beradaptasi agar tetap bisa survive dalam kehidupannya. Adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulasi internal maupun eksternal dan membutuhkan respon perilaku secara terus menerus. Proses adaptasi berperan dalam menstimulasi individu untuk mendapat bantuan dari lingkungan disekitarnya.

e. Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi seseorang berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik. Kondisi ekonomi sangat berpengaruh pada psikis seseorang. Kondisi ekonomi yang kurang mampu akan menyebabkan rasa cemas terkait dengan pemenuhan kebutuhan hidup, pendidikan dan kesehatan.

f. Komunikasi terapeutik

Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi tenaga kesehatan/bidan maupun ibu hamil. Terlebih bagi ibu hamil dengan risiko tinggi. Hampir sebagian

besar ibu hamil dengan resiko tinggi mengalami kecemasan. Ibu hamil sangat membutuhkan penjelasan yang baik dari bidan. Komunikasi yang baik diantara mereka akan menentukan tahap penanganan selanjutnya. Ibu hamil yang cemas saat terdapat komplikasi pada kehamilannya kemungkinan mengalami efek yang tidak buruk bahkan akan membahayakan bagi ibu dan janin.

2.1.4.6 Penilaian Kecemasan

Penilaian kecemasan pre operasi melibatkan penggunaan berbagai alat ukur untuk menentukan tingkat kecemasan. Beberapa instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur kecemasan pasien pre operasi, di antaranya adalah *Visual Analogue Scale* (VAS), *State Anxiety Score* dari *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) dan *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS). Setiap instrumen memiliki keunggulan dan kelemahan masing masing dalam mengukur kecemasan praoperatif (Perdana et al., 2020).

Tabel 2.2 Instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan pre operasi

Instrument	Keuntungan	Kerugian
1	2	3
VAS	a. Sederhana, mudah dimengerti b. Dibutuhkan waktu menit untuk mengisi	Tidak spesifik menilai penyebab kecemasan
STAI	a. Baku emas pengukuran kecemasan umum b. Mengukur kecemasan state dan trail c. Menggambarkan kecemasan lebih detail	Terdiri dari 40 buah pertanyaan, dibutuhkan waktu 10 menit untuk mengisi
APAIS	a. Relatif sederhana, terdiri dari 6	Tidak semua pasien

	buah pernyataan b. Spesifik menyebut faktor anestesi dan bedah sebagai penyebab kecemasan c. Terdapat komponen kebutuhan informasi d. Dibutuhkan waktu 2 menit untuk mengisi	dengan kecemasan pra operatif yang tinggi memiliki kebutuhan akan informasi yang tinggi
--	---	---

Dalam penelitian ini, peneliti mengambil skala pengukuran APAIS untuk mengukur tingkat kecemasan karena merupakan salah satu instrument untuk mengukur kecemasan pasien pre operasi caesarea yang sederhana, praktis, valid dan reliabel.

2.1.4.7 Dampak Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi

Kecemasan pre operasi dapat memberikan dampak negatif terhadap pengalaman serta proses pemulihan pasien secara keseluruhan. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan rasa sakit pasca operasi, rawat inap yang lebih lama, dan meningkatnya risiko komplikasi. Selain itu, kecemasan pre operasi juga berpotensi menghambat pengambilan keputusan dalam perawatan medis yang optimal.

Dampak kecemasan pre operasi mengganggu kesejahteraan fisik dan emosional seseorang. Dalam beberapa kasus Tingkat kecemasan yang tinggi sebelum operasi dapat meningkatkan risiko komplikasi, memperlambat pemulihan setelah operasi, serta berpengaruh terhadap hasil jangka panjang (Girianto et al., 2021).

Kecemasan sebelum operasi dapat berdampak besar terhadap hasil pembedahan. kondisi ini dapat menyebabkan tekanan darah tinggi, peningkatan detak jantung, serta risiko pendarahan. Selain itu, tingginya tingkat kecemasan sebelum operasi juga terbukti berkaitan dengan peningkatan

kebutuhan akan pereda nyeri pasca operasi. Tingkat kecemasan yang dialami pasien sebelum operasi dipengaruhi berbagai faktor Hal ini mencakup usia, jenis kelamin, jenis dan luas pembedahan yang direkomendasikan, pengalaman pembedahan sebelumnya, dan kepekaan individu terhadap situasi yang membuat stres. Beberapa penelitian terbaru telah menyelidiki hubungan antara kecemasan pra operasi dan morbiditas/kematian (Susanti et al., 2025).

2.1.4.8 Teknik Mengurangi Kecemasan

Kecemasan yang muncul sebelum menjalani operasi caesar dapat diberikan berbagai intervensi, penanganan kondisi tersebut dapat dilakukan dengan pendekatan farmakologis maupun non-farmakologis. Terdapat beberapa teknik relaksasi yang dapat mengurangi kecemasan seperti relaksasi nafas dalam, *massage*, terapi musik, hipnoterapi, *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT), dan terapi dengan metode *Self Healing/ butterfly hug* (Putri et al., 2023).

1. Relaksasi napas dalam

Salah satu teknik yang dapat diterapkan untuk mengurangi kecemasan yaitu relaksasi pernafasan dalam. Teknik ini merupakan suatu tindakan keperawatan dengan menghembuskan napas secara perlahan, yang tidak hanya membantu mengurangi rasa nyeri tetapi juga dapat meningkatkan ventilasi paru serta kadar oksigen dalam darah. Sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan. Penerapan teknik ini bertujuan untuk membantu menurunkan tingkat kecemasan pasien yang akan menjalani operasi agar merasa lebih tenang (Sakila et al., 2021).

2. Massage

Pasien yang akan menjalani operasi *sectio cesarea* sering mengalami kecemasan, sehingga memerlukan intervensi keperawatan. Penting untuk mengelola kecemasan pasien secara efektif sebelum prosedur. *Hand massage* adalah teknik pijat sederhana yang dapat memberikan rasa nyaman. *Hand massage* berguna untuk mengurangi rasa sakit karena menimbulkan efek relaksasi dan dapat mengurangi kecemasan. (ACTH) (Mahalial & Koto, 2024).

3. Terapi musik

Kecemasan pre operasi SC merupakan kecemasan yang spesifik dapat muncul karena kekhawatiran terhadap prosedur operasi, kurangnya informasi, masalah keuangan, keluarga, kekhawatiran terhadap diri dan bayi yang akan dilahirkannya. penelitian yang dilakukan oleh Thomatis dan Campbell (1971), menunjukan bahwa ibu yang mendengarkan musik selama 10 menit merasa lebih tenang, karena musik meningkatkan konsentrasi (Keumalahayati, 2018).

4. Hipnoterapi

Hipnoterapi adalah metode non farmakologi yang digunakan untuk mengatasi kecemasan dengan memanfaatkan Teknik hipnoterapi. Secara fisiologis, hipnoterapi bekerja melalui sistem gelombang otak. Seperti yang dikatakan oleh (Irianto, Kristiyawati, and Supriyadi 2014) pada sesi hipnoterapi, seperti induksi dan deepening, pasien akan dibimbing terapis dari pikiran sadar ke pikiran bawah sadar (Daryanti & Mardiana, 2020).

5. *Spiritual emotional freedom technique* (SEFT)

SEFT adalah suatu teknik pengobatan non farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan relaksasi tubuh dan mengurangi kecemasan pada pasien Pre SC

karena SEFT berfokus pada penguatan spiritual individu agar lebih tenang dan menghindari kecemasan sebelum dilakukan SC.

Dalam kesehatan SEFT memiliki konsep yang mirip dengan akupunktur dan akupressur. Ketiga teknik ini berusaha merangsang titik – titik kunci di sepanjang jalur energi (energi meridian) tubuh yang sangat berpengaruh pada Kesehatan (Rejeki et al., 2022).

6. *Self healing*

Self Healing adalah metode yang membantu mengatasi emosional (Ersyafiani, 2018). Self Healing ini menggunakan tehnik *Butterfly Hug*, yang berfokus untuk memberikan ketenangan bagi pasien, terapi ini juga dijadikan terapi alternatif yang dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan sementara waktu sebelum dilakukannya tindakan operasi *Sectio Caesarea*. Teknik *Butterfly Hug* banyak digunakan oleh psikiater untuk mengurangi kecemasan (Putri et al., 2023).

Dalam hal ini peneliti memilih menggunakan terapi *butterfly hug* karena salah satu terapi yang mudah untuk dilakukan tanpa menggunakan alat dan dapat dilakukan kapanpun dan dimanapun oleh semua orang.

2.1.5 Konsep *Evidance Base Practice (EBP)* Teknik *Butterfly Hug*

2.1.5.1 Definisi

Terapi *Butterfly hug* adalah terapi pelukan yang dikembangkan oleh terapis Luciana dan Janero. Terapi ini mempunyai dampak positif pada individu seperti memberikan perasaan nyaman, mengurangi rasa sakit fisik dan meningkatkan rasa ketenangan melalui nyamannya pelukan (Nadidah et al., 2024).

Menurut (Novalia et al., 2024) menyatakan *Butterfly Hug* merupakan gerakan memeluk diri sendiri dengan menyilangkan lengan di dada hingga membentuk kupu kupu, yang dapat memberikan rasa aman dan nyaman. (Novalia et al., 2024) *Butterfly hug* merupakan salah satu teknik terapi yang melibatkan pemberian afirmasi positif kepada diri sendiri untuk meningkatkan perasaan nyaman. Metode ini juga terbukti dapat meningkatkan kadar oksigen dalam darah, membantu menciptakan rasa tenang, mengurangi ketegangan, meredakan stres, serta menurunkan tingkat kecemasan yang dialami oleh seseorang.

2.1.5.2 Manfaat *Butterfly Hug*

Teknik *butterfly hug* umumnya digunakan untuk membantu seseorang merasa aman, rileks, dan lebih terhubung dengan tubuh mereka sendiri. Saat mengalami kecemasan atau emosi yang intens, metode ini dapat memberikan dukungan emosional yang nyata. *Butterfly Hug* tidak hanya efektif bagi individu yang mengalami trauma, tetapi juga bermanfaat bagi siapa saja yang ingin mengatasi emosi negatif atau merasakan ketenangan dalam situasi yang penuh tekanan.

Berikut adalah beberapa manfaat kesehatan jiwa dari *Butterfly Hug* (Ningsih et al., 2024) :

1. Mengurangi Kecemasan

Butterfly Hug membantu mengalihkan fokus dari pikiran yang memicu kecemasan ke sensasi fisik yang lebih menenangkan. Gerakan lembut dan berulang ini dapat menstabilkan sistem saraf otonom, yang berperan dalam respons "*fight or flight*" (melawan atau lari) pada saat menghadapi stres.

2. Membantu Pemulihan dari Trauma

Metode ini sangat bermanfaat bagi individu yang mengalami PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) atau trauma lainnya. Butterfly Hug memungkinkan seseorang terhubung kembali dengan tubuh mereka dengan cara yang aman dan terkendali, sehingga mendukung pemerosesan emosi yang berkaitan dengan pengalaman traumatis.

3. Meningkatkan Kesejahteraan Emosional

Butterfly Hug dapat digunakan sebagai teknik untuk mengelola emosi sehari-hari, termasuk stres, frustrasi, dan kesedihan. Teknik ini memberikan kesempatan bagi individu untuk mengambil jeda, memahami emosi yang sedang dirasakan, dan menghadapinya dengan cara yang lebih sehat.

4. Mendukung Proses Meditasi dan Mindfulness

Butterfly Hug sering dikombinasikan dengan latihan pernapasan dan *mindfulness*, yang berfokus pada kesadaran diri serta pengelolaan stres. Hal ini dapat membantu seseorang untuk lebih menikmati saat ini, tanpa terjebak dalam perasaan negatif atau kekhawatiran tentang masa depan.

5. Meningkatkan Koneksi Tubuh dan Pikiran

Butterfly Hug membantu seseorang untuk lebih menyadari dan terhubung dengan tubuh mereka, yang berperan penting dalam proses penyembuhan psikologis. Keterkaitan antara tubuh dan pikiran ini

memungkinkan individu untuk lebih mengontrol emosinya dan menjadi lebih siap mengatasi tantangan hidup.

6. Teknik Grounding

Butterfly Hug dapat digunakan sebagai teknik "*grounding*" yang efektif, yang membantu seseorang tetap terhubung dengan kenyataan fisik saat mengalami tekanan emosional atau trauma yang berlebihan. Teknik ini bermanfaat dalam mengatasi disosiasi, di mana seseorang merasa terlepas dari tubuhnya sendiri atau lingkungan sekitarnya.

2.1.5.3 Mekanisme Kerja *Butterfly Hug*

Butterfly Hug merupakan gerakan memeluk diri sendiri dengan menyilangkan lengan di dada hingga membentuk kupu kupu, yang dapat memberikan rasa aman dan nyaman (Girianto et al., 2021). Gerakan memberi sentuhan kepada diri sendiri pada butterfly hug dapat diartikan sebagai mediasi ringan yang terbukti dapat menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan produksi hormon serotonin yang memberikan efek tenang dan rileks (Nadidah et al., 2024). Gerakan tersebut menghasilkan stimulasi bilateral, rangsangan yang diberikan secara bergantian kepada masing-masing sisi bagian tubuh. Gerakan ini dapat membantu mengintegrasikan fungsi otak kiri dan kanan sehingga meningkatkan proses pengolahan emosi yang dapat membantu menenangkan pikiran yang dipenuhi kecemasan.

Proses *butterfly hug* melibatkan gerakan fisik sederhana dengan cara menyilangkan tangan di depan dada, sehingga ujung jari tengah masing-masing tangan berada di bawah tulang selangka dan jari lainnya menutupi area sekitar

tulang selangka. Kemudian tangan digerakkan seperti sayap kupu-kupu, untuk menepuk-nepuk perlahan dengan ritme yang bergantian. *Butterfly hug* ini dilakukan dengan menarik nafas dan menghembuskannya secara perlahan. Gerakan-gerakan sederhana tersebut dapat mengaktifkan saraf sensorik yang bertanggung jawab untuk memberikan respon rest dan digest. Gerakan tersebut dapat membantu menenangkan sistem saraf serta mengurangi tingkat kecemasan.

2.1.5.4 Prosedur Pelaksanaan *Butterfly Hug*

Cara melakukan *butterfly hug* modifikasi (Nadidah et al., 2024), berdasarkan protokol (Jarero & Artigas, 2020 dalam Nadidah et al., 2024) yaitu :

1. Silangkan tangan kanan dan kiri di atas dada hingga ujung jari tengah kedua tangan berada di bawah tulang selangka
2. Tangan dan jari dibuat setinggi mungkin sehingga jari-jari mengarah ke leher dan bukan mengarah ke lengan
3. Jika mau bisa mengaitkan ibu jari sehingga membentuk kupu-kupu
4. Tutup kedua mata atau menutup mata sebagian sambil melihat kearah ujung hidung
5. Gerakan tangan seperti kepakan kupu - kupu dan anjurkan untuk bernapas perlahan dan dalam menggunakan pernapasan perut
6. Tepukan dilakukan sebanyak 10x
7. Ketika pasien menepuk-nepuk, minta pasien membayangkan segala perasaan dan emosi yang dirasakan tanpa menghakimi perasaan tersebut
8. Lakukan Gerakan selama 2-3 menit

9. Jika pasien sudah tenang, pasien bisa membuka matanya dan meletakkan tangan secara perlahan
10. Tanya kepada pasien bagaimana perasaannya setelah melakukan *butterfly hug*
11. Jika pasien masih belum merasa tenang maka bisa mengulangi kembali apa yang sudah diajarkan hingga pasien merasa tenang
12. Berikan pujian atas keberhasilan klien

2.1.5.5 Pengaruh *Butterfly Hug* Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien

Pre Operasi *Sectio Caesarea*

Operasi *Sectio Caesarea* atau yang lebih dikenal operasi caesar adalah prosedur persalinan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada abdomen (laparotomi) dan uterus (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Prosedur ini biasanya menjadi pilihan terakhir dari berbagai kesulitan persalinan seperti persalinan lama sampai persalinan yang berkepanjangan, rupture uteri iminens, gawat janin, janin besar atau perdarahan setelah melahirkan (Ningsih et al., 2024).

Tindakan *Sectio Caesarea* (SC) dapat menimbulkan rasa takut dan kecemasan bagi ibu hamil karena ketidakpastian tentang jalannya proses selama dan setelah dilakukan prosedur pembedahan. Perasaan cemas ini sering terjadi akibat dari proses persalinan terutama pada persalinan secara *sectio caesarea* yang kurang mendapatkan dukungan dari keluarga atau tenaga kesehatan (Putri et al., 2023).

Pasien yang mengalami kecemasan sebelum operasi seringkali menunjukkan gejala-gejala seperti tekanan darah rendah, takikardia, suhu, kondisi ini dapat menyebabkan penundaan atau komplikasi dalam pelaksanaan tindakan

operasi (Putri et al., 2023). Kecemasan yang muncul pada saat sebelum dilakukan tindakan operasi caesar dapat diberikan intervensi, pengelolaan kondisi tersebut dapat dilakukan baik melalui pendekatan teknik farmakologis maupun teknik nonfarmakologis, terutama melalui pendekatan non- farmakologis (Putri et al., 2023).

Salah satu metode yang efektif untuk meredakan kecemasan adalah teknik *Butterfly Hug*. Teknik ini adalah cara relaksasi sederhana yang mudah diterapkan oleh peserta didik. *Butterfly hug* adalah salah satu metode terapi yang melibatkan memberikan afirmasi positif kepada diri sendiri untuk merasa lebih baik meliputi gerakan memeluk diri sendiri dengan menyilangkan lengan di dada, yang dapat memberikan rasa aman dan nyaman. Metode ini terbukti dapat meningkatkan kadar oksigen dalam darah dan membantu menciptakan rasa tenang dan nyaman.

2.1.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.1.6.1 Pengkajian Keperawatan Pre *Sectio Caesarea*

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.

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

Keluhan pada saat Ibu datang dengan usia kehamilan mencapai 38-40 minggu dengan komplikasi maupun tidak.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah klien pernah mengalami riwayat tindakan operasi sebelumnya, apakah pada kehamilan sebelumnya klien pernah menderita penyakit yang sama atau ada faktor predisposisi terhadap kehamilan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya: TBC, Diabetes Mellitus, dan Hipertensi, dan kehamilan kembar.

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 seberapa

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, kelahiran 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

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba atau perlahan, lokasi, obat yang diminum dan cara penanggulangan.

3. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : Keadaan umum biasanya lemah
2. Kesadaran : compos mentis
3. Tanda-tanda vital

Tekanan darah: Normal atau menurun $<120/90$ mmHg

Nadi: Nadi meningkat >80 kali/menit

Suhu: Suhu meningkat $>37.50^{\circ}\text{C}$

Respirasi: Respirasi meningkat

4. Pemeriksaan Persistem

1. Penampilan umum

Untuk mendapatkan data ini, harus mengkaji derajat kesadaran ibu menggunakan GSC mulai dari eyes, motoric dan verbal. Selanjutnya tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu, BB dan TB .

2. Sistem Pernafasan

Kaji apakah pasien mengalami pneumonia dan atelektasis atau tidak. Kaji juga kepatenan jalan napas, kedalaman, frekuensi, karakter pernapasan, sifat dan bunyi napas merupakan hal yang harus dikaji pada pasien dengan pasca operasi. Pernapasan cepat dan pendek sering terjadi akibat nyeri.

3. Sistem Kardiovaskular

Meliputi TD, nadi, sianosis, konjungtiva, bunyi jantung, extremitas, edema, varises dan CRT

4. Sistem Persyarafan

Kaji adanya perubahan perilaku, penurunan kesadaran, disorientasi serta tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial

5. Sistem Pencernaan

Pemeriksaan keadaan mulut, adanya produksi saliva yang berlebih, keinginan muntah, ada tidak nyeri tekan di perut, bising usus menurun, tekstur feses, memastikan ada tidaknya konstipasi, ada tidak pembesaran hepar.

6. Sistem Perkemihan

Kaji apakah ada distensi kandung kemih, kaji karakteristik urine jumlah, warna urine, bau, terpasang alat bantu perkemihan atau tidak (kateter) ada tidak gangguan perkemihan.

7. Sistem Integumen

Mengetahui warna kulit abdomen, hiperpigmentasi, striae, ditemukan luka di area abdomen, Karakteristik luka meliputi panjang, lebar luka,

warna dasar luka, tekstur luka, ada tidaknya perdarahan atau pus (nanah), umur lama luka, bising usus, bunyi abdomen dan ada tidaknya peradangan.

8. Sistem Muskuloskeletal

Kaji kelemahan dan kesulitan akibat nyeri pada abdomen, serta kekuatan otot.

9. Sistem endokrin

Kaji apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, tremor.

10. Sistem reproduksi

Kaji payudara apakah ada pembesaran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, ASI/kolostrum, bengkak, kebersihan. Kaji juga uterus meliputi TFU, Leopold, DJJ. Kaji genitalia externa meliputi edema, varises dan kebersihan.

a. Palpasi

1) Tujuan :

a) Menentukan besarnya rahim dan dengan ini menentukan usia kehamilan.

b) Menentukan letaknya anak dalam rahim

2) Menentukan usia kehamilan menurut Mc.Donald

Umur kehamilan dalam bulan di ukur dari panjang antara simfisis pubis dan puncak fundus uteri dalam sentimeter dibagi 3 ½ cm.

3) Menentukan usia kehamilan menurut perhitungan TFU secara internasional

- a) Kurang dari 12 minggu – belum dapat diraba di atas simpisis.
- b) 12 minggu – 1-2 jari di atas sisfisis.
- c) 16 minggu – pertengahan antara sisfisis dan pusat
- d) 20 minggu – 3 jari dibawah pusat
- e) 24 minggu – setinggi pusat
- f) 28 minggu – 3 jari diatas pusat
- g) 32 minggu – pertengahan antara pusat dan px
- h) 36 minggu – 3 jari dibawah px
- i) 40 minggu – pertengahan px dan pusat (3 jari dibawah px)

4) Menurut leopold

a) Leopold I

- (1) Kaki penderita di bengkokan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri sebelah kakan penderita dan melihat ke arah muka penderita.
- (3) Rahim dibawa ke tengah
- (4) Tingginya fundus uteri ditentukan dan bagian apa dari anak yang terdapat dalam fundus

b) Leopold II

- (1) Keadaan tangan pindah ke samping
- (2) Tentukan dimama punggung janin.
- (3) Kadang-kadang di samping terdapat kepala/bokong ialah letak lintang.

c) Leopold III

- (1) Dipergunakan satu tangan saja.
- (2) Bagian bawah di tentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

d) Leopold IV

Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen), berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen), maka bagian terendah janin memasuki PAP.

4. Pola Aktivitas

a. Nutrisi

Menggambarakan bagaimana nutrisi ibu, selama masa kehamilan seperti pola makan, minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan pantangan makanan.

b. Eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post sectio caesarea, untuk BAK melalui dawer kateter yng sebelumnya telah terpasang.

c. Istirahat atau tidur

Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat.

d. Personal hygiene

Pemenuhan personal hygiene terganggu seperti mandi, cuci rambut, gosok gigi, gunting kuku, selama kehamilan.

e. Aktivitas

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami penurunan aktivitas.

5. Aspek Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

1) Pola Pikir dan Persepsi

Mencakup tentang kemandirian, kemampuan ibu alam memberikan ASI, menggali kemampuan ibu tentang perawatan bayi secara mandiri dan mengetahui persepsi klien tentang kehamilan dan persalinannya.

2) Persepsi Diri

Mengetahui hal-hal yang dipikirkan dan harapan setelah menjalani perawatan serta mengetahui perubahan yang dirasakan klien setelah persalinan.

3) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Apakah klien merasakan perubahan dirinya dan tubuhnya selama periode postpartum, apakah perubahan yang disadari tersebut mempengaruhi perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuh bayinya.

b) Ideal Diri

Apakah yang diharapkan klien setelah kelahiran bayi tersebut, adakah upaya klien meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri sendiri dan bayi.

c) Peran Diri

Bagaimana sikap ibu dengan kelahiran anaknya, Kaji kesiapan untuk menjadi seorang ibu baru atau perubahan peran dengan penambahan anggota keluarga yang baru.

d) Identitas Diri

Apakah kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

e) Harga Diri

Adakah rasa bangga pada klien, bagaimana kepuasan klien terhadap kelahiran tersebut. Harga diri klien akan meningkat karena sudah mempunyai keturunan dan menjadi seorang ibu.

4) Hubungan komunikasi

Bicara jelas atau relevan, mampu mengekspresikan atau mengerti orang lain dan bahasa yang digunakan sehari-hari.

5) Kebiasaan Seksual

Adakah gangguan dalam berhubungan suami istri, bagaimana tentang cara klien dan suami tentang hal tersebut berhubungan dengan ibu masih dalam masa nifas.

b. Spiritual

Siapa dan apa sumber kekuatan klien, kegiatan agama atau kepercayaan yang sering dilakukan, serta kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan selama di RS.

6. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik seperti memeriksa darah, urine, USG, dan rontgen dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung keadaan penyakit klien serta terapi medis untuk membantu proses penyembuhan.

2.1.6.2 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 (Fuzi, 2019). 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.

Tabel Analisa Data *Pre Sectio Caesarea*

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	Tanda Mayor Subjektif : 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif : 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Tanda Minor Subjektif : 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Mersa tidak berdaya	Ibu hamil dengan indikasi bayi besar perlu dilakukan tindakan Sectio Caesarea, yang mengakibatkan munculnya gelisah, tegang sehingga sulit berkonsentrasi, kurangnya pengetahuan terkait proses pembedahan sehingga munculah rasa khawatir akan kegagalan tindakan, munculah diagnosis keperawatan Ansietas	Ansietas (D.0080)

	Objektif : 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Muka tampak pucat		
2	Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri 2. Perineum terasa tertekan Objektif : 1. Ekspresi wajah meringis 2. Uterus teraba membulat 3. Berposisi meringankan nyeri Tanda Minor Subjektif : 1. Mual 2. Napsu makan menurun/meningkat Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Ketegangan otot meningkat 4. Pola tidur berubah 5. Fungsi berkemih berubah 6. Diaforesis 7. Gangguan perilaku 8. Perilaku ekspresif 9. Pupil dilatasi 10. Muntah 11. Fokus pada diri sendiri	Ibu hamil dengan indikasi bayi besar, sebelum tindakan Sectio caesarea terjadi his yang berulang terjadinya peningkatan kontraksi dan pembukaan serviks, muncul rasa nyeri, mules dan ingin mengejan, diangkat diagnosis keperawatan Nyeri Melahirkan	Nyeri melahirkan (D.0079)
3	Tanda Mayor Subjektif : 1. Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif :	Ibu hamil dengan indikasi bayi besar, dilakukan tindakan sectio caesarea, kurang terpapar informasi terkait pembedahan,	Defisit Pengetahuan (D.0111)

	1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Tanda Minor Subjektif : 1. Tidak tersedia Objektif : 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	munculah kesalahan interpretasi, munculah diagnosis keperawatan Defisit Pengetahuan	
4	Faktor risiko untuk masalah risiko cedera pada janin, antara lain: 1. Besarnya ukuran janin 2. Malposisi janin (posisi posterior) 3. Induksi persalinan 4. Persalinan lama kala I, II, dan III 5. Disfungsi uterus 6. Kecemasan yang berlebihan tentang proses persalinan 7. Riwayat persalinan sebelumnya 8. Usia ibu (< 15 tahun atau > 35 tahun) 9. Paritas banyak 10. Efek metode/intervensi bedah selama persalinan 11. Nyeri pada abdomen 12. Nyeri pada jalan lahir 13. Penggunaan alat bantu persalinan 14. Kelelahan	Ibu hamil dengan indikasi bayi besar, pada sebelum Sectio caesarea air ketuban terlalu banyak keluar, terjadi ditosia partus kering, munculah diagnosis keperawatan Risiko Cedera Pada Janin	Risiko cedera pada janin (D.0138)

15. Merokok 16. Efek agen farmakologis 17. Pengaruh budaya 18. Pola makan yang tidak sehat 19. Faktor ekonomi 20. Konsumsi alkohol 21. Terpapar zat teratogen		
---	--	--

2.1.6.3 Diagnosis Keperawatan Pre SC

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah atau problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017).

Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut :

Pre SC

1. Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan
2. Nyeri melahirkan berhubungan dengan Dilatasi Serviks
3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
4. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan besarnya ukuran janin

2.1.6.4 Intervensi Keperawatan Pre Operasi *Section Caesarea*

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
1	2	3	4	5
1	Ansietas (D.0080) berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan Tanda Mayor Subjektif : 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif : 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Tanda Minor Subjektif : 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Mersa tidak berdaya Objektif : 1. Frekuensi napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Konsentrasi membaik 7. Pola tidur membaik 8. Perasaan keberdayaan membaik	Terapi relaksasi Butterfly Hug (I.09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik	1. Untuk mengetahui masalah yang dapat memengaruhi keberhasilan terapi relaksasi agar intervensi dapat disesuaikan. 2. Untuk mengetahui teknik yang cocok agar pasien merasa nyaman saat melakukannya. 3. Untuk mengetahui kesiapan pasien agar terapi dapat diterima dengan baik. 4. Untuk mengetahui perubahan kondisi fisiologis agar efektivitas terapi dapat dievaluasi. 5. Untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan kebutuhan penyesuaian teknik relaksasi. 6. Agar pasien lebih mudah mencapai kondisi rileks. 7. Agar pasien dapat memahami langkah-langkah relaksasi dengan jelas. 8. Agar pasien merasa nyaman

	meningkat - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Diaforesis		relaksasi - Gunakan pakaian longgar - Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi - Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih - Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)	dan tidak terhambat saat melakukan relaksasi. - Agar suasana relaksasi tercipta lebih optimal. - Agar efek penanganan nyeri atau stres dapat lebih maksimal. - Agar pasien memahami pilihan teknik dan termotivasi untuk mencoba. - Agar pasien dapat melaksanakan teknik relaksasi dengan benar. - Agar pasien dapat lebih mudah masuk ke kondisi rileks. - Agar pasien benar-benar menikmati dan merasakan manfaat relaksasi. - Agar pasien terbiasa menggunakan teknik relaksasi secara mandiri. - Agar pasien memiliki keterampilan praktik relaksasi yang benar.
2	Nyeri melahirkan (D.0079) berhubungan dengan Dilatasi serviks Tanda Mayor Subjektif : - Mengeluh nyeri - Perineum terasa tertekan Objektif :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil : - Koping terhadap ketidaknyamanan : Cukup Meningkat - Dilatasi Serviks : Meningkat	Edukasi Teknik Nafas (I.12452) Observasi - Identifikasi kesiapan menerima informasi Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan	- Untuk mengetahui tingkat kesiapan pasien menerima edukasi agar informasi yang diberikan dapat dipahami dan diterapkan - Untuk mengetahui kebutuhan media pembelajaran yang sesuai agar pasien lebih mudah

1. Ekspresi wajah meringis 2. Uterus teraba membulat 3. Berposisi meringankan nyeri Tanda Minor Subjektif : 1. Mual 2. Napsu makan menurun/meningkat Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Ketegangan otot meningkat 4. Pola tidur berubah 5. Fungsi berkemih berubah 6. Diaforesis 7. Gangguan perilaku 8. Perilaku ekspresif 9. Pupil dilatasi 10. Muntah 11. Fokus pada diri sendiri	3. Nyeri dengan kontraksi : Cukup Menurun	sesuai kesepakatan 4. Berikan edukasi mengenai teknik nafas Edukasi 5. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas 6. Jelaskan prosedur tarik nafas 7. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin 8. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 9. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 10. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut secara perlahan 11. Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik	memahami teknik pernapasan. 3. Untuk mengetahui waktu yang tepat dalam memberikan edukasi 4. Untuk mengetahui tingkat pemahaman pasien setelah mendapatkan informasi 5. Untuk mengetahui sejauh mana pasien memahami manfaat latihan agar pasien termotivasi untuk melakukannya secara rutin. 6. Untuk mengetahui pemahaman pasien terhadap langkah prosedural 7. Agar pasien dapat melakukan teknik pernapasan tanpa hambatan 8. Agar tercapai relaksasi optimal saat melakukan teknik pernapasan 9. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan inspirasi 10. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan ekspirasi dengan benar 11. Agar teknik pernapasan terstandar dan hasil relaksasi tercapai maksimal.
--	---	--	--

3	Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi Tanda Mayor Subjektif : 1. Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif : 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Tanda Minor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Presepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	1. Untuk mengetahui sejauh mana pasien siap dan mampu memahami materi agar informasi dapat disampaikan sesuai kebutuhan. 2. Untuk mengetahui hambatan atau pendukung perilaku sehat agar strategi edukasi dapat disesuaikan. 3. Agar pasien lebih mudah memahami informasi melalui media yang menarik dan jelas. 4. Agar edukasi dapat diterima pada waktu yang tepat sehingga pasien lebih fokus. 5. Agar pasien dapat mengetahui hal-hal yang belum dipahami dan mendapat klarifikasi. 6. Agar pasien mengetahui bahaya yang dapat dihindari untuk menjaga kesehatannya. 7. Agar pasien mampu menerapkan kebiasaan positif dalam kehidupan sehari-hari. 8. Agar pasien memiliki cara praktis untuk mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.
---	--	--	--	---

4	Risiko cedera pada janin (D.0138) dibuktikan dengan besarnya ukuran janin Faktor risiko untuk masalah risiko cedera pada janin, antara lain: 1. Besarnya ukuran janin 2. Malposisi janin (posisi posterior) 3. Induksi persalinan 4. Persalinan lama kala I, II, dan III 5. Disfungsi uterus 6. Kecemasan yang berlebihan tentang proses persalinan 7. Riwayat persalinan sebelumnya 8. Usia ibu (< 15 tahun atau > 35 tahun) 9. Paritas banyak 10. Efek metode/intervensi bedah selama persalinan 11. Nyeri pada abdomen 12. Nyeri pada jalan lahir 13. Penggunaan alat bantu persalinan 14. Kelelahan 15. Merokok 16. Efek agen farmakologis 17. Pengaruh budaya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan tingkat cedera menurun (L.14136) dengan kriteria hasil : 1. Kejadian cedera menurun 2. Luka/lecet menurun	Pemantauan denyut jantung janin (I.02056) Observasi 1. Identifikasi status obstetrik 2. Identifikasi Riwayat obstetrik 3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet, dan merokok 4. Identifikasipemeriksaan kehamilan sebelumnya 5. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit 6. Monitor denyut jantung ibu 7. Monitor tanda vital ibu Terapeutik 8. Atur posisi pasien 9. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin Edukasi 10. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 11. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu	1. Untuk mengetahui kondisi kehamilan saat ini agar pemantauan denyut jantung janin dilakukan sesuai kebutuhan klinis. 2. Untuk mengetahui riwayat kehamilan sebelumnya agar dapat mendeteksi risiko yang mungkin memengaruhi kondisi janin. 3. Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat memengaruhi kesehatan janin agar dapat diantisipasi lebih awal. 4. Untuk mengetahui hasil pemeriksaan terdahulu agar dapat dibandingkan dengan kondisi terkini. 5. Untuk mengetahui kondisi kesejahteraan janin agar tanda-tanda distress janin dapat segera dikenali. 6. Untuk mengetahui adanya pengaruh kondisi ibu terhadap kondisi janin. 7. Untuk mengetahui kondisi umum ibu agar dapat mencegah komplikasi yang dapat memengaruhi janin. 8. Agar pemeriksaan denyut jantung janin dapat dilakukan
---	--	---	--	--

	18. Pola makan yang tidak sehat 19. Faktor ekonomi 20. Konsumsi alkohol 21. Terpapar zat teratogen			dengan optimal dan ibu merasa nyaman. 9. Untuk mengetahui letak dan posisi janin agar lokasi denyut jantung janin dapat ditemukan dengan tepat. 10. Agar ibu memahami manfaat pemeriksaan dan kooperatif selama tindakan. 11. Agar ibu mengetahui kondisi janin dan dapat mengambil keputusan bila diperlukan.
--	---	--	--	---

2.1.6.5 Pengkajian *Post Sectio Caesarea*

1. Biodata Klien & Penanggung jawab

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, nomor MR dan alamat. Identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, pekerjaan, agama, pendidikan, suku/bangsa, alamat, hubungan dengan klien.

2. Alasan Masuk RS

Tanyakan alasan masuk klien hingga dibawa ke RS.

3. Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Misalnya pada ibu post sc dengan keluhan PEB, KPD, Bayi kembar, Bayi besar dan lain-lainnya.

4. Riwayat Kesehatan Sekarang

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya serta pengembangan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST.

- a. P (Paliative) : faktor yang memperberat dan meringankan keluhan utama, apa yang dapat memperberat/ meringankan keluhan utama.
- b. Q (Quantity) : seberapa berat gangguan yang dirasakan klien, bagaimana gejala yang dirasakan, pada saat dikaji apa gejala ini lebih berat atau lebih ringan dari yang sebelumnya, serta seperti apa rasa

nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien, apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

- c. R (Region) : Dimana tempat terjadinya gangguan, apakah mengalami penyebaran / tidak, apakah rasa sakit bisa reda, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d. S (Scale) : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e. T (Time) : Kapan keluhan mulai dirasakan? Apakah keluhan terjadi mendadak atau bertahap, Seberapa lama keluhan berlangsung ketika kambuh.

5. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu menjelaskan tentang riwayat perawatan di rumah sakit, alergi penyakit kronis, dan riwayat operasi. Selain itu juga menjelaskan tentang riwayat penyakit yang ada hubungan dengan kondisi yang diderita klien sekarang.

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

7. Riwayat Obstetri Ginekologi

a. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi

Menstruasi, terdiri dari menarche, lamanya haid, siklus haid, banyaknya, Sifat darah(warna, bau, cair/gumpalan, dismenor), HPHT, dan taksiran persalinan.

2) Riwayat perkawinan (suami dan istri)

Meliputi usia perkawinan, lama perkawinan dan pernikahan ke berapa.

3) Riwayat kontrasepsi

Meliputi jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lama penggunaan, masalah dalam penggunaan cara tersebut, jenis kontrasepsi yang akan dilaksanakan setelah persalinan sekarang dan jumlah anak yang direncanakan keluarga.

b. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu yang dikaji adalah beberapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak cara persalinan yang lalu, penolong persalinan dan keadaan nifas yang lalu

2) Riwayat kehamilan sekarang

Meliputi klien merasa hamil berapa bulan, keluhan waktu hamil, gerakan anak pertama dirasakan, imunisasi, penambahan BB selama hamil, pemeriksaan kehamilan teratur/tidak, tempat pemeriksaan dan hasil pemeriksaan.

2. Data Biologis

a. Aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity Daily Living/ADL*)

1) Nutrisi

Mengambarkan tentang pola makan dan minum yang harus dikaji meliputi frekuensi, banyaknya jenis makanan dan makanan pantangan.

2) Eliminasi

Mengambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna dan jumlahnya

3) Istirahat

Mengambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur biasanya membaca, mendengar musik, kebiasaan mengonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan.

4) Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena masa nifas masih mengeluarkan *lochea*.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Penampilan umum

Untuk mendapatkan data ini, harus mengkaji derajat kesadaran ibu menggunakan GSC mulai dari eyes, motoric dan verbal. Selanjutnya

tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu, BB dan TB.

2) Sistem Pernafasan

Kaji apakah pasien mengalami pneumonia dan atelektasis atau tidak. Kaji juga kepatenan jalan napas, kedalaman, frekuensi, karakter pernapasan, sifat dan bunyi napas merupakan hal yang harus dikaji pada pasien dengan pasca operasi. Pernapasan cepat dan pendek sering terjadi akibat nyeri.

3) Sistem Kardiovaskular

Meliputi TD, nadi, sianosis, konjungtiva, bunyi jantung, extremitas, edema, varises dan CRT

4) Sistem Persyarafan

Kaji adanya perubahan perilaku, penurunan kesadaran, disorientasi serta tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial

5) Sistem Pencernaan

Pemeriksaan keadaan mulut, adanya produksi saliva yang berlebih, keinginan muntah, ada tidak nyeri tekan di perut, bising usus menurun, tekstur feses, memastikan ada tidaknya konstipasi, ada tidak pembesaran hepar.

6) Sistem Perkemihan

Kaji apakah ada distensi kandung kemih, kaji karakteristik urine jumlah, warna urine, bau, terpasang alat bantu perkemihan atau tidak (kateter) ada tidak gangguan perkemihan.

7) Sistem Integumen

Mengetahui warna kulit abdomen, hiperpigmentasi, striae, ditemukan luka di area abdomen, Karakteristik luka meliputi panjang, lebar luka, warna dasar luka, tekstur luka, ada tidaknya perdarahan atau pus (nanah), umur lama luka, bising usus, bunyi abdomen dan ada tidaknya peradangan.

8) Sistem Muskuloskeletal

Kaji kelemahan dan kesulitan akibat nyeri pada abdomen, serta kekuatan otot.

9) Sistem endokrin

Kaji apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, tremor.

10) Sistem reproduksi

Kaji payudara apakah ada pembesaran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, ASI/kolostrum, bengkak, kebersihan. Kaji juga uterus meliputi TFU. Kaji genetalia externa meliputi edema, varises dan kebersihan.

3. Data Psikososial Spiritual

a. Psikososial

1) Pola pikir dan persepsi

Pengetahuan cara pemberian ASI dan merawat bayi, rencana pemberian ASI, jenis kelamin yang diharapkan, yang akan membantu merawat bayi di rumah, kehamilan ini diharapkan.

2) Persepsi diri

Hal yang sangat dipikirkan saat ini, harapan setelah menjalani perawatan, perubahan yang dirasa setelah hamil

3) Konsep diri

Gambaran diri, peran, ideal diri, identitas diri, harga diri

4) Hubungan/komunikasi

Bahasa sehari-hari, kejelasan bicara, relevan, mampu mengerti orang lain

5) Kebiasaan seksual

Gangguan hubungan seksual, pemahaman terhadap fungsi seksual

b. Spiritual

Sumber kekuatan, Tuhan, agama, kepercayaan, sistem nilai dan kepercayaan

4. Data Penunjang

Laboratorium, radiologi, pemeriksaan tambahan (USG, amniosintesis).

2.1.6.6 Analisa Data *Post Sectio Caesarea*

Tabel 2.5 Analisa Data Post Operasi *Sectio Caesarea*

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Tanda Minor Objektif : 1. Tekanan darah meningkat	Ibu hamil dengan indikasi bayi besar, perlu dilakukan sectio caesarea, terjadi his yang berulang mengakibatkan peningkatan kontraksi dan pembukaan servik, terjadi nyeri rasa mules dan ingin mengejan munculah diagnosis keperawatan Nyeri Akut	Nyeri akut (D.0077)

	2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis		
2	Faktor risiko untuk masalah risiko infeksi adalah: 5. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 6. Efek prosedur invasif 7. Malnutrisi 8. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 9. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: 1) Gangguan peristaltik 2) kerusakan integritas kulit 3) perubahan sekresi pH 4) penurunan kerja siliaris 5) ketuban pecah lama 6) ketuban pecah sebelum waktunya 7) merokok 8) statis cairan tubuh 10. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : 1) penurunan hemoglobin 2) imunosupresi 3) leukopenia 4) supresi respon inflamasi 5) vaksinasi tidak adekuat	Tindakan Sectio caesarea mengakibatkan adanya luka post operasi, luka insisi khawatir terjadinya Risiko infeksi	Risiko infeksi (D.0142)
3	Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Tanda Minor Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan perawatan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif :	Tindakan sectio caesarea diberikan anestesi, klien bedrest, terasa lemas Munculah diagnosis keperawatan Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		
4	Tanda Mayor Subjektif : 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal Objektif : 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu dengan benar 2. ASI tidak menetes/memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Tanda Minor Objektif : 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui 4. Bayi menolak untuk menghisap	Tindakan sectio caesarea, adaptasi post partum pada fisiologis, Laktasi, Prolaktin menurun sehingga produksi ASI menurun, hisapan pada bayi menurun terjadilah diagnosis keperawatan Menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif (D.0029)
5	Tanda Mayor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1. Bounding attachment optimal 2. Perilaku positif menjadi orang tua 3. Saling berinteraksi dalam merawat bayi Tanda Minor Subjektif : 1. Mengungkapkan kepuasan dengan Bayi Objektif : 1. Melakukan stimulasi visual, taktil atau pendengaran terhadap bayi	Tindakan Sectio caesarea, adaptasi post partum, masalah pada psikologis, terjadinya fase Taking in, taking hold, letting go munculah diagnosis keperawatan Pencapaian peran menjadi orang tua	Pencapaian menjadi orang tua (D.0126)

2.1.6.7 Diagnosis *Post Sectio Caesarea*

Post SC

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Risiko infeksi dibuktikan dengan luka post SC
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
4. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
5. Pencapaian peran menjadi orang tua dibuktikan dengan adaptasi psikologis post partum

2.1.6.8 Intervensi Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

NO	SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
1	2	3	4	5
1	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Tanda Minor Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music,	1. Untuk mengetahui gambaran nyeri secara menyeluruh agar intervensi yang diberikan tepat sasaran. 2. Untuk mengetahui tingkat keparahan nyeri agar dapat menentukan kebutuhan penanganan nyeri. 3. Untuk mengetahui adanya tanda nyeri yang tidak terungkap secara verbal agar nyeri tetap dapat tertangani dengan baik. 4. Untuk mengetahui faktor pencetus dan pereda nyeri agar pasien dapat menghindari atau mengendalikan faktor tersebut. 5. Untuk mengetahui persepsi pasien agar intervensi sesuai dengan kebutuhan edukasi. 6. Untuk mengetahui bagaimana budaya mempengaruhi ekspresi nyeri agar perawatan bersifat

			biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 14. Berikan Terapi Non Farmakologis (teknik tarik napas dalam) Edukasi 15. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 16. Jelaskan strategi meredakan nyeri 17. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 18. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 19. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri	holistik. 7. Untuk mengetahui dampak nyeri pada aktivitas sehari-hari agar rencana tindakan mendukung peningkatan kualitas hidup. 8. Untuk mengetahui efektivitas terapi agar dapat dilanjutkan atau disesuaikan. 9. Untuk mengetahui kemungkinan reaksi negatif agar dapat segera dilakukan tindakan pencegahan. 10. Agar nyeri dapat berkurang melalui metode alami dan mendukung penggunaan farmakologis. 11. Agar pasien merasa nyaman dan faktor eksternal yang meningkatkan nyeri dapat diminimalkan. 12. Agar tubuh memperoleh pemulihan optimal dan toleransi nyeri meningkat. 13. Agar tindakan penanganan nyeri lebih efektif dan sesuai kondisi pasien. 14. Agar pasien mampu mengontrol nyeri secara mandiri melalui relaksasi pernapasan.
--	--	--	--	--

				15. Agar pasien memahami kondisi nyeri yang dialaminya dan tidak merasa cemas berlebihan. 16. Agar pasien memiliki pengetahuan untuk mengelola nyeri secara mandiri. 17. Agar pasien dapat mendeteksi perubahan intensitas nyeri lebih dini. 18. Agar penggunaan obat nyeri sesuai dosis dan indikasi, serta meminimalkan efek samping. 19. Agar pasien memiliki alternatif pengendalian nyeri secara mandiri.
2	Risiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan luka post SC Faktor risiko untuk masalah risiko infeksi adalah: 1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: 1) Gangguan peristaltik 2) kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Bengkak menurun 4. Kerbersihan tangan meningkat 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	1. Untuk mengetahui adanya infeksi sejak dini agar dapat dilakukan penanganan segera. 2. Agar risiko penularan infeksi dari luar dapat dikurangi. 3. Agar integritas kulit terjaga dan mencegah masuknya mikroorganisme. 4. Agar penyebaran kuman patogen dapat dicegah. 5. Agar tindakan keperawatan tetap steril dan tidak menjadi sumber infeksi. 6. Agar pasien dan keluarga dapat mengenali gejala infeksi lebih

	3) perubahan sekresi pH 4) penurunan kerja siliaris 5) ketuban pecah lama 6) ketuban pecah sebelum waktunya 7) merokok 8) statis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : 1) penurunan hemoglobin 2) imunosupresi 3) leukopenia 4) supresi respon inflamasi 5) vaksinasi tidak adekuat		7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	awal. 7. Agar pasien dan keluarga dapat mencegah penularan kuman. 8. Agar droplet tidak menyebar dan menularkan infeksi ke orang lain. 9. Untuk mengetahui adanya tanda infeksi pada luka agar dapat segera diatasi. 10. Agar daya tahan tubuh meningkat dan risiko infeksi menurun. 11. Agar kebutuhan cairan tubuh terpenuhi sehingga proses penyembuhan optimal. 12. Agar pasien mendapat perlindungan tambahan terhadap penyakit infeksi tertentu.
3	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (L.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1. Untuk mengetahui hambatan yang dapat memengaruhi kemampuan pasien bergerak agar mobilisasi dapat dilakukan dengan aman. 2. Untuk mengetahui batas kemampuan tubuh pasien agar aktivitas tidak melebihi kemampuan fisik. 3. Untuk mengetahui kondisi hemodinamik pasien agar risiko

	Tanda Minor Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan perawatan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas		Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	komplikasi dapat dicegah. 4. Untuk mengetahui respon tubuh pasien selama aktivitas agar dapat segera menghentikan jika muncul tanda ketidakstabilan. 5. Agar pasien merasa aman dan terhindar dari risiko jatuh saat bergerak. 6. Agar pasien mendapatkan dukungan fisik untuk mengurangi risiko cedera. 7. Agar pasien termotivasi dan merasa didukung untuk beraktivitas. 8. Agar pasien memahami manfaat mobilisasi dan mau berpartisipasi aktif. 9. Agar komplikasi akibat imobilisasi seperti dekubitus dan pneumonia dapat dicegah. 10. Agar pasien mampu melakukan pergerakan secara mandiri sesuai kemampuan fisik.
4	Menyusui tidak efektif (D.0029) berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi Tanda Mayor Subjektif : 1. Kelelahan maternal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan status menyusui membaik (L.03029) dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada	Edukasi Menyusui (L.12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik	1. Untuk mengetahui tingkat pemahaman ibu agar materi edukasi dapat disesuaikan. 2. Untuk mengetahui motivasi ibu agar strategi dukungan dapat direncanakan dengan tepat. 3. Agar ibu lebih mudah

	2. Kecemasan maternal Objektif : 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu dengan benar 2. ASI tidak menetes/memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Tanda Minor Objektif : 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui 4. Bayi menolak untuk menghisap	payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4. Berat badan bayi meningkat 5. Tetesan/pancaran ASI meningkat 6. Suplai ASI adekuat meningkat 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 8. Lecet pada puting menurun 9. Kelelahan maternal menurun 10. Kecemasan maternal menurun	3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat Edukasi 8. Berikan konseling menyusui 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	memahami informasi yang diberikan. 4. Agar edukasi dapat diterima secara optimal pada waktu yang tepat. 5. Agar ibu dapat mengetahui hal-hal yang belum dipahami dengan jelas. 6. Agar ibu merasa yakin dan termotivasi untuk memberikan ASI secara optimal. 7. Agar ibu mendapat dukungan moral dan praktis dalam proses menyusui. 8. Agar ibu memperoleh informasi yang benar dan dapat mengatasi masalah menyusui. 9. Agar ibu semakin termotivasi untuk memberikan ASI eksklusif. 10. Agar proses menyusui berjalan efektif dan mengurangi risiko puting lecet. 11. Agar payudara tetap sehat dan siap untuk menyusui. 12. Agar produksi ASI lancar dan mencegah masalah laktasi seperti bendungan ASI.
5	Pencapaian peran menjadi orang tua (D.0126) dibuktikan dengan adaptasi psikologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan peran menjadi orang	Promosi Antisipasi Keluarga (I.12466) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan krisis	1. Untuk mengetahui potensi krisis atau hambatan perkembangan yang dapat

	post partum Tanda Mayor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1. Bounding attachment optimal 2. Perilaku positif menjadi orang tua 3. Saling berinteraksi dalam merawat bayi Tanda Minor Subjektif : 1. Mengungkapkan kepuasan dengan Bayi Objektif : 1. Melakukan stimulasi visual, taktil atau pendengaran terhadap bayi	tua membaik (L.13120) dengan kriteria hasil : 1. Bounding attachment meningkat 2. Perilaku positif menjadi orang tua meningkat 3. Interaksi perawatan bayi meningkat 4. Verbalisasi kepuasan memiliki bayi meningkat 5. Kebutuhan fisik anak/anggota keluarga terpenuhi meningkat	situasi atau masalah perkembangan serta dampaknya pada kehidupan pasien dan keluarga 2. Identifikasi metode pemecahan masalah yang sering digunakan keluarga Terapeutik 3. Fasilitasi dalam memutus strategi pemecahan masalah yang dihadapi keluarga 4. Libatkan seluruh anggota keluarga dalam upaya antisipasi masalah Kesehatan, jika memungkinkan 5. Buat jadwal aktivitas bersama keluarga terkait masalah Kesehatan yang dihadapi Edukasi 6. Jelaskan perkembangan dan perilaku yang normal pada keluarga Kolaborasi 7. Kerjasama dengan tenaga Kesehatan terkait lainnya, jika perlu	memengaruhi kesejahteraan keluarga 2. Untuk mengetahui pola penanganan masalah yang biasa dilakukan 3. Agar keluarga mampu memilih strategi pemecahan masalah yang paling sesuai dengan situasi 4. Agar tercipta dukungan dan partisipasi aktif dari semua anggota keluarga 5. Agar kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan masalah dilakukan secara terstruktur 6. Untuk mengetahui perbedaan antara kondisi normal dan masalah yang perlu ditangani 7. Agar penanganan dan pencegahan masalah kesehatan keluarga lebih optimal melalui dukungan lintas profesi.
--	---	---	---	---

2.1.6.9 Implementasi Keperawatan

Menurut tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strateg keperawatan yang telah direncanakan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya fisik dan perlindungan kepada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak pasien, tingkat perkembangan pasien. Dalam tahap pelaksanaan terdapat dua tindakan, yaitu tindakan mandiri dan tindakan yang bersifat kolaboratif (Hidayat, 2019).

2.1.6.10 Evaluasi Keperawatan

Tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi menurut (Setiadi, 2012) yaitu:

1. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- a. S (subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan pasien, kecuali pada klien yang afasia
- b. O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat

- c. A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d. P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

2. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- a. Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

2.1.7 Konsep *Evidence Based Practice* (EBP)

2.1.7.1 Definisi

EBP merupakan salah satu perkembangan yang penting pada dekade ini untuk membantu sebuah profesi, termasuk kedokteran, keperawatan, sosial, psikologi, public health, konseling dan profesi kesehatan dan sosial lainnya (Agus Putradana, 2018).

Clinical Based Evidence atau *Evidence Based Practice* (EBP) adalah tindakan yang teliti dan bertanggung jawab dengan menggunakan bukti (berbasis bukti) yang berhubungan dengan keahlian klinis dan nilai-nilai pasien untuk menuntun pengambilan keputusan dalam proses perawatan (Agus Putradana, 2018).

2.1.7.2 Tujuan

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al. 2012 dalam nofi 2019).

2.1.7.3 Langkah Dalam Pembuatan EBP

1. Menumbuhkan semangat menyelidiki
2. Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICO/PICOT format
3. Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT
4. Melakukan penelitian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)

5. Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam memuat keputusan atau perubahan.
6. Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti
7. Menyebarluaskan hasil EBP

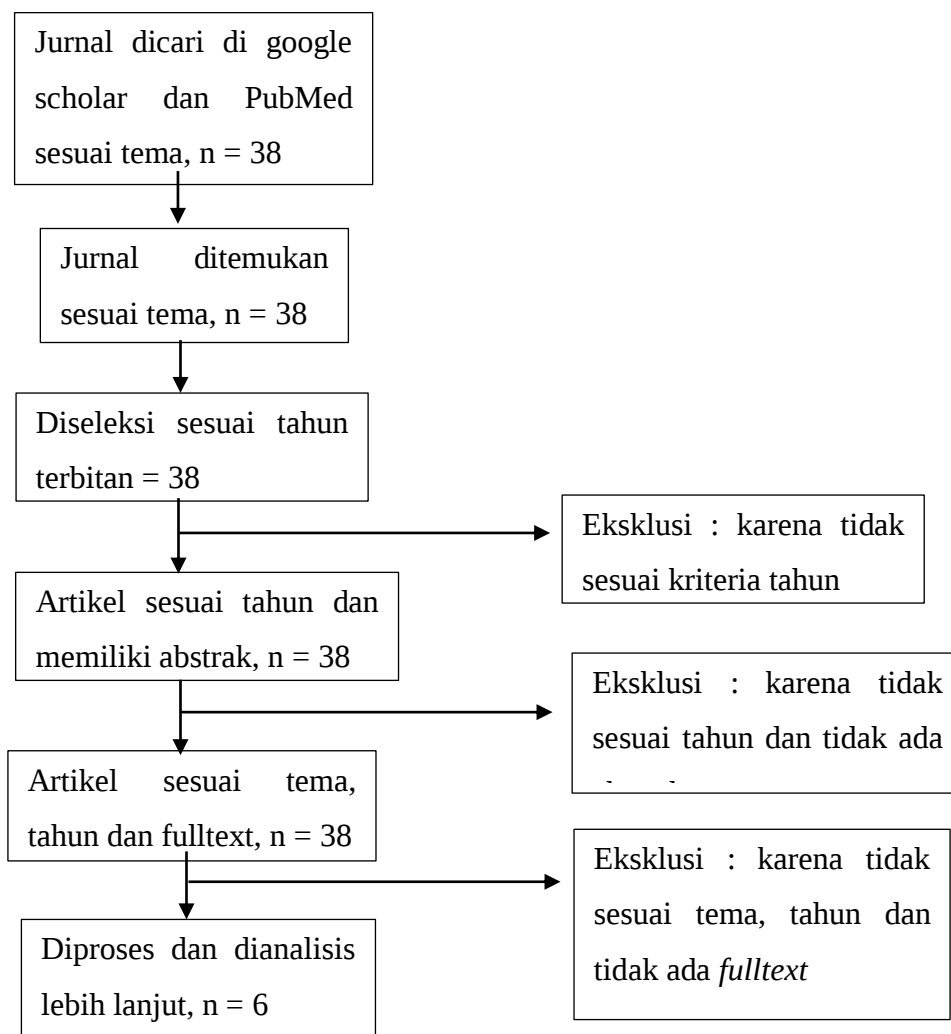
Tabel 2.7 Format PICO (S)

Kriteria	Inklusi	Eklusi
1	2	3
Populasi	Ibu pre op SC	Ibu dengan gangguan komunikasi atau kognitif
Intervensi	Terapi butterfly hug	Selain intervensi terapi butterfly hug
Compration	Tidak ada	Tidak ada
Outcome	Tingkat kecemasan	Selain tingkat kecemasan
Study design	Desain penelitian quasy eksperimen dengan pre test post test	Kualitatif
Publication years	≥ 2020	≤ 2020
Language	Indonesia, Inggris	Selain bahasa Indonesia dan Inggris

2.1.7.4 Seleksi Data

Seleksi data adalah memilih jurnal yang akan ditelaah. Pencarian jurnal menggunakan *keyword* atau kata kunci untuk memperluas atau menspesifikar pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan jurnal yang digunakan. Langkah-langkah seleksi artikel *studi literature* dapat digambarkan dalam diagram alir di bawah ini:

Bagan 2.2 Diagram Seleksi Artikel



2.1.7.5 Artikel Terkait

Pasien yang menjalani persalinan dengan metode *sectio caesarea* biasanya merasakan ketidaknyamanan terhadap reaksi atau perasaan cemas. Kecemasan yang muncul pada saat sebelum dilakukan tindakan operasi caesar dapat diberikan intervensi, pengelolaan kondisi tersebut dapat dilakukan melalui pendekatan non-farmakologis. Teknik non-farmakologis yang digunakan yaitu tehnik *Butterfly Hug* dikarenakan terapi ini berfokus untuk menenangkan pasien, terapi ini juga dijadikan terapi alternatif yang dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan sementara waktu sebelum dilakukannya tindakan operasi *sectio caesare* (Putri et al., 2023). Metode *Butterfly Hug* juga terbukti dapat meningkatkan kadar oksigen dalam darah dan dapat membuat kita lebih tenang (Ningsih et al., 2024). Gerakan tepukan tangan secara bergantian di dada mengaktifkan saraf vagus, yang berperan dalam regulasi emosi, detak jantung, dan pencernaan, sehingga menurunkan detak jantung dan menstabilkan pernapasan, menciptakan keadaan relaksasi.

Sejalan dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Lidya Putri, Sahuri Teguh Kurniawan, Mutiara Dewi Listiyanawati (2023) berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap pasien pre operasi *sectio caesarea* di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta teknik *butterfly hug* berpengaruh terhadap kecemasan pasien pre operasi *sectio caesarea* responden yang mengalami kecemasan sedang ditemukan cemas berlebih dalam situasi tertentu pada kategori sering, setelah diberikan intervensi menjadi berkurang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang diteliti oleh Siti Nurchayati (2024) berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan

terhadap pasien pre operasi *sectio caesarea* di RSUD Wijayakusuma Kebumen didapatkan hasil bahwa ada pengaruh terapi musik dan *butterfly hug* dengan tingkat kecemasan setelah diberikan terapi musik dan *butterfly hug* pada pasien pre operasi *sectio caesarea*. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Witri Wahyu Ningsih, Rima Novianti, Syifa Pramudita Faddila (2024) didapatkan hasil bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi *Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi proses persalinan di RSUD Karawang. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Intan Putri Yumanita Wardani, Septian Mixrova Sebayar, Asmat Burhan (2024) didapatkan hasil bahwa ada perbedaan sebelumnya dan setelah memberikan Pelukan Kupu-kupu pada pasien pra operasi di Rumah Sakit Bedah Khusus Jatiwinangun, Purwokerto. Memberikan Pelukan Kupu-Kupu bisa menjadi metode yang bisa digunakan untuk pasien yang mengalami kecemasan sebelum operasi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Yulia Susanti, Esa Lalita Candra, Rina Anggraeni, Riani Pradara Jati, Livana, Amel Dawod Kamel Gouda (2025) didapatkan hasil bahwa adanya penurunan kecemasan yang signifikan setelah intervensi *Butterfly Hug*. Ini menunjukkan dampak dari pelukan kupu-kupu. Sejalan juga dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Pria Wahyu Romadhon Girianto, Dhina Widayati, Syahdila Sabrina Agusti (2021) didapatkan hasil bahwa ada pengaruh *Butterfly Hug* pada tingkat kecemasan.

Dari beberapa hasil penelitian diatas bahwa pemberian tindakan *butterfly hug* dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi *sectio caesar*.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian Keperawatan Pre Op SC

1. Identitas Pasien

Nama	: Ny. D
Umur	: 30 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kampung. Panunjuk, Desa Banjarsari, Kecamatan Bayongbong, Kabupaten Garut
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
No. Register	: 014423**
Diagnosa medis	: Pre SC atas indikasi bayi besar
Tanggal persalinan	: 18 Maret 2025
Tanggal masuk	: 18 Maret 2025
Tanggal pengkajian	: 18 Maret 2025

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. H
Umur	: 33 Tahun

Jenis kelamin : Laki-Laki

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Kampung. Panunjuk, Desa Banjarsari, Kecamatan
Bayongbong, Kabupaten Garut

Hubungan dengan pasien : Suami Pasien

3.1.2 Alasan Masuk RS

Pasien datang ke IGD Ponek pukul 17.50 dengan indikasi bayi besar dan harus segera dilakukan operasi sectio caesarea.

3.1.3 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh cemas

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

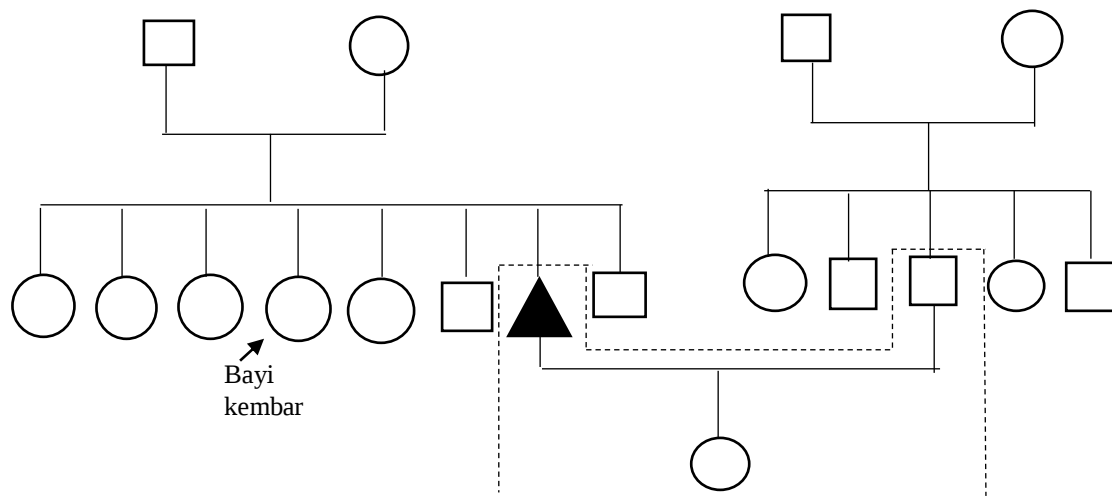
Klien merasa khawatir dengan akibat dari prosedur SC dan khawatir bayi tidak selamat, Klien sulit berkonsentrasi, Klien mengeluh pusing, Klien merasa tidak berdaya karena tidak bisa melahirkan normal anak ke 2 ini, Klien tampak gelisah, Klien tampak tegang. Klien tampak pucat.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien tidak memiliki kebiasaan merokok dan minum alkohol. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan ikan tongkol, udang dan sejenis *seafood* yang lainnya. Klien mengatakan tidak ada alergi obat seperti obat antibiotik. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat trauma seperti jatuh atau terpleset. Klien mengatakan memilki riwayat operasi kuretase.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram



Keterangan :

- : Laki – Laki
- : Perempuan
- : Suami
- : Istri
- ▲ : Klien / Pasien
- - - : Tinggal Serumah
- ┌ ┐ : Garis Perkawinan
- └ ┘ : Garis Keturunan

Klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit seperti hipertensi, DM, Penyakit jantung, TBC, dan penyakit menular lainnya, kakak ke 4 klien mempunyai riwayat bayi kembar.

5. Riwayat Obstetri Ginekologi

1. Riwayat Ginekologi

a. Riwayat menstruasi

- 1) Menarche : 14 tahun
- 2) Lamanya haid : 5 hari

- 3) Siklus : 30 hari
- 4) Banyaknya : 2x ganti pembalut
- 5) Sifat darah : berwarna merah terang, ada gumpalan
- 6) HPHT : 4 Juni 2024
- 7) Taksiran persalinan : 20 Maret 2025

b. Riwayat perkawinan (suami dan istri)

- 1) usia perkawinan : 23 tahun
- 2) lama perkawinan : 7 tahun
- 3) pernikahan yang ke : 1

c. Riwayat kontrasepsi

- 1) Jenis kontrasepsi sebelum hamil : KB suntik 3 bulan
- 2) Waktu dan lama penggunaan : 3 tahun
- 3) Masalah dalam penggunaan : badan menjadi gendut
- 4) Jenis kontrasepsi setelah persalinan : IUD
- 5) Jumlah anak yang direncanakan : 2 anak

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan, persalinan, & nifas yang lalu

G 3 P 1 A 1

Tabel 3.1 Riwayat persalinan Lalu

No	Tgl partus	Umur kehamilan	Jenis Partus	Tempat penolong	Jenis kelamin	BB	Masalah				Keadaan anak
							Hamil	Lahir	Nifas	Bayi	
1	10-01-2018	37 minggu	Spontan	Puskesmas	perempuan	3,7 kg	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik

b. Riwayat kehamilan sekarang

- 1) Klien merasa hamil : 9 bulan.
- 2) Keluhan waktu hamil : Merasa mual dari trimester 1-2
- 3) Gerakan anak pertama : Usia kehamilan 4 bulan
- 4) Imunisasi : Klien mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT
- 5) Penambahan BB saat hamil : 22 Kg
- 6) Pemeriksaan kehamilan : Teratur
- 7) Tempat pemeriksaan : Klinik

6. Riwayat *Activity Daily Living*

1. Aktivitas Kehidupan Sehari–Hari

Tabel 3.2 *Activity Daily Living* (ADL)

No	ADL	Sebelum Hamil	Saat Hamil
1	2	3	4
1	NUTRISI MAKAN - jenis menu - frekuensi - porsi - pantangan - keluhan MINUM - jenis minuman - frekuensi - jumlah - pantangan - keluhan	Nasi, lauk pauk, sayur 3x/hari 1 porsi Tidak ada Tidak ada Air putih, teh 5-8x/hari 2000cc Tidak ada Tidak ada	Nasi, lauk pauk, sayur 3x/hari 1/2 porsi Tidak ada Tidak ada Air putih 5-8x/hari 2000cc Tidak ada Tidak ada
2	ISTIRAHAT dan TIDUR MALAM - berapa jam - waktu	7-8 jam 22.00-05.00	4-5 jam 21.00-03.00

	- kesukaran tidur SIANG - berapa jam - waktu - kesukaran tidur	Tidak ada 30 menit-1 jam 13.00-14.00 Tidak ada	Tidak ada 1 jam – 2 jam 11.00-13.00 Tidak ada
3	ELIMINASI BAK - frekuensi - jumlah - warna - bau - kesulitan BAB - frekuensi - jumlah - warna - bau - kesulitan	8-10x/hari Banyak Kuning jernih Khas urine Tidak ada 1-2x/hari Tidak terkaji Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	8-10x/hari Banyak Kuning jernih Khas urine Tidak ada 1-2x/hari Tidak terkaji Kuning Khas feses Tidak ada
4	PERSONAL HYGIENE MANDI - frekuensi - menggunakan sabun - frekuensi gosok gigi - gangguan BERPAKAIAN frekuensi ganti pakaian Mobilitas dan Aktivitas	1-2x/hari Sabun cair 2x/hari Tidak ada 2x/hari	1-2x/hari Sabun cair 2x/hari Tidak ada 2x/hari
5	MOBILITAS DAN AKTIVITAS - Aktivitas yang dilakukan - Kesulitan	Beres-beres rumah Tidak ada	Beres-beres rumah Tidak ada

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Status Generalis

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis

c. TTV (T, N, R, S) :

TD : 120/90 mmHg

N : 98 x/menit

Rr : 20 x/menit

S : 36,3°C

Spo2 : 95%

d. BB : 72 Kg

e. TB : 157 Cm

2. Pemeriksaan Fisik Persistem

a. Sistem pernapasan

Pergerakan dada simetris, Rr = 20x/menit, tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan, tidak terdapat sesak, irama napas teratur, saat di auskultasi tidak terdengar bunyi napas tambahan.

b. Sistem kardiovaskular

Nadi 98 x/menit dan teraba kuat, bunyi jantung lup dup, ada edema pada ekstremitas bawah, pitting edema 4 detik, CRT < 3 detik.

c. Sistem pencernaan

Mukosa bibir lembab, tidak ada nyeri menelan, keadaan mulut bersih, tidak ada mual muntah, bising usus 6x/menit.

d. Sistem persyarafan

Status mental baik, kesadaran compos menits, (E4V5M6), tidak ada riwayat kejang, refleks pattela baik (++)

e. Sistem pancaindra

Penglihatan : klien mampu melihat dengan baik dan jelas.

Pendengaran : klien mampu mendengar dengan baik

Penciuman : klien mampu membedakan bau

Pengecapan : klien mampu membedakan rasa manis, asin, asam, pahit

Perabaan : klien mampu meraba dan meraih sesuatu

f. Sistem perkemihan

BAK baik dan normal serta tidak ada keluhan, tidak terdapat distensi kandung kemih, terpasang kateter urin.

g. Sistem integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit < 2 detik, akral teraba hangat, terdapat linea nigra berwarna coklat, terdapat striae berwarna putih.

h. Sistem endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak ada pembesaran kelenjar getah bening.

i. Sistem muskuloskeletal

Klien tidak memiliki keterbatasan pergerakan sendi baik pada ekstremitas atas dan bawah, kekuatan otot pasien baik 5/5.

j. Sistem reproduksi

- 1) Payudara : keadaan payudara simetris, terdapat pembesaran pada payudara, terdapat hiperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, payudara terasa tegang.
- 2) Uterus : TFU 40 cm, 3 jari dibawah *Prosesus xifoideus*, kontraksi 2x/10 menit dalam 20 detik, ibu mengeluh nyeri dan mules saat kontraksi, skala nyeri 5 (0-10), klien tampak meringis, pembukaan 2-3 cm. DJJ 156 x/menit, Lingkar perut 110 cm, pasien merasa bagian jalan lahir merasa tertekan, klien berposisi meringankan nyeri.

Pemeriksaan Leopold

- a) Leopold 1 : TFU 3 jari dibawah px (40 cm), teraba lunak, bulat, tidak melenting = bokong
 - b) Leopold 2 : teraba panjang dan keras seperti papan dibagian perut kanan = punggung janin
 - c) Leopold 3 : teraba bulat, keras, melenting = kepala
 - d) Leopold 4 : kepala bayi masih mudah digoyangkan = belum masuk PAP (pintu atas panggul)
- 3) Genetalia : tidak ada perdarahan, genetalia tampak kotor, ketuban (+), Klien merasa perineum terasa tertekan

7. Riwayat Psikososial Spiritual

a. Psikososial

1) Pola pikir dan persepsi

Klien mengatakan cemas dan khawatir dengan tindakan operasi SC dan khawatir bayi tidak selamat. Tingkat kecemasan klien saat diukur menggunakan kuesioner *Amsterdam Preoperative Anxiety And Information Scale* (APAIS) adalah 19 yaitu cemas berat, ditandai dengan penurunan yang signifikan dalam penerimaan rangsangan. Klien tampak gelisah, klien tampak tegang, klien tampak pucat, tingkat kecemasan diukur menggunakan APAIS: 19 (cemas berat), TD : 120/90 mmHg, N : 98 x/menit, Rr : 20 x/menit.

2) Persepsi diri

Klien mengatakan merasa dirinya kurang kuat, tidak mampu melahirkan normal. Klien mengatakan menerima kondisi yang dialaminya sekarang dan menerima perubahan pada dirinya.

3) Konsep diri

- a) Gambaran diri : Klien tampak cemas
- b) Peran diri : Klien khawatir tidak dapat menjalankan perannya sebagai seorang ibu jika terjadi suatu hal saat Operasi.
- c) Ideal diri : Klien mengatakan ingin menjadi ibu yang baik untuk anak-anaknya

- d) Identitas diri : Klien menyadari bahwa dirinya seorang perempuan. Klien merasa kecewa pada dirinya sendiri bila harus operasi SC.
- e) Harga diri : Pasien merasa malu dan rendah diri karena harus operasi SC.

4) Hubungan/komunikasi

Klien berhubungan baik kepada keluarga dan orang sekitar. Klien menggunakan bahasa sunda dalam berkomunikasi sehari-hari.

5) Kebiasaan seksual

Kebiasaan seksual klien baik, semenjak hamil besar klien sering melakukan hubungan seksual dengan suami.

6) Spiritual

Klien beragama islam, klien mampu menjalankan shalat 5 waktu dan ibadah rutin lainnya.

3.1.5 Pemeriksaan Diagnostik

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal: 18 Maret 2025 jam : 18.02 WIB

Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hemoglobin	12.0 g/dl	13-16 g/dl
Hematokrit	39%	35-47%
Leukosit	13.770/mm ³	3.800-10.000/mm ³
Trombosit	301.000/mm ³	150.000-440.000/mm ³
Eritrosit	4.37 juta/mm ³	3.6-5.8 juta/mm ³
Tromboplastin masa partial (APPT)	30.1 detik	24.8-34.4 detik
SGOT	25 U/L	0-31 U/L

SGPT	18 U/L	< 35 U/L
------	--------	----------

2) Pemeriksaan USG

Tanggal : 07 Agustus 2024

- Kehamilan intrauterine pregnancy (ada janin dalam rahim),
- CRL (Crown Rump Length) $\pm 1,45$ cm usia kehamilan 7 minggu 6 hari (7w6d)
- EDD (Estimated Due Date) 20 Maret 2025 perkiraan bayi lahir.
- HR 154 bpm = normal, karena denyut jantung janin normal berkisar 120-160 bpm

Tanggal : 01 Oktober 2024

- BPD (Biparietal Diameter) : 3,43 cm
- Usia kehamilan : 16 minggu 4 hari
- Taksiran persalinan (EDD) : 14 Maret 2025
- AC (Abdominal Circumference) 12,29 cm
- EFW (Estimated Fetal Weight) 164 gram

Tanggal : 21 Desember 2024

- Umur kehamilan 30 minggu 2 hari
- Presentasi kepala : kepala dibawah posisi normal
- Taksiran persalinan : 17 Maret 2025
- Plasenta : normal
- Ketuban : cukup

Kesimpulan : perkembangan janin dari usia muda (7 minggu) hingga trimester 3 (30 minggu) berjalan normal, perkiraan persalinan 14-20 maret 2025.

3.1.6 Therapy Obat

1) IVFD RL : 500 cc

3.1.7 Analisa Data *Pre Op Sectio Caesarea*

Tabel 3.4 Analisa Data *Pre Op Sectio Caesarea*

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS : - Klien mengeluh cemas - Klien merasa khawatir dengan akibat dari prosedur SC dan khawatir bayi tidak selamat - Klien sulit berkonsentrasi - Klien mengeluh pusing - Klien merasa tidak berdaya karena tidak bisa melahirkan normal anak ke 2 ini DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak tegang - Klien tampak pucat - Tingkat kecemasan diukur menggunakan APAIS: 19 (cemas berat) - TTV TD : 120/90 mmHg N : 98 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36,3°C Spo2 : 95%	Ibu hamil dengan indikasi bayi besar perlu dilakukan tindakan Sectio Caesarea, yang mengakibatkan munculnya gelisah, tegang sehingga sulit berkonsentrasi, kurangnya pengetahuan terkait proses pembedahan sehingga munculah rasa khawatir akan kegagalan tindakan, munculah diagnosis keperawatan Ansietas	Ansietas (D.0080)
2	DS : - Klien mengeluh nyeri dan mules saat kontraksi - Klien merasa bagian jalan lahir terasa tertekan DO : - Uterus teraba membulat - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien berposisi meringankan nyeri - TD : 120/90 mmHg - N : 98 x/menit	Ibu hamil dengan indikasi bayi besar, sebelum tindakan Sectio caesarea terjadi his yang berulang terjadinya peningkatan kontraksi dan pembukaan serviks, muncul rasa nyeri, mules dan ingin mengejan, diangkat diagnosis keperawatan Nyeri Melahirkan	Nyeri melahirkan (D.0079)

	- DJJ : 156 x/menit - TFU 40 cm, 3 jari dibawah <i>Prosesus xifoideus</i> - Kontraksi 2x/10 menit dalam 20 detik - Lingkar perut 110 cm.		
--	--	--	--

3.1.8 Diagnosa Keperawatan

- 1) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan sectio caesarea.

DS :

- Klien merasa khawatir dengan akibat dari prosedur SC dan khawatir bayi tidak selamat
- Klien sulit berkonsentrasi
- Klien mengeluh pusing
- Klien merasa tidak berdaya karena tidak bisa melahirkan normal anak ke 2 ini

DO :

- Klien tampak gelisah
- Klien tampak tegang
- Klien tampak pucat
- Tingkat kecemasan di ukur menggunakan APAIS: 19 (cemas berat)
- TTV :

TD : 120/90 mmHg

N : 98 x/menit

Rr : 20 x/menit

S : 36,3°C

Spo2 : 95%

2) Nyeri melahirkan berhubungan dengan Dilatasi Serviks

DS :

- Klien mengeluh nyeri dan mules
- Klien merasa perineum terasa tertekan

DO :

- Uterus teraba membulat
- Klien tampak meringis
- Klien tampak gelisah
- Skala nyeri 5 (0-10)
- Klien berposisi meringankan nyeri
- TD : 120/90 mmHg
- N : 98 x/menit
- DJJ : 156 x/menit
- TFU 40 cm, 3 jari dibawah Prosesus xifoideus
- Kontraksi 2x/10 menit dalam 20 detik
- Lingkar perut 110 c

3.1.9 Intervensi Keperawatan Pre Op Sectio Caesarea

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
1	2	3	4	5
1	Ansietas (D.0080) berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan Sectio caesarea DS : - Klien merasa khawatir dengan akibat dari prosedur SC dan khawatir bayi tidak selamat - Klien sulit berkonsentrasi - Klien mengeluh pusing - Klien merasa tidak berdaya karena tidak bisa melahirkan normal anak ke 2 ini	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Keluhan pusing menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Keberdayaan membaik	Terapi relaksasi Butterfly Hug (I.09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 4. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 5. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi <i>Butterfly Hug</i>	1. Untuk mengetahui masalah yang dapat memengaruhi keberhasilan terapi relaksasi 2. Untuk mengetahui teknik yang cocok agar pasien merasa nyaman 3. Untuk mengetahui perubahan kondisi fisiologis agar efektivitas terapi dapat dievaluasi. 4. Untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan kebutuhan penyesuaian teknik relaksasi. 5. Agar pasien dapat memahami langkah-langkah relaksasi dengan jelas. 6. Agar suasana relaksasi tercipta lebih optimal. 7. Agar pasien memahami pilihan teknik dan

	DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak tegang - Klien tampak puact - TTV : TD : 120/90 mmHg N : 98 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36,3°C Spo2 : 95%		6. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Edukasi 7. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, <i>Butterfly hug</i> 8. Anjurkan mengambil posisi nyaman 9. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 10. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik butterfly hug	termotivasi untuk mencoba. 8. Agar pasien dapat lebih mudah masuk ke kondisi rileks. 9. Agar pasien benar-benar menikmati dan merasakan manfaat relaksasi. 10. Agar pasien terbiasa menggunakan teknik relaksasi secara mandiri.
2	Nyeri melahirkan (D.0079) berhubungan dengan Dilatasi serviks DS : - Klien mengeluh nyeri dan mules - Klien merasa perineum terasa tertekan DO : - Uterus teraba membulat - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil : 1. Koping terhadap ketidaknyamanan : Cukup Meningkat 2. Dilatasi Serviks : Meningkat 3. Nyeri dengan kontraksi : Cukup Menurun	Edukasi Teknik Nafas (I.12452) Observasi 1. Identifikasi kesiapan menerima informasi Terapeutik 2. Berikan edukasi mengenai teknik nafas Edukasi 3. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas 4. Jelaskan prosedur tarik nafas 5. Anjurkan menutup mata dan	1. Untuk mengetahui tingkat kesiapan pasien menerima edukasi agar informasi yang diberikan dapat dipahami dan diterapkan 2. Untuk mengetahui tingkat pemahaman pasien setelah mendapatkan informasi 3. Untuk mengetahui sejauh mana pasien memahami manfaat latihan agar pasien termotivasi untuk

	- Skala nyeri 5 (0-10) - Klien berposisi meringankan nyeri - TD : 120/90 mmHg - N : 98 x/menit - DJJ : 156 x/menit - TFU 40 cm, 3 jari dibawah Prosesus xifoideus - Kontraksi 2x/10 menit dalam 20 detik - Lingkar perut 110 cm.		berkonsentrasi penuh 6. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 7. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut secara perlahan 8. Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik	melakukannya secara rutin. 4. Untuk mengetahui pemahaman pasien terhadap langkah prosedural 5. Agar tercapai relaksasi optimal saat melakukan teknik pernapasan 6. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan inspirasi 7. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan ekspirasi dengan benar 8. Agar teknik pernapasan terstandar dan hasil relaksasi tercapai maksimal.
--	---	--	--	---

3.1.10 Impelentasi Keperawatan *Pre Op Sectio Caesarea*

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan *Pre Op Sectio Caesarea*

Hari/Tgl	Diagnosa keperawatan	JAM	IMPLEMENTASI	Evaluasi	PARAF
1	2	3	4	5	6
Selasa, 18 Maret 2025	Ansietas (D.0080) berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan Sectio caesarea	18.00 18.05 18.08 18.12	1. Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif Respon klien : Klien mengatakan sering merasa cepat lelah dan sulit fokus saat beraktivitas. 2. Mengidentifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan Respon klien: Klien menyebut pernah mencoba menarik napas dalam dan merasa lebih tenang. 3. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan Respon klien: Klien tampak sedikit tegang, Setelah latihan, klien tampak lebih tenang 4. Memonitor respons terhadap terapi	Jam 19.00 S : - Klien mengatakan lebih tenang setelah mendapatkan penjelasan tentang prosedur SC. - Klien merasa lebih tenang setelah mendapat dukungan dari keluarga - Klien mengatakan masih pusing O : - Klien tampak lebih tenang dibanding sebelumnya dan tidak gelisah - Kontak mata baik, ekspresi wajah rileks - Tingkat kecemasan saat masuk IGD: 19 (cemas berat), setelah dilakukan <i>butterfly hug</i> menjadi 17 (cemas sedang) - Tingkat kecemasan sebelum masuk	Ai Resti

			relaksasi Respon klien: Klien nampak lebih rileks, napas teratur, dan mengatakan merasa lebih nyaman 18.15 5. Menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Respon klien: Klien tampak nyaman dan fokus mengikuti arahan perawat. 18.15 6. Menjelaskan tujuan, manfaat, terapi butterfly hug Respon klien: Klien menyatakan memahami dan bersedia mencoba teknik Butterfly Hug untuk mengurangi kecemasan 18.18 7. Memberikan teknik relaksasi <i>butterfly hug</i> Respon klien: setelah dilakukan teknik butterfly hug tingkat kecemasan klien menurun dari 19 (cemas berat) menjadi 17 (cemas sedang) 18.20 8. Mengajukan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih Respon klien: Klien menyatakan kesediaan untuk mempraktikkan teknik relaksasi <i>Butterfly hug</i> apabila merasa cemas.	ruang operasi : 17 (cemas sedang) kemudian diberikan terapi butterfly hug kembali tingkat kecemasan menjadi 14 (cemas sedang), menurut kuesioner APAIS. - TTV : TD : 120/90 mmHg N : 97 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36,6°C Spo2 : 96% A : Ansietas teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	--	---	--	--

		18.29 6. Mengajarkan melakukan inspirasi dan ekspirasi Respon klien : Klien mencontohkan inspirasi sesuai instruksi, meskipun masih perlu bimbingan pada awalnya. Respon klien : Klien mampu melakukan ekspirasi perlahan melalui mulut, tampak lebih rileks setelah mencoba.		
		18.30 7. Mendemonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik Respon klien : Klien berhasil menirukan demonstrasi dengan cukup baik, menyatakan merasa lebih nyaman dan tenang setelah latihan.		

3.1.11 Evaluasi Keperawatan *Pre Op Sectio Caesarea*

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Waktu	Catatan perkembangan	Paraf
1	Selasa, 18 Maret 2025	19.30	S : - Klien mengatakan lebih tenang setelah mendapatkan penjelasan tentang prosedur SC. - Klien merasa lebih tenang setelah mendapat dukungan dari keluarga - Klien mengatakan pusing sudah tidak ada O : - Klien tampak lebih tenang dibanding sebelumnya dan tidak gelisah - Kontak mata baik, ekspresi wajah rileks - Tingkat kecemasan saat masuk IGD: 19 (cemas berat), setelah dilakukan <i>butterfly hug</i> menjadi 17 (cemas sedang) - Tingkat kecemasan sebelum masuk ruang operasi : 17 (cemas sedang) kemudian diberikan terapi butterfly hug kembali tingkat kecemasan menjadi 14 (cemas sedang), menurut kuesioner APAIS. - TTV : TD : 130/80 mmHg N : 98 x/menit Rr : 20 x/menit	Ai Resti

			S : 36,5°C Spo2 : 96% A : Ansietas Teratasi P : Hentikan Intervensi	
2	Selasa, 18 Maret 2025	19.30	S : - Klien mengatakan mampu mengontrol nyeri - Klien merasa perineum terasa tertekan O : - Uterus teraba membulat - Klien tampak meringis - Klien tidak tampak gelisah - Skala nyeri 4 (0-10) - Klien berposisi meringankan nyeri - TD : 130/80 mmHg - N : 98 x/menit - DJJ : 150 x/menit - TFU 40 cm, 3 jari dibawah Prosesus xifoideus - Kontraksi 2x/10 menit dalam 20 detik A : Nyeri melahirkan teratasi sebagian P : Hentikan intervensi Klien masuk ruangan operasi	Ai Resti

3.1.12 Pengkajian *Post Sectio Caesarea*

1. Identitas Pasien

Nama	: Ny. D
Umur	: 30 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kampung. Panunjuk, Desa Banjarsari, Bayongbong, Kabupaten Garut
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
No. Register	: 014423**
Diagnosa medis	: Post partum dengan Sc POD 1 atas indikasi bayi besar
Tanggal persalinan	: 18 Maret 2025
Tanggal masuk	: 18 Maret 2025
Tanggal pengkajian	: 19 Maret 2025

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. H
Umur	: 33 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Pendidikan	: SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Kampung. Panunjuk, Desa Banjarsari, Kecamatan
Bayongbong, Kabupaten Garut

Hubungan dengan pasien : Suami Pasien

3.1.13 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC di abdomen.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 19 Maret 2025 pada pukul 08.00 WIB klien mengatakan nyeri dibagian abdomen pada luka post op SC, Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat - sayat dan menjalar ke punggung, skala nyeri 6 (0-10), nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat, Nyeri juga dirasakan hilang timbul.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien tidak memiliki kebiasaan merokok dan minum alkohol. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan ikan tongkol, udang dan sejenis seafood yang lainnya. Klien mengatakan tidak ada alergi obat seperti obat antibiotik. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat trauma seperti jatuh atau terpleset. Klien mengatakan memilki riwayat operasi kuretase.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit seperti hipertensi, Dm, penyakit jantung, TBC, dan penyakit menular lainnya.

5. Riwayat Obstetri Ginekologi

a. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat menstruasi

- a) Menarche : 14 tahun
- b) Lamanya haid : 5 hari
- c) Siklus : 30 hari
- d) Banyaknya : 2x ganti pembalut
- e) Sifat darah : berwarna merah terang, ada gumpalan
- f) HPHT : 4 Juni 2024
- g) Taksiran persalinan : 20 Maret 2025

2) Riwayat perkawinan (suami dan istri)

- (a) usia perkawinan : 23 tahun
- (b) lama perkawinan : 7 tahun
- (c) pernikahan yang ke : 1

3) Riwayat kontrasepsi

- (d) Jenis kontrasepsi sebelum hamil : KB suntik 3 bulan
- (e) Waktu dan lama penggunaan : 3 tahu
- (f) Masalah dalam penggunaan : badan menjadi gendut
- (g) Jenis kontrasepsi setelah persalinan : IUD

(h) Jumlah anak yang direncanakan : 2 anak

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan, & nifas yang lalu

G 3 P 1 A 1

Tabel 3.8 Riwayat Persalinan Sekarang

No	Tgl partus	Umur kehamilan	Jenis partus	Tempat penolong	Jenis kelamin	BB	Masalah				Keadaan anak
							Hamil	Lahir	Nifas	Bayi	
1	10-01-2018	37 minggu	Spontan	Puskesmas	perempuan	3,7 kg	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik
2	18-03-2025	41 minggu	SC	RS	Laki-laki	4,1 kg	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik

2) Riwayat kehamilan sekarang

- a) Klien merasa hamil : 9 bulan.
- b) Keluhan waktu hamil : Merasa mual dari trimester 1-2
- c) Gerakan anak pertama : Usia kehamilan 4 bulan
- d) Imunisasi : Klien mengatakan sudah mendapatkan imuniasi TT
- e) Penambahan BB saat hamil: 22 Kg
- f) Pemeriksaan kehamilan : Teratur
- g) Tempat pemeriksaan : Klinik

6. Riwayat Psikososial Spiritual

a. Psikososial

1) Pola pikir dan persepsi

Klien mengatakan mengetahui keadaannya saat hamil dan sekarang bersyukur dapat menjalani operasi SC dengan lancar dan bayi sehat.

2) Persepsi diri

Klien mengatakan ingin cepat pulih dan bisa segera bertemu dengan bayinya dan bisa segera pulang kerumah.

3) Konsep diri

a) Gambaran diri

Klien mengatakan menerima kondisi tubuhnya saat ini.

b) Identitas diri

Klien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan.

c) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera pulih kembali dan bisa mengurus anak-anaknya dengan baik.

d) Peran diri

Klien adalah seorang istri dan ibu dari kedua anaknya.

e) Harga diri

Klien mengatakan tidak malu dengan keadaannya sekarang dan dapat menerima dirinya sendiri.

4) Hubungan/ Komunikasi

Klien berhubungan baik lingkungan sekitarnya dengan keluarga maupun dengan

5) Kebiasaan seksual

Klien mengatakan semenjak hamil besar, klien sering melakukan hubungan suami istri.

b. Spiritual

Klien beragama islam, klien juga selalu shalat 5 waktu dan selalu berdoa untuk kesehatannya.

7. Riwayat Acitivity Daily Living

1. Aktivitas Kehidupan Sehari – hari

Tabel 3.9 Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari

No	ADL	Saat Hamil	Setelah Melahirkan
1	2	3	4
1.	NUTRISI MAKAN Jenis menu Frekuensi Porsi Pantangan Keluhan MINUM Jenis minuman Frekuensi Jumlah Pantangan Keluhan	Nasi, lauk pauk, sayur 3x/hari 1 porsi Tidak ada Tidak ada Air putih, teh 5-8x/hari 2000cc Tidak ada Tidak ada	Sayur, bubur, lauk 3x/hari 1 porsi Tidak ada Tidak ada Air putih 6x/hari 2000cc Tidak ada Tidak ada
2	ISTIRAHAT DAN TIDUR MALAM Lama Waktu Kesukaran tidur SIANG Lama Waktu Kesukaran tidur	7-8 jam 22.00-05.00 Tidak ada 30 menit-1 jam 13.00-14.00 Tidak ada	7-8 jam 22.00-05.00 Tidak ada 30 menit-1 jam 13.00-14.00 Tidak ada
3	ELIMINASI BAK Ferekuensi	8-10x/hari	Terpasang kateter

	Jumlah Warna Bau Kesulitan BAB Frekuensi Warna Bau Kesulitan	Banyak Kuning jernih Khas urine Tidak ada 1-2x/hari Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	urine ±1000cc Kuning keruh Khas urine Tidak ada Belum BAB
4	PERSONAL HYGIENE MANDI Frekuensi Frekuensi gosok gigi Frekuensi keramas Gunting kuku Kesulitan	 1-2x/hari 2x/hari 3x/minggu 1x/minggu Tidak ada	 1x/diwaslap 1x/hari Belum Belum Keengganan gerak
5	MOBILITAS DAN AKTIVITAS Aktivitas yang dilakukan keulitan	 Beres beres rumah, masak,mencuci Tidak ada	 Belum bisa bergerak (gerakan terbatas) Nyeri

3.1.3. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum : Klien tampak meringis,muka pucat kesadaran compos mentis, dan klien tampak lemah

- Tingkat Kesadaran : Composmentis E4 M6 V5

- Tanda- Tanda Vital:

TD : 130/90 mmHg

S : 36,60°C

N : 98x/mnt

RR : 20x/mnt

Spo2 : 98%

4. Pemeriksaan persistem

a. Sistem Pernapasan

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, pergerakan dada teratur, frekuensi napas 20x/menit, terdengar sonor di kedua lapang paru, suara napas vesikuler.

b. Sistem Kardiovaskuler

suara jantung S1=S2 reguler, nadi teraba kuat 98x/mnt.

c. Sistem Panca Indera

Mata

Kedua mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, gerakan bola mata baik, refleks pupil baik terbukti ketika diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik terbukti dapat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak kurang lebih ± 30 cm.

Telinga

Telinga tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik buktinya dapat menjawab pertanyaan mahasiswa tanpa harus diulang.

Hidung

Lubang hidung simetris kanan dan kiri. letak hidung berada pada garis tengah wajah, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret yang menghambat pernafasan, tidak ada benjolan, penciumar

baik terbukti klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol dengan mata tertutup.

d. Sistem Endokrin

Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid, tidak ada peningkatan JVP, pergerakan leher baik dapat menengok ke kiri dan ke kanan

e. Sistem Gastrointestinal

Letak bibir sejajar dengan letak garis tengah wajah, mukosa bibir merah muda dan lembab, gigi tampak bersih dan lengkap, refleks menelan baik terbukti klien tidak mengeluh saat makan, Bising usus 12x/menit,

f. Sistem Integumen

Warna kulit abdomen tampak kecoklatan. Di abdomen tampak luka post SC berbentuk horizontal dengan Panjang ± 10 cm dengan jenis insisi horizontal, kondisi luka ditutup perban dan ada striae gravidarum dan lineanigra, TFU 2 jari dibawah pusat, posisi uterus ada dibagian tengah (myometrium) dan adanya nyeri tekan terutama pada sekitar bekas sayatan.

g. Sistem Reproduksi

Payudara tampak simetris antara kiri dan kanan, aerola berwarna hitam kecoklatan (hiperpigmentasi). produksi ASI banyak, puting menonjol di kedua payudara, payudara terasa padat, colostrum sudah ada, dan payudara tidak ada kelainan. Adanya *lochea rubra*

warna merah kental, tidak ada kelainan, klien terpasang DC dengan output ± 1000 cc. Pada anus tidak terdapat hemoroid.

h. Sistem Muskuloskeletal

(1) Ektremitas Atas

Tangan simetris antara tangan kanan dan kiri, jumlah jari-jari tangan lengkap keadaan kuku bersih, tidak terdapat oedema, tidak ada nyeri tekan, pergerakan tangan baik, CRT < 2 detik terpasang infus ditangan kiri RI 20 tpm, kekuatan otot tangan 5/5.

(2) Ektremitas Bawah

Kaki simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari-jari lengkap. keadaan kuku bersih, tidak ada oedema, tidak adanya nyeri tekan, tidak terdapat varises, terdapat keterbatasan gerak rentang gerak dengan kekuatan, kekuatan otot 5/5. Human sign(-).

3.1.14 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal: 18 Maret 2025 jam : 18.02 WIB

Tabel 3.10 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hemoglobin	12.0 g/dl	13-16 g/dl
Hematokrit	39%	35-47%
Leukosit	13.770/mm ³	3.800-10.000/mm ³
Trombosit	301.000/mm ³	150.000-440.000/mm ³
Eritrosit	4.37 juta/mm ³	3.6-5.8 juta/mm ³
Tromboplastin masa partial (APPT)	30.1 detik	24.8-34.4 detik
SGOT	25 U/L	0-31 U/L
SGPT	18 U/L	< 35 U/L

3.1.15 Therapy Obat

- 1) Metronidazole : 3x500 mg (IV)
- 2) Ketorolac : 3x30 mg (IV)
- 3) Cefotaxime : 2x1000 mg (IV)
- 4) IVFD RL : 500 cc

3.1.16 Analisa Data Post Op Sectio Caesarea

Tabel 3.11 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS: - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC. - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat - sayat dan menjalar ke punggung - Skala nyeri 6 (0-10) - Nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat. - Nyeri dirasakan hilang timbul. DO: - Klien tampak meringis - TTV: TD:130/90 mmhg Nadi:98x/menit RR:20x/menit Suhu: 36,5. Spo2 :98 %	Tidakan sectio caesarea, terdapat luka post op, terputusnya kontinuitas jaringanterjadinya pengeluaran histamin dan prostaglandin munculah diagnosis keperawatan Nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)
2	DS: Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan DO: - Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Klien hanya tirah baring - Kekuatan otot 5,5,5,5	Tindakan sectio caesarea diberikan anestesi, klien bedrest, terasa lemas Munculah diagnosis keperawatan Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

3.1.17 Diagnosa Keperawatan *Post Op Sectio Caesarea*

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik yang ditandai dengan:

DS:

- Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC.
- Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat - sayat dan menjalar ke punggung
- Skala nyeri 6 (0-10)
- Nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat.
- Nyeri dirasakan hilang timbul.

DO:

- Klien tampak meringis
- TTV:
TD:130/90 mmhg
Nadi:98x/menit
RR:20x/menit
Suhu: 36,5°
Spo2 :98 %

2. Gangguan Mobilitas Fisik b.d keterbatasan gerak yang ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan

DO:

- Klien tampak lemah
- Gerakan klien terbatas
- Klien hanya tirah baring
- Kekuatan otot 5,5,5,5

3.1.18 Intervensi Keperawatan *Post Op Sectio Caesarea*

Tabel 3.12 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
1	2	3	4	5
1	Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik yang ditandai dengan: Ds: - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC. - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat - sayat dan menjalar ke punggung - Skala nyeri 6 (0-10) - Nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat. - Nyeri dirasakan hilang timbul. Do: - Klien tampak meringis - TTV: TD:130/90 mmhg Nadi:98x/menit RR:20x/menit Suhu· 36,5° Spo2 :98%	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7. Fasilitasi istirahat dan tidur 8. Berikan Terapi Non Farmaklogis (tehnik tarik napas dalam) Edukasi 9. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	1. Untuk mengetahui gambaran nyeri secara menyeluruh agar intervensi yang diberikan tepat sasaran. 2. Untuk mengetahui tingkat keparahan nyeri agar dapat menentukan kebutuhan penanganan nyeri. 3. Untuk mengetahui adanya tanda nyeri yang tidak terungkap secara verbal agar nyeri tetap dapat tertangani dengan baik. 4. Untuk mengetahui faktor pencetus dan pereda nyeri agar pasien dapat menghindari atau mengendalikan faktor tersebut. 5. Agar nyeri dapat berkurang melalui metode alami dan mendukung penggunaan farmakologis. 6. Agar pasien merasa nyaman dan faktor eksternal yang meningkatkan nyeri dapat diminimalkan. 7. Agar tubuh memperoleh

			10. Jelaskan strategi meredakan nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri	pemulihan optimal dan toleransi nyeri meningkat. 8. Agar pasien mampu mengontrol nyeri secara mandiri melalui relaksasi pernapasan. 9. Agar pasien memahami kondisi nyeri yang dialaminya dan tidak merasa cemas berlebihan. 10. Agar pasien memiliki pengetahuan untuk mengelola nyeri secara mandiri. 11. Agar pasien dapat mendeteksi perubahan intensitas nyeri lebih dini. 12. Agar penggunaan obat nyeri sesuai dosis dan indikasi, serta meminimalkan efek samping. 13. Agar pasien memiliki alternatif pengendalian nyeri secara mandiri.
2	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d keterbatasan gerak yang ditandai dengan: Ds: Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan Do: - Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Klien hanya tirah baring - Kekuatan otot 5,5,5,5	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan mobillitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstemitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 4. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika	1. Untuk mengetahui hambatan yang dapat memengaruhi kemampuan pasien bergerak agar mobilisasi dapat dilakukan dengan aman. 2. Untuk mengetahui respon tubuh pasien selama aktivitas agar dapat segera menghentikan jika muncul tanda ketidakstabilan.

			perlu 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	3. Agar pasien merasa aman dan terhindar dari risiko jatuh saat bergerak. 4. Agar pasien mendapatkan dukungan fisik untuk mengurangi risiko cedera. 5. Agar pasien termotivasi dan merasa didukung untuk beraktivitas. 6. Agar pasien memahami manfaat mobilisasi dan mau berpartisipasi aktif. 7. Agar komplikasi akibat imobilisasi seperti dekubitus dan pneumonia dapat dicegah. 8. Agar pasien mampu melakukan pergerakan secara mandiri sesuai kemampuan fisik.
--	--	--	---	---

3.1.19 Implementasi Keperawatan *Post Op Sectio Caesarea*

Tabel 3.13 Implementasi Keperawatan

Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5	6
Rabu, 19 Maret 2025	1	09.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (Hasil: Nyeri luka post SC dibagian perut, nyeri dirasa hilang timbul)	Jam 14.00 S: - Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang	Ai Resti
		09.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 6 (0-10))	- Skala nyeri 5 (0-10)	
		09.05	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal (hasil: klien tampak meringis)	- Nyeri bertambah saat klien bergerak	
		09.05	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Hasil: nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam)	O: - Klien tampak meringis - TTV	
		09.08	5. Memonitor TTV (Hasil: TD:130/90 mmhg, Nadi:98x/menit, RR:20x/menit, Suhu: 36,5°C, Spo2 :98 %)	TD : 130/90 mmhg, Nadi : 98x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,5°C Spo2 :98 %	
		09.15	6. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi relaksasi napas dalam) (Hasil: klien tampak rileks)	A: Nyeri akut teratasi sebagian	
			7. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	P: Lanjutkan intervensi	

		09.15	8. Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri		
		09.15	(memberika terapi ketorolac 30 mg iv jam 08.00)		
Rabu, 19 Maret 2025	2	10.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Hasil: tidak ada keluhan fisik lainnya)	Jam 14.00 S : Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan	Ai Resti
		10.02	2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	O :	
		10.03	3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Hasil: keluarga membantu meningkatkan pergerakan pasien)	- Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Klien hanya tirah baring - Kekatan otot 5,5,5,5	
		10.04	4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Hasil klien dan keluarga mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi)	A : Gangguan Mobilitas fisik teratasi sebagian	
		10.05	5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (Hasil: klien melakukan miring kanan dan miring kiri)	P: Lanjutkan intervensi	
		10.10	6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)		

			(Hasil: klien belum mau melakukan mobilisasi duduk di tempat tidur)		
Kamis, 20 Maret 2025	1	08.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (Hasil: Nyeri berkurang)	Jam 10.05 S : - Klien mengatakan nyeri berkurang - Skala nyeri menjadi 3 (0-10) O : - Klien tampak lebih rileks - TTV TD : 120/80 mmhg, Nadi : 97x/menit, RR :20x/menit, Suhu : 36,7°C Spo2 : 98 % A : Nyeri akut Teratasi P : Hentikan Intervensi	Ai Resti
		08.02	2. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 3(0-10))		
		08.02	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal (hasil: klien sudah tidak tampak meringis)		
		08.03	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Hasil: nyeri menurun jika klien beraktifitas)		
		08.05	5. Memonitor TTV (Hasil: TD:120/80 mmhg, Nadi:97x/menit, RR:20x/menit, Suhu: 36,7°C, Spo2 :98 %)		
		08.10	6. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi relaksasi napas dalam) (Hasil: klien tampak rileks)		
		08.12	7. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri		
		08.12	8. Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri		
		08.14	(memberika terapi ketorolac 30 mg iv jam 08.00)		
Kamis, 20 Maret 2025		08.18	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Jam 10.10 S : Klien mengatakan sudah	

		08.18	(Hasil: tidak ada keluhan fisik lainnya) 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	bisa bergerak dan berjalan secara perlahan O :	Ai Resti
		08.19	3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Hasil: keluarga membantu meningkatkan pergerakan pasien)	- Klien tampak lebih bugar - Klien tampak sudah mampu berpindah tempat dan berjalan meskipun sesekali dibantu keluarga	
		08.19	4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Hasil klien dan keluarga mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi)	- Kekatan otot 5,5,5,5 A : Gangguan Mobilitas fisik Teratasi	
		08.20	5. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (Hasil: klien melakukan miring kanan dan miring kiri)	P : Hentikan Intervensi	
		08.22	6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Hasil: klien mau melakukan mobilisasi duduk di tempat tidur)		

3.1.20 Evaluasi Keperawatan *Post Op Sectio Caesarea*

Tabel 3.14 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Waktu	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	Kamis, 20 Maret 2025	10.30	S : - Klien mengatakan nyeri berkurang - Skala nyeri menjadi 3 (0-10) O : - Klien tampak lebih rileks - TTV TD : 120/80 mmhg, Nadi : 97x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,7°C Spo2 : 98 % A : Nyeri akut Teratasi P : Hentikan Intervensi	Ai Resti
2	Kamis, 20 Maret 2025	10.35	S : Klien mengatakan sudah bisa bergerak dan berjalan secara perlahan O : - Klien tampak lebih bugar - Klien tampak sudah mampu berpindah tempat dan berjalan meskipun sesekali dibantu keluarga - Kekuatan otot 5,5,5,5 A : Gangguan Mobilitas fisik Teratasi P : Hentikan Intervensi	Ai Resti

3.2 Pembahasan *Pre Op Sectio Caesarea* dan *Post Op Sectio Caesarea*

3.2.1. Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

3.2.1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Muttaqin , 2018). Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 19 Maret 2025, pengkajian dilakukan dengan metode anamnesa, dimulai dari biodata klien, riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional kesehatan pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan terapi obat.

Pada hasil pengkajian pre operasi pada tanggal 19 Maret 2025 pada Ny. D diruang IGD Ponek RSUD dr Slamet Garut yang berusia 30 tahun. Didapatkan hasil pengkajian klien merasa khawatir dengan akibat dari prosedur SC dan khawatir bayi tidak selamat, klien sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, merasa tidak berdaya karena tidak bisa melahirkan normal anak ke 2 ini, tampak gelisah, tampak tegang, tampak puact, tanda-tanda vital tekanan darah : 120/90 mmHg, nadi : 98 x/menit, pernapasan : 20 x/menit, suhu : 36,3°C, saturasi oksigen : 95%. Dampak Kecemasan sebelum Tindakan SC yang dialami pasien menimbulkan perubahan fisik bahkan psikologis sehingga dapat membuat aktifnya syaraf otonom simpatis (Nadidah et al., 2024). Respon pasien terhadap kecemasan biasanya ditunjukan dengan adanya kekhawatiran tentang kondisi yang di hadapi, kemudian ditunjukan dengan adanya peningkatan tanda-tanda vital yang tidak normal (Nadidah et al., 2024). Kecemasan menurut Stuart (2016) dalam Mustika

Mirani et al., (2021) terdiri dari 4 tingkatan yaitu cemas ringan, cemas sedang, cemas berat, dan panik. Dimana cemas ringan terjadi ketika seseorang mengalami ketegangan dalam hidupnya. pada tahap ini, individu menjadi lebih waspada dan memiliki peningkatan dalam penerimaan rangsangan. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar, dan menangkap lebih dari sebelumnya. Individu dengan cemas sedang yang hanya berfokus pada hal yang penting saja. Lapang resepsi menyempit sehingga kemampuan dalam melihat, mendengar dan memahami sesuatu berkurang. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya. Cemas berat ditandai dengan penurunan yang signifikan dalam penerimaan rangsangan. Cenderung berfokus pada hal yang detail tertentu dan sulit memikirkan hal lain. Semua perilaku yang ditujukan bertujuan untuk mengurangi kecemasan, dan memerlukan banyak bimbingan untuk fokus pada area lain. Panik berhubungan dengan ketakutan dan teror, beberapa orang yang mengalami kepanikan tidak dapat berbuat apa apa bahkan dengan arahan. Gejala panik adalah peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, resepsi yang menyempit dan kehilangan pemikiran yang rasional. Orang yang panik tidak mampu berkomunikasi berfungsi secara efektif.

Pada saat pengkajian pre operasi didapatkan hasil pengkajian klien mengeluh nyeri dan mules, klien merasa periuneum terasa tertekan, uterus teraba membulat, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, skala nyeri 5 (0-10), klien berposisi meringankan nyeri, tekanan darah : 120/90 mmHg, nadi : 98 x/menit, DJJ : 156 x/menit, TFU 40 cm, 3 jari dibawah prosesus xifoideus,

kontraksi 2x/10 menit dalam 20 detik, lingkar perut 110 cm. Kontraksi uterus menyebabkan tekanan intrauterin meningkat sehingga mendorong kepala janin ke arah serviks. Tekanan ini menimbulkan regangan dan peregangan serabut saraf di serviks serta segmen bawah uterus. Dilatasi serviks dan regangan jaringan sekitar akan mengaktifkan reseptor nyeri. Impuls nyeri dari uterus dan serviks dihantarkan melalui serabut saraf simpatis ke medula spinalis segmen T10–L1 (nyeri viseral kala I persalinan).

Pada saat pengkajian post operasi pada tanggal 20 Maret 2025 pada Ny. D diruang Jade RSUD dr Slamet Garut yang berusia 30 tahun. Didapatkan hasil pengkajian bahwa klien mengeluh nyeri pada luka post *Sectio Caesarea* nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan menjalar ke punggung, skala nyeri 6 (0-10). Nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat. Klien juga mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran composmentis (E4M5V6), klien tampak meringis, tanda-tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg, pernapasan 20x/mnt, suhu 36.5°C, nadi 98x/mnt, saturasi oksigen dan 98%, pada bagian abdomen terdapat luka post sectio caesarea ±10 cm dengan posisi horizontal, ada nyeri tekan. Nyeri terjadi karena reseptor terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamine, rangsangan ini nyeri untuk dihantarkan ke thalamus dan mempersepsikan sebagai nyeri (Nurarif, 2020).

Menurut Alfin Nurrido (2022) proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase, yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan maturasi. Fase inflamasi terjadi pada

hari pertama hingga hari ke pasca operasi. Dimana tanda fase inflamasi adalah adanya kemerahan (rubor), panas (kalor), bengkak (tumor), nyeri (dolor) dan hilangnya fungsi (functio laesa). Pada pasien timbul salah satu tanda inflamasi yaitu nyeri. Pada fase penyembuhan luka membutuhkan perawatan yang baik karena dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Perawatan luka yang tidak baik dapat berisiko mengalami infeksi, pada pasien terjadi peningkatan leukosit sebagai salah satu respon tubuh untuk melawan patogen penyebab infeksi.

Pada saat pemeriksaan fisik pada musculoskeletal atau bagian ekstremitas, bagian ekstremitas atas didapatkan anggota gerak lengkap tidak ada kelainan, bagian ekstremitas bawah lengkap tidak ada kelainan namun gerakan klien terbatas karena mengeluh nyeri pada luka operasi dan klien enggan untuk bergerak.

3.2.1.2 Diagnosa Keperawatan *Pre Op Sectio Caesarea* dan *Post Op Sectio Caesarea*

Diagnosa keperawatan merupakan pengalaman/ respon individu terhadap masalah kesehatan dalam proses penilaian klinis terhadap kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan. Asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan berupa interpretasi ilmiah atau data hasil pengkajian yang digunakan untuk menyusun rencana, melakukan implementasi, dan menjadi bahan evaluasi. Dalam menyusun diagnosa keperawatan yang tepat, dibutuhkan data berupa batasan karakteristik, berapa ukuran normal dari masalah tersebut, serta kemampuan dalam memahami penanganan masalah, berpikir kritis, dan membuat kesimpulan dari masalah.

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen, yaitu komponen P (Problem), E (Etiologi), dan S (Symptom atau dikenal dengan batasan karakteristik). Maka diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut :

1. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan *Sectio caesarea*

Pada diagnosa ansietas didapatkan bahwa Ny. D mengatakan khawatir dengan akibat dari prosedur SC dan khawatir bayi tidak selamat, klien sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, merasa tidak berdaya karena tidak bisa melahirkan normal anak ke 2 ini, tampak gelisah, tampak tegang, tampak puact, tanda-tanda vital Tekanan darah : 120/90 mmHg, Nadi : 98 x/menit, pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 36,3°C, saturasi oksigen : 95%. Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP, 2017). Hal ini sesuai dengan teori Operasi *Sectio Caesarea* (SC) dapat menimbulkan perasaan takut dan kecemasan karena tidak mengetahui bagaimana peristiwa akan berlangsung selama dan setelah dilakukan prosedur pembedahan (Putri et al., 2023). Pasien biasanya mengalami stress psikologis dan fisiologis. Sebelum menjalani operasi, pasien berhadapan dengan bermacam-macam stressor yang dapat membuat pasien mengalami kecemasan. Kecemasan merupakan suatu respon alamiah seseorang yang muncul akibat dari kondisi psikis misalnya khawatir berlebihan akan suatu hal

yang dianggap mengancam hidupnya (Hidayat et al., 2022). Dampak Kecemasan sebelum Tindakan SC yang dialami pasien menimbulkan perubahan fisik bahkan psikologis sehingga dapat membuat aktifnya syaraf otonom simpatis. Dalam menegakan suatu diagnosa atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian.

2. Nyeri melahirkan (D.0079) berhubungan dengan dilatasi serviks

Pada diagnosa nyeri melahirkan di dapatkan bahwa Ny. D mengatakan nyeri dan mules, serta periuneum terasa tertekan, skala nyeri 5 (0-10), klien berposisi meringankan nyeri. Klien tampak meringis hasil tanda tanda vital tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 98x/mnt, DJJ : 156 x/menit, TFU 40 cm, 3 jari dibawah prosesus xifoideus, kontraksi 2x/10 menit dalam 20 detik. Ibu merasakan nyeri seperti mules, kram, dan tidak terlokalisasi jelas, biasanya menjalar ke pinggang atau perut bagian bawah. Nyeri melahirkan adalah pengalaman sensorik atau emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP, 2017). Pada kasus ibu yang akan dilakukan sectio caesarea, kontraksi dan dilatasi serviks tetap dapat menimbulkan nyeri walaupun persalinan tidak dilanjutkan secara pervaginam. Sehingga, walaupun ibu tidak melanjutkan persalinan normal, nyeri akibat dilatasi serviks dan kontraksi tetap nyata dirasakan.

3. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada diagnosa nyeri akut di dapatkan bahwa Ny. D mengatakan nyeri pada luka operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan menjalar ke punggung, skala nyeri 6 (0-10), nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat, klien juga mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. Klien tampak meringis hasil tanda tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 98x/mnt, respirasi 20x/mnt, suhu 36,6°C, saturasi oksigen 98%. Hal ini sesuai dengan teori bahwa banyak pasien sectio caesarea yang mengeluh rasa nyeri pada bekas jahitan sectio caesarea. Pasien sectio caesarea akan mengalami nyeri akut, dimana nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan yang berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP, 2017). Hal ini terjadi karena adanya respon nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Pada pasca pembedahan terjadi perlukaan (insisi) yang akan menyebabkan kerusakan jaringan (*cell injury*) sebagai stimulus mekanik. Adanya *cell injury* akan menyebabkan pelepasan mediator histamin, bradikinin, prostaglandin yang akan ditangkap oleh reseptor nyeri (nociceptor) sebagai impuls nyeri yang akan dihantar ke sistem saraf pusat (SSP) melalui serabut saraf perifer dan akan dipersepsikan sebagai respons nyeri (Potter dan Perry, 2016).

4. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan keterbatasan gerak

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik didapatkan data bahwa Ny. D mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, klien terlihat lemah, gerakan klien terbatas, klien hanya tirah baring, kekuatan otot 5. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP, 2017). Hal ini sesuai dengan teori bahwa mobilisasi dini post sectio caesarea yaitu suatu pergerakan posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah persalinan. Oleh karena itu setelah mengalami sectio caesarea, seorang ibu disarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi sectio caesarea. Semakin cepat bergerak akan semakin baik, namun mobilisasi dini harus tetap dilakukan secara hati-hati (wirnata, 2018).

3.2.1.3 Intervensi Keperawatan *Pre Op Sectio Caesarea* dan *Post Op Sectio Caesarea*

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, Tim Pokia SIKI DPP, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah:

1. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan Sectio caesarea

Berdasarkan dengan diagnosa ansietas yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka intervensi yang akan dilakukan yaitu intervensi utama dalam terapi relaksasi maka dilakukan identifikasi penurunan tingkat energi, identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan, monitor respons terhadap terapi relaksasi, berikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama, jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: *Butterfly hug*), anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi teknik yang dipilih.

Rencana tindakan yang saya lakukan mengacu pada penelitian (Ningsih et al., 2024) yang berjudul “Pengaruh Terapi *Butterfly Hug* Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menjalani Proses Persalinan *Pre Sectio Caesarea*” menyatakan bahwa pemberian terapi *Butterfly Hug* efektif dalam menurunkan Tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan *pre sectio caesarea*.

Cara melakukan *butterfly hug* modifikasi (Nadidah et al., 2024), berdasarkan protokol (Jarero & Artigas, 2020 dalam Nadidah et al., 2024) yaitu :

- a. Silangkan tangan kanan dan kiri di atas dada hingga ujung jari tengah kedua tangan berada di bawah tulang selangka
- b. Tangan dan jari dibuat setinggi mungkin sehingga jari-jari mengarah ke leher dan bukan mengarah ke lengan
- c. Jika mau bisa mengaitkan ibu jari sehingga membentuk kupu-kupu

- d. Tutup kedua mata atau menutup mata sebagian sambil melihat kearah ujung hidung
- e. Gerakan tangan seperti kepakan kupu - kupu dan anjurkan untuk bernapas perlahan dan dalam menggunakan pernapasan perut
- f. Tepukan dilakukan sebanyak 10x
- g. Ketika pasien menepuk-nepuk, minta pasien membayangkan segala perasaan dan emosi yang dirasakan tanpa menghakimi perasaan tersebut
- h. Lakukan Gerakan selama 2 menit
- i. Jika pasien sudah tenang, pasien bisa membuka matanya dan meletakkan tangan secara perlahan

Preosedur intervensi butterfly hug ini di lakukan 2 kali, pertama saat masuk IGD ponek dan diukur tingkat kecemasannya terlebih dahulu menggunakan kuesioner APAIS dengan hasil skor 19 atau cemas berat menjadi skor 17 atau cemas sedang setelah diberikan butterfly hug. Kedua sebelum masuk ruang operasi diukur tingkat kecemasannya terlebih dahulu dengan hasil skor 17 atau cemas sedang dan setelah diberikan intervensi butterfly hug menurun menjadi skor 14 atau cemas sedang.

Sehingga disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi Butterfly Hug terhadap tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi proses persalinan *pre sectio caesarea*. Asumsi peneliti, pada responden masih terjadi kecemasan tetapi kecemasan tersebut sudah dapat dikontrol oleh ibu.

2. Nyeri Melahirkan (D.0079) berhubungan dengan dilatasi serviks

Rencana tindakan untuk masalah keperawatan nyeri melahirkan adalah dengan tindakan yang di lakukan yaitu relaksasi napas dalam terhadap nyeri pada klien pre op *sectio caesarea*. Relaksasi napas dalam dapat menurunkan nyeri pada pasien pre operasi *sectio caesarea*. Didapatkan bahwa terdapat pengaruh tindakan relaksasi napas dalam untuk menurunkan angka skala nyeri pada ibu pre operasi *sectio caesarea* dengan diagnosa nyeri melahirkan.

3. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Rencana tindakan untuk masalah keperawatan nyeri akut adalah dengan tindakan yang di lakukan yaitu relaksasi napas dalam terhadap nyeri pada klien post *sectio caesarea*. Relaksasi napas dalam dapat menurunkan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* pada hari ke1-2 yang didapatkan bahwa terdapat pengaruh tindakan relaksasi napas dalam untuk menurunkan angka skala nyeri pada ibu post operasi *sectio caesarea*.

4. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan keterbatasan gerak

Rencana tindakan untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah dengan intervensi dukungan mobilisasi yaitu dengan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi yang harus dilakukan (mis: Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (PPNI, Tim Pokja SIKI DPP, 2018).

3.2.1.4 Implementasi Keperawatan *Pre Op Sectio Caesarea* dan *Post Op Sectio Caesarea*

Implementasi keperawatan adalah tindakan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawat kepada klien sesuai dengan rencana yang telah dibuat dari kriteria hasil yang ingin dicapai (Wahid, 2018). Dalam tahapan ini penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya:

1. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan *Sectio caesarea*

Pada diagnosa yang pertama yaitu diagnosa ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan proses pembedahan *sectio caesarea* yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam teknik relaksasi mulai dari tanggal 19 Maret 2025, maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif pada Ny. D yaitu sering merasa cepat lelah dan sulit fokus saat beraktivitas, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan pada Ny. D yaitu pernah mencoba menarik napas dalam dan merasa lebih tenang, memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan pada Ny.T yaitu tampak sedikit tegang, setelah latihan klien tampak lebih tenang, memonitor respons terhadap terapi relaksasi pada Ny. D yaitu nampak lebih rileks, napas

teratur, dan klien mengatakan merasa lebih nyaman, memberikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi pada Ny. D yaitu mengerti cara melakukannya, menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama pada Ny. D yaitu tampak nyaman dan fokus mengikuti arahan perawat, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia pada Ny. D. memahami dan bersedia mencoba teknik *Butterfly Hug* untuk mengurangi kecemasan, menganjurkan mengambil posisi nyaman pada Ny. D yaitu klien memilih berbaring, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi pada Ny. D yaitu merasa lebih tenang dan menurunkan kecemasan, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih pada Ny. D yaitu kesediaan untuk mempraktikkan teknik relaksasi apabila merasa cemas. selanjutnya implementasi yang dilakukan yaitu memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi kecemasan dengan tehnik *Butterfly Hug* berdasarkan *evidence based practice* dengan hasil Ny.D dapat melakukan dengan tehnik Butterfly Hug selama 2 menit sehari 2 kali sesuai dengan bimbingan dari perawat namun dapat diulangi jika masih merasa cemas. Preosedur intervensi butterfly hug ini di lakukan 2 kali sehari, pertama saat masuk IGD ponok dan diukur tingkat kecemasannya terlebih dahulu menggunakan kuesioner APAIS dengan hasil skor 19 atau cemas berat menjadi skor 17 atau cemas sedang setelah diberikan butterfly hug. Kedua sebelum masuk ruang operasi diukur tingkat kecemasannya terlebih dahulu dengan hasil skor 17 atau cemas sedang dan setelah diberikan intervensi butterfly hug menurun menjadi skor 14 atau cemas sedang.

Implementasi keperawatan di atas dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan menyesuaikan kondisi klien sehingga tindakan keperawatan ini dapat mencapai hasil yang maksimal, dan mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

2. Nyeri Melahirkan (D.0079) berhubungan dengan dilatasi serviks

Pada diagnosa yang kedua yaitu diagnosa nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks. Maka implementasi yang dilakukan yaitu intervensi edukasi terapi relaksasi tanggal 19 Maret 2025 maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi kesiapan menerima informasi pada Ny. D tampak tenang, memperhatikan perawat, dan menyatakan siap menerima informasi. Memberikan edukasi mengenai teknik nafas pada Ny. D mendengarkan dengan seksama, mengangguk, dan mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas pada Ny. D teknik nafas bermanfaat untuk menenangkan diri dan mengurangi ketegangan. Menjelaskan prosedur tarik nafas pada Ny. D mampu mengulangi instruksi yang dijelaskan perawat mengenai prosedur tarik nafas. Menganjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh pada Ny. D mengikuti anjuran, menutup mata, dan tampak berkonsentrasi saat mencoba teknik. Mendemonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik pada Ny. D berhasil menirukan demonstrasi dengan cukup baik, menyatakan merasa lebih nyaman dan tenang setelah latihan.

3. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Pada diagnosa yang ketiga yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Maka implementasi yang dilakukan yaitu intervensi manajemen nyeri dari tanggal 20-21 Maret 2025 maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri pada Ny. D yaitu nyeri luka post SC dibagian perut, nyeri terasa disayat-sayat dan menjalar kepinggung, nyeri dirasa hilang timbul, mengidentifikasi skala nyeri pada Ny. D Skala nyeri 6 dari rentan (0-10), mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pada Ny. D nyeri bertambah jika klien bergerak dan nyeri berkurang ketika klien diam atau beristirahat, selanjutnya implementasi yang dilakukan yaitu memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan relaksasi napas dalam selama 10-15 menit sehari 3 kali, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri. menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan menggunakan analgetic secara tepat dan berkolaborasi pemberian analgetik memberikan therapy obat sesuai advice dokter keterolak 30 mg (IV).

4. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan keterbatasan gerak

Pada diagnosa keperawatan yang keempat yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan gerak. Maka implementasi yang telah dilakukan yaitu intervensi dukungan mobilisasi mulai dari tanggal 20-21 Maret 2025, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan

mobilisasi yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) hasil implementasi pada Ny. D, klien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya, Keluarga Ny. D membantu dalam peningkatan pergerakan klien, klien mampu melakukan mobilisasi dini dengan miring kanan dan miring kiri, klien mampu duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur, dan berpindah dari tempat tidur ke kursi.

3.2.1.5 Evaluasi Keperawatan *Pre Op Sectio Caesarea* dan *Post Op*

Sectio Caesarea

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakan pada akhir proses keperawatan (Wahid, 2018). Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIE dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (Subjective) : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. O (Objective) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (Analisis) : kesimpulan dari objektif dan subjektif. P (Planning) adalah rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis. I (Implementation) : adalah pelaksanaan sesuai rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah. E (Evaluation) : adalah berupa tafsiran yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan atau hasil tindakan.

Evaluasi pada kasus Ny. D dilakukan setelah implementasi selama 3 hari yaitu pada tanggal 19-21 Maret 2025. Evaluasi pada diagnosa ansietas memberikan hasil klien mengatakan lebih tenang setelah mendapatkan penjelasan tentang prosedur SC, klien merasa lebih tenang setelah mendapat dukungan dari keluarga, klien mengatakan pusing sudah tidak ada, klien tampak lebih tenang dibanding sebelumnya dan tidak gelisah, kontak mata baik, ekspresi wajah rileks, tekanan darah : 120/90 mmHg, nadi : 97 x/menit, respirasi: 20 x/menit, suhu : 36,6°C, saturasi oksigen : 96%, klien mampu mengontrol ansietas dengan tehnik butterfly hug hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: keluhan verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, konsentrasi membaik, perasaan keberdayaan membaik, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosa ansietas masalah teratasi pada hari ke 1.

Evaluasi pada diagnosa yang kedua yaitu nyeri melahirkan klien mengatakan nyeri dan mules, klien merasa perineum terasa tertekan, klien tampak meringis, klien tidak tampak gelisah, skala nyeri 4 (0-10), klien mampu mengontrol nyeri dengan relaksasi napas dalam, hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu status intrapartum membaik dengan kriteria hasil: coping terhadap ketidaknyamanan cukup meningkat, dilatasi serviks meningkat, nyeri dengan kontraksi cukup menurun, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosa nyeri melahirkan masalah teratasi sebagian pada hari ke 1.

Evaluasi pada diagnosa yang ketiga yaitu nyeri akut klien mengatakan nyeri pada luka post operasi sectio caesarea berkurang skala nyeri 3 dari rentan 0-10, Klien tampak lebih rileks, tekanan darah :120/90 mmHg, nadi 98x/mnt, respirasi 20x/mnt, Suhu 36,5°C, Spo2 98%, klien mampu mengontrol nyeri dengan relaksasi napas dalam, hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosa nyeri akut masalah teratasi pada hari ke 3.

Evaluasi pada diagnosa yang ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik klien mengatakan sudah bisa bergerak dan berjalan secara perlahan, klien masih tampak lemah, klien tampak sudah bisa melakukan sedikit pergerakan meskipun dibantu keluarga, kekuatan otot masing-masing 5, hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik masalah teratasi pada hari ke 3.

3.2.2 Analisis Pembahasan *Evidence Based Practice*

Evidence Based Practice dilakukan penganalisisan terhadap jurnal pilihan yang sesuai dengan topik permasalahan yang diangkat diuraikan sebagai berikut :

Tabel 3.15 Hasil Analisa Jurnal

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Populasi dan Sampel	Desain Penelitian	Data Temuan Penting
1	2	3	4	5	6
1	Lidya Putri, Sahuri Teguh Kurniawan, Mutiara Dewi Listiyanawati (2023)	Pengaruh Metode Self Healing Dengan Teknik Butterfly Hug Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta	Populasi pada peneitian ini adalah pasien pre operasi section caesarea diruang mawar RSUD Ibu Fatmawati sebanyak 28 sampel.	Jenis penelitian kuantitatif, menggunakan desain penelitian Quasi Experiment pre test and post test without control.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kecemasan responden setelah diberikan intervensi metode self healing dengan tehnik butterfly hug yaitu cemas ringan yaitu sejumlah 14 reponden (50%) dengan responden mengalami penurunan dari 17 responden cemas sedang menjadi 7 responden cemas ringan, 4 responden menurun menjadi tidak cemas dan sisanya atau sejumlah 11 responden tidak mengalami penurunan. Sebelum diberikan intervensi butterfly hug responden yang mengalami kecemasan sedang ditemukan cemas berlebih dalam situasi tertentu pada kategori sering, setelah diberikan intervensi menjadi berkurang. Berdasarkan hasil analisa

					dari uji Wilcoxon didapatkan p value 0,016, dimana p value $0,016 < 0,05$ sehingga terdapat pengaruh yang signifikan dari pemberian intervensi self healing dengan tehnik butterfly hug terhadap kecemasan pasien pre operasi section caesara di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta.
2	Siti Nurchayati (2024)	Efektivitas Terapi Musik Dan Butterfly Hug Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Wijayakusuma Kebumen	Populasi penelitian ini adalah 60 pasien.	Penelitian ini menggunakan quasi eksperimen, dengan pendekatan one group pre test – post test design.	Hasil tingkat kecemasan pre test dan post test dari 60 responden mengalami penurunan yaitu pada kecemasan berat menurun dari 34 pasien (56,7%) menjadi kecemasan sedang 38 pasien (63,3%). Hasil Analisa data kecemasan menunjukkan ada pengaruh terapi musik dan butterfly hug dengan tingkat kecemasan setelah diberikan terapi musik dan butterfly hug dengan hasil signifikan 0.000 ($p < 0,005$) yang berarti ada pengaruh.
3	Witri Wahyu Ningsih, Rima Novianti, Syifa Pramudita Faddila (2024)	Pengaruh Terapi Butterfly Hug Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menghadapi Proses Persalinan Pre	Populasi pada Penelitian ini adalah ibu hamil yang akan melakukan persalinan di RSUD	Penelitian ini menggunakan desain penelitian Quasi Experiment pretest and posttest one group design .	Berdasarkan hasil penelitian diperoleh nilai t hitung sebesar 9,748 > t tabel (2,101) dan nilai sig sebesar $0,000 < 0,05$ sehingga disimpulkan bahwa Ada pengaruh yang signifikan terapi Butterfly Hug terhadap tingkat

		Sectio Caesarea Di Rsud Karawang	Karawang sebanyak 19 sampel.		kecemasan ibu dalam menghadapi proses persalinan pre sectio caesarea di RSUD Karawang. Hal ini menunjukkan bahwa terapi terapi Butterfly Hug efektif dalam menurunkan Tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan pre sectio caesarea. Asumsi peneliti, pada responden masih terjadi kecemasan tetapi kecemasan tersebut sudah dapat dikontrol oleh ibu, dibuktikan dengan adanya peningkatan pretest, pada kategori Kecemasan akut dan penyesuaian 0 sedangkan setelah dilakukan terapi Butterrfly Hug responden mengalami Kecemasan akut dan penyesuaian meningkat menjadi 8, Kecemasan tersebut dapat dikontrol, Kecemasan dapat dikontrol sehingga ibu semakin siap dalam menghadapi persalinan pre sectio caesarea.
4	Intan Putri Yumanita Wardani, Septian Mixrova Sebayar, Asmat Burhan (2024)	<i>The Effect Of Butterfly Hug on Reducing Anxiety in Pre-Operation Patients at Jatiwinangun</i>	<i>Sample involved was 66 respondents from elective surgery patients.</i>	<i>This type of research is quasi- experimental with a pretest-posttest control group design.</i>	<i>From this study, the Wilcoxon test results were obtained with a mean difference intervention value of -10.7 (p) 0.001. And the control group with a mean difference value of -3.85 with</i>

		<i>Hospital, Purwokerto</i>	Sampel yang terlibat adalah 66 responden dari pasien bedah elektif.	Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimental dengan desain penelitian pre test - post test control group design.	<i>(p) 0.001. Mann Whitney U test with a mean difference value of -6.00 (-8.93, -3.13) with (p) 0.001. The results of the study showed that there was a difference before and after administering the Butterfly Hug on preoperative patient anxiety at the Jatiwinangun Special Surgery Hospital, Purwokerto. Giving a Butterfly Hug can be a method that can be used for patients who experience anxiety before surgery.</i> Dari penelitian ini, hasil uji Wilcoxon diperoleh dengan perbedaan rata-rataNilai intervensi - 10,7 (p) 0,001. Dan grup kontrol dengan nilai perbedaan rata-rata - 3,85 dengan (p) 0,001. Tes Mann Whitney U dengan nilai selisih rata-rata -6,00 (-8,93, -3,13) dengan (p) 0,001. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan sebelumnya dan setelah memberikan Pelukan Kupu-kupu pada pasien pra operasi di Rumah Sakit Bedah Khusus Jatiwinangun, Purwokerto. Memberikan Pelukan Kupu-Kupu
--	--	-----------------------------	---	---	--

					bisa menjadi metode yang bisa digunakan untuk pasien yang mengalami kecemasan sebelum operasi.
5	Yulia Susanti, Esa Lalita Candra, Rina Anggraeni, Riani Pradara Jati, Livana PH5, Amel Dawod Kamel Gouda (2025)	<i>The Effect of Self-Healing Butterfly Hug on Anxiety Levels</i>	<i>Sample involved was 22 respondents.</i> Sampel yang terlibat adalah 22 responden	<i>The study employed a Quasi-Experimental design with a One Group Pretest-Posttest Without Control format.</i> Penelitian ini menggunakan desain Quasi-Experimental dengan format One Group Pretest-Posttest Without Control.	<i>The research results indicate that the average age of the respondents is 22 years. The majority of respondents are female, totaling 17 (77.3%). Out of the 22 respondents, the most prevalent anxiety level before the intervention was severe anxiety, reported by 12 respondents (54.5%). After the intervention, most respondents experienced moderate anxiety, with 14 respondents (63.3%). This demonstrates the impact of the Self-Healing Butterfly Hug technique on anxiety levels, as severe anxiety prior to the intervention was reduced to moderate anxiety afterward. The Wilcoxon statistical test yielded a p-value of 0.000 ($p < 0.05$), indicating a significant reduction in anxiety following the intervention.</i> Hasil penelitian menunjukkan usia rata-rata responden adalah 22 tahun.

					Mayoritas responden adalah perempuan, berjumlah 17 (77,3%). Dari 22 responden, paling banyak Tingkat kecemasan yang lazim sebelum intervensi adalah kecemasan berat, dilaporkan oleh 12 responden (54,5%). Setelah intervensi, sebagian besar responden mengalami kecemasan sedang, dengan 14 responden (63,3%). Ini menunjukkan dampak dari Pelukan Kupu-Kupu Penyembuhan Diri teknik pada tingkat kecemasan, karena kecemasan parah sebelum intervensi dikurangi menjadi kecemasan sedang setelahnya. Uji statistik Wilcoxon menghasilkan nilai-p=0,000 ($p<0,05$), menunjukkan penurunan kecemasan yang signifikan setelah intervensi.
6	Pria Wahyu Romadhon Girianto, Dhina Widayati, Syahdila Sabrina Agusti (2021)	<i>Butterfly Hug to Reduce Anxiety in Pregnant Women Before Caesarean Section Operation</i>	<i>Sample involved was 18 respondents.</i> Sampel yang terlibat adalah 18 responden	<i>The research design was a pre-experimental design with a one-group pre and post test design approach.</i> Desain penelitian	<i>The results of the pre-test showed that half of the respondents (50.0%) experienced severe anxiety, half of the respondents (50.0%) experienced moderate anxiety. The post-test results showed that half of the respondents (50.0%) experienced moderate anxiety and half of the</i>

				yang digunakan adalah desain pra-eksperimental dengan pendekatan one group pre and post test design.	<i>respondents (50.0%) experienced mild anxiety. p-value 0.003 and = 0.05 (0.003 0.05) meaning that there is an influence of the Butterfly Hug on the level of anxiety in the elderly. The Butterfly Hug is done by gently clapping hands, which gives a comfortable sensation while breathing. This method can activate LHPA, stimulate the hypothalamus and CRH hormone secretion. ACTH is activated and stimulates the production of serotonin and endorphin hormones which make you feel relaxed and safe, so that anxiety decreases.</i> Hasil pre-test menunjukkan bahwa setengah dari responden (50,0%) mengalami kecemasan parah, setengah dari responden (50,0%) mengalami kecemasan sedang. Hasil pasca-tes menunjukkan bahwa setengah dari responden (50,0%) mengalami kecemasan sedang dan setengah dari responden (50,0%) mengalami kecemasan ringan. Nilai-p 0,003 dan
--	--	--	--	---	--

					= 0,05 (0,003 0,05) yang berarti ada pengaruh Pelukan Kupu-kupu pada tingkat kecemasan pada orang tua. Pelukan Kupu-kupu dilakukan dengan lembut bertepuk tangan, yang memberikan sensasi nyaman saat bernapas. Ini metode dapat mengaktifkan LHPA, merangsang hipotalamus dan hormon CRH Sekresi. ACTH diaktifkan dan merangsang produksi serotonin dan hormon endorfin yang membuat Anda merasa rileks dan aman, sehingga kecemasan menurun.
--	--	--	--	--	---

3.2.2.1 Pembahasan *Evidence Based Practice*

Berdasarkan hasil analisis dari pengkajian pada Ny. D dengan diagnosa medis *pre sectio caesarea* dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu ansietas. Untuk mengatasi masalah ansietas penulis melakukan intervensi terapi relaksasi dengan memberikan teknik relaksasi *butterfly hug*.

Relaksasi *butterfly hug* dilakukan selama 1 hari dengan frekuensi 2 kali dalam sehari namun bisa diulangi kembali bila masih merasa cemas. Preosedur intervensi *butterfly hug* ini dilakukan 2 kali, pertama saat masuk IGD ponok dan diukur tingkat kecemasannya terlebih dahulu menggunakan kuesioner APAIS dengan hasil skor 19 atau cemas berat menjadi skor 17 atau cemas sedang setelah diberikan *butterfly hug*. Kedua sebelum masuk ruang operasi diukur tingkat kecemasannya terlebih dahulu dengan hasil skor 17 atau cemas sedang dan setelah diberikan intervensi *butterfly hug* menurun menjadi skor 14 atau cemas sedang.

Didapatkan hasil setelah dilakukan teknik relaksasi *butterfly hug* klien mengatakan ansietas menurun. Dari ke 6 artikel diatas didapatkan hasil 5 artikel menyebutkan ada pengaruh terapi relaksasi *butterfly hug* terhadap penurunan kecemasan pada pasien *pre sectio caesarea*, sedangkan 1 artikel menyebutkan ada efektivitas *butterfly hug* terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien *pre sectio caesarea*.

Teknik *butterfly hug* ini menstimulasi sistem saraf otonom, khususnya cabang parasimpatis yang bertanggung jawab atas respons "Istirahat dan cerna (*rest and digest*)", berlawanan dengan respons "lawan atau lari" yang muncul saat kecemasan. Gerakan tepukan tangan secara bergantian di dada mengaktifkan saraf

vagus, yang berperan dalam regulasi emosi, detak jantung, dan pencernaan, sehingga menurunkan detak jantung dan menstabilkan pernapasan, menciptakan keadaan relaksasi. Selain itu, *butterfly hug* memengaruhi aktivitas amigdala, bagian otak yang mengatur respons ketakutan dan kecemasan, dengan menurunkan aktivitasnya, serta membantu menyeimbangkan hormon stres kortisol yang biasanya meningkat saat terjadi kecemasan (Nadidah et al., 2024).

Teknik relaksasi *butterfly hug* terbukti memiliki pengaruh penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi *sectio caesarea*. Teknik ini adalah cara relaksasi sederhana yang mudah diterapkan oleh klien yang mengalami cemas. *Butterfly hug* adalah salah satu metode terapi yang melibatkan memberikan afirmasi positif kepada diri sendiri untuk merasa lebih baik meliputi gerakan memeluk diri sendiri dengan menyilangkan lengan di dada, yang dapat memberikan rasa aman dan nyaman. Metode ini terbukti dapat meningkatkan kadar oksigen dalam darah dan membantu menciptakan rasa tenang dan nyaman. Hal ini sejalan dengan hasil telaahan yang dilakukan oleh penulis, bahwa relaksasi *butterfly hug* ada pengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre *sectio caesarea*.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 28 ibu pre operasi *sectio caesarea* di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta teknik relaksasi *butterfly hug* berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan yang dialami ibu pre operasi *sectio caesarea*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang diteliti oleh (Nurchayati, 2024) di dapatkan hasil bahwa ada efektivitas *butterfly hug* terhadap penurunan tingkat kecemasan pre operasi *sectio caesarea*. Hal ini sejalan dengan

hasil penelitian yang diteliti oleh (Ningsih et al., 2024) di dapatkan hasil ada pengaruh yang signifikan terapi *Butterfly Hug* terhadap tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi proses persalinan pre op *sectio caesarea*. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Intan et al., 2024) di dapatkan hasil adanya pengaruh terapi relaksasi butterfly hug terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi *sectio caesarea*. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Susanti et al., 2025) di dapatkan hasil adanya pengaruh terapi relaksasi *butterfly hug* terhadap penurunan tingkat kecemasan. Sejalan dengan hasil penelitian yang diteliti oleh (Girianto et al., 2021) di dapatkan hasil adanya pengaruh terapi relaksasi butterfly hug terhadap penurunan tingkat kecemasan.

Hasil observasi di lapangan menunjukkan bahwa intervensi *butterfly hug* berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pada ibu pre operasi *sectio caesarea*. Namun demikian, penurunan kecemasan yang terjadi tidak dapat dikaitkan secara tunggal hanya pada teknik butterfly hug, melainkan merupakan hasil interaksi berbagai faktor lain. Faktor internal seperti kesiapan klien dalam menerima intervensi, mekanisme koping yang dimiliki, serta dukungan spiritual terbukti turut memengaruhi kemampuan dalam mengendalikan kecemasan.

Selain itu, dukungan eksternal berupa kehadiran keluarga, komunikasi terapeutik dari tenaga kesehatan, serta kondisi lingkungan yang kondusif memberikan rasa aman dan kenyamanan selama proses intervensi. Faktor pendukung lain seperti edukasi kesehatan, distraksi musik, maupun terapi sederhana yang diberikan bersamaan dengan butterfly hug juga dapat memperkuat hasil yang dicapai.

Temuan ini sejalan dengan teori *Lazarus & Folkman* (1984) yang menyatakan bahwa kecemasan dipengaruhi oleh interaksi antara individu dengan lingkungannya, dimana faktor koping, dukungan sosial, dan persepsi individu terhadap stresor berperan penting dalam penurunan kecemasan. Hasil penelitian juga didukung oleh studi yang dilakukan oleh Shapiro (2019) yang menjelaskan bahwa teknik *butterfly hug* efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan karena mampu merangsang sistem saraf parasimpatis, namun efek maksimal biasanya diperoleh jika intervensi ini dikombinasikan dengan dukungan emosional dan lingkungan yang aman.

Penelitian lain oleh Sari & Utami (2021) juga melaporkan bahwa intervensi relaksasi pada pasien pra-operasi lebih efektif menurunkan kecemasan apabila disertai dengan edukasi kesehatan dan pendampingan keluarga. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa *butterfly hug* merupakan salah satu metode relaksasi yang efektif, namun efektivitasnya akan lebih optimal apabila dikombinasikan dengan intervensi lain seperti Terapi Dzikir serta dukungan menyeluruh dari keluarga, tenaga kesehatan, dan lingkungan.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pre operasi *sectio caesarea* indikasi bayi besar pada Ny. D dari tanggal 19 Maret 2025 sampai tanggal 21 Maret 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan terapi relaksasi : relaksasi *butterfly hug* di ruang IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan terapi relaksasi : relaksasi *butterfly hug* di ruang IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan terapi relaksasi : relaksasi *butterfly hug* di ruang IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan terapi relaksasi : relaksasi *butterfly hug* di ruang IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan terapi relaksasi : relaksasi *butterfly hug* di ruang IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut.

- f. Penulis mampu melakukan dan menganalisis *evidence based practice* pada penerapan intervensi terapi relaksasi : relaksasi *butterfly hug* di ruang IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut.
- g. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pre *sectio caesarea* pada Ny. D dengan terapi relaksasi : relaksasi *butterfly hug* di ruang IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut.

4.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Perawat

Dengan adanya Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini penulis dapat mengembangkan pengetahuan serta wawasan khususnya mengenai ilmu riset keperawatan maternitas. Dan bagi perawat bisa menerapkan terapi nonfarmakologis yaitu relaksasi *butterfly hug* dapat menjadi acuan alternatif intervensi penurunan kecemasan pada pasien pre operasi *sectio caesarea*.

3. Bagi Tempat Pelayanan

Dapat dijadikan pertimbangan pihak rumah sakit khususnya ruang IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut untuk mrnggunakan penatalaksanaan non farmakologi dalam memberikan asuhan keperawatan mengurangi rasa cemas pada pasien operasi seperti pre operasi *sectio caesarea* dengan menggunakan teknik relaksasi *butterfly hug* dan dijadikan sebagai acuan untuk pembuatan SOP di ruangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dealova, A., Heri Wibowo, T., Nova Handayani, R., Studi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Fakultas Kesehatan, P., & Harapan Bangsa Abstract, U. (2024). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Sectio Caesarea (SC) Pra Spinal Anestesi Di Rumah Sakit Umum Daerah Kebumen. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 10(7), 221–231. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11059026>
- Girianto, P. W. R., Widayati, D., & Agusti, S. S. (2021). Butterfly Hug to Reduce Anxiety in Pregnant Women Before Caesarean Section Operation. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 8(3), 295–300. <https://doi.org/10.26699/jnk.v8i3.art.p295-300>
- Hastutining Fitri, D., Umarianti, T., & Wijayanti, W. (2023). Efektivitas Kompres Hangat terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(4), 1189–1200. <https://doi.org/10.32583/pskm.v13i4.1159>
- Hidayat, Fakolade, O. A & Atanda, A. I. (2022). Literature review Literature review. *Literature Review*, 7(November), 33–37.
- Intan Putri Yumanita Wardani, Septian Mixrova Sebayar, A. B. (2024). *The Effect Of Butterfly Hug on Reducing Anxiety in Pre-Operation Patients at Jatiwinangun Hospital, Purwokerto*. 10(23), 321–327.
- Nadidah, N., Dita, F., Chairani, R., Nadidah, N., & Dita, F. (2024). *Pengaruh Terapi Butterfly Hug Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Laparotomi*. 113–122. <https://doi.org/10.36082/jhcn.v4i2.1877>
- Ningsih, W. W., Novianti, R., & Faddila, S. P. (2024). *Pengaruh Terapi Butterfly Hug Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menghadapi Proses Persalinan Pre Sectio Caesarea Di Rsud Karawang Tahun 2024*. 43, 1–7.
- Novalia. (2024). *Penerapan Teknik Butterfly Hug Untuk Meredakan Kecemasan Dalam Pembelajaran Bahasa Indonesia*. 1(5), 403–410.

- Nurcahyati, S. (2024). *Efektivitas terapi musik dan butterfly hug terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi sectio caesarea di rsu wijayakusuma kebumen.*
- Putri, L., Kurniawan, S. T., & Listiyanawati, M. D. (2023). Pengaruh Metode Self Healing Dengan Tehnik Butterfly Hug Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta Lidya. *Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 56, 1–9.
- Relica, C., & Mariyati. (2024). Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal. *Peran Mikronutrisi Sebagai Upaya Pencegahan Covid-19*, 14(3), 75–82.
<https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/1979/1260>
- Septiana, M., & Sapitri, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea. *Lentera Perawat*, 1(2), 88–97.
<https://jurnal.stikesalmaarif.ac.id/index.php/lenteraperawat/article/view/143>
- Susanti, Y., Candra, E. L., Anggraeni, R., Jati, R. P., & Ph, L. (2025). *The Effect of Self-Healing Butterfly Hug on Anxiety Levels*. 8(2), 407–418.
- Sutejo. (2020). Asuhan keperawatan pada Ansietas. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2, 4–14.
- Ummah, M. S. (2019). Konsep Dasar Penyakit Makrosomia. *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1–14.
http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regs-ciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_Sistem_Pembetulan_Terpusat_Strategi_Melestari
- WHO. (2021). *Konsep Dasar Kehamilan*. 40, 1–23.
- PPNI. (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI. (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta :
Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Lampiran 1



*Lampiran 2***LEMBAR KUESIONER PENELITIAN****Petunjuk Pengisian**

1. Mohon bantuan untuk menjawab semua pertanyaan yang sudah disediakan di lembar kuesioner
2. Berilah tanda centang (✓) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan keadaan sebenarnya
3. Sebelum mengumpulkan kuesioner mohon memeriksa kembali jawaban dari kuesioner yang sudah terisi.
4. Jika dirasa kurang mengerti bisa ditanyakan kepada peneliti

A. Data Umum Responden

1. Nama : Ny.D
2. Usia : 30 Tahun
3. Pekerjaan : IRT
5. Pendidikan terakhir :
6. Pernahkah anda memiliki Riwayat operasi sebelumnya :
Ya ☐
Tidak ✓ ☐
Operasi yang ke berapa :

B. Kuesioner amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)

Saat masuk IGD PONEK

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali (1)	Sedikit (2)	Tidak terlalu (3)	Agak (4)	Sangat (5)
1	Saya takut dibius			√		
2	Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan			√		
3	Saya ingin tahu lebih banyak tentang pembiusan		√			
4	Saya takut dioperasi				√	
5	Saya terus menerus memikirkan tentang operasi			√		
6	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang operasi				√	
Total nilai		19				

Hasil : Cemas Berat

1-6 : Tidak Cemas

7-12 : Cemas Ringan

13-18 : Cemas Sedang

19-24 : Cemas Berat

25-30 : Panik

Setelah Dilakukan *Butterfly Hug*

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali (1)	Sedikit (2)	Tidak terlalu (3)	Agak (4)	Sangat (5)
1	Saya takut dibius			√		
2	Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan			√		
3	Saya ingin tahu lebih banyak tentang pembiusan		√			
4	Saya takut dioperasi			√		
5	Saya terus menerus memikirkan tentang operasi			√		
6	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang operasi			√		
Total nilai		17				

Hasil : Cemas Sedang

1-6 : Tidak Cemas

7-12 : Cemas Ringan

13-18 : Cemas Sedang

19-24 : Cemas Berat

25-30 : Panik

Sebelum Masuk Ruang Operasi

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali (1)	Sedikit (2)	Tidak terlalu (3)	Agak (4)	Sangat (5)
1	Saya takut dibius		√			
2	Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan		√			
3	Saya ingin tahu lebih banyak tentang pembiusan		√			
4	Saya takut dioperasi			√		
5	Saya terus menerus memikirkan tentang operasi		√			
6	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang operasi			√		
Total nilai		14				

Hasil : Cemas Sedang

1-6 : Tidak Cemas

7-12 : Cemas Ringan

13-18 : Cemas Sedang

19-24 : Cemas Berat

25-30 : Panik

Lampiran 3

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



▪ **Identitas Diri**

Nama : Ai Resti
 Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 31 Januari 2002
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Alamat : Kp. Sodongkamal Rt 01/Rw 08, Ds. Jagabaya, Kec. Mekarmukti, Kab. Garut

▪ **Riwayat Pendidikan**

2008-2014 : SDN Jagabaya 2
 2014-2017 : SMP PGRI Mekarmukti
 2017-2020 : SMAN 29 Garut
 2020-2024 : STIKes Karsa Husada Garut Prodi S1 Keperawatan
 2024-2025 : STIKes Karsa Husada Garut Prodi Profesi Ners

▪ **Riwayat Penelitian/Karya Tulis**

1. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Pembangunan
2. Analisis Asuhan Keperawatan Pre Operasi Sectio Caesarea Indikasi Bayi Besar Pada Ny. D G3P1A1 Dengan Terapi Relaksasi: Butterfly Hug Terhadap Tingkat Kecemasan Di Ruang IGD PONEK RSUD Dr Slamet Garut