

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S (P1A0) POD 0 *POST SECTIO*
CAESAREA ATAS INDIKASI *CEPHALOPELVIC DISPROPORTION* (CPD) DI
RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Untuk Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan**

Disusun oleh:

VALEN MAULANI

KHGA20078



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

TAHUN 2023

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S (P1A0) POD 0 *POST
SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI *CEPHALOPELVIC
DISPROPORTION* (CPD) DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET
GARUT

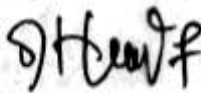
NAMA : VALEN MAULANI

NIM : KHGA20078

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S (P1A0) POD 0 *POST*
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI *CEPHALOPELVIC*
DISPROPORTION (CPD) DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET
GARUT

NAMA : VALEN MAULANI

NIM : KHGA20078

Garut, Juni 2023

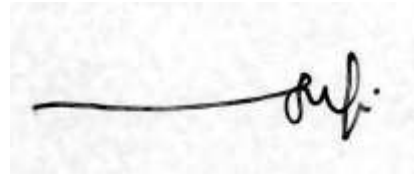
Menyetujui,

Penguji I



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Penguji II



Eti Suliyawati S.Kep., M.Si.

Mengetahui,

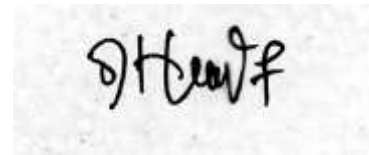
**Ketua Program Studi DIII
Keperawatan STIKes KARSA
HUSADA GARUT**



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan,

Pembimbing



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

ABSTRAK

IV BAB, 97 Halaman, 10 Tabel

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P1A0) 5 jam post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”. Alasan penulis melakukan asuhan keperawatan pada kasus ini karena angka kasus *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* di Rumah Sakit RSUD dr. Slamet Garut dari rentang bulan Januari sampai April berjumlah 36 kasus dengan persentase 11% dan menempati urutan ke-4, artinya bahwa kasus *sectio caesarea* atas indikasi CPD cukup banyak di kota Garut. Metode penulisan yang digunakan penulis merupakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus selama 3 hari di Rumah Sakit. Tujuannya adalah memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada ibu *post sectio caesareea* atas indikasi *cephalopelvic dispropotion* (CPD) secara langsung dan komprehensif meliputi biologi, psikologi, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan. *sectio caesarea* merupakan suatu tindakan pembedahan (laparatomi dan histerektomi) untuk membantu kelahiran bayi dan plasenta. Komplikasi yang dapat terjadi pada klien *post sectio caesarea* yaitu, infeksi, perdarahan dan komplikasi lanjutan. Masalah yang ditemukan pada NY. S adalah Nyeri Akut, Gangguan Mobilitas Fisik dan Resiko Infeksi. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, adapun intervensi serta implementasi pada pasien *post sectio caesarea* sebagian besar diambil sesuai pada konsep dasar BAB II. Hasil evaluasi yang didapatkan selama penulis melaksanakan asuhan keperawatan mulai tanggal 05-07 April 2023 dari 3 masalah yang muncul 2 masalah teratasi dan 1 masalah teratasi sebagian. Kesimpulan yang didapatkan yaitu penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

Kata Kunci : *Cephalopelvic Disproportion, Sectio caesarea, post partum*
Daftar Pustaka : 22 (2013-2023)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P1A0) POD 0 *Post Seectio Caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”.

Tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Penulisan Karya Tulisan ini tidak lepas dari dukungan, bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut yang telah menyediakan fasilitas sarana pendidikan dan juga sebagai sosok motivator bagi penulis untuk bisa menyelesaikan pendidikan ini.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan fasilitas dan sarana bagi mahasiswa/i untuk berkembang menuntut ilmu baik akademik maupun non akademik.

3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep. selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah membimbing, mendidik dan memberi motivasi bagi penulis maupun mahasiswa/i lain.
4. Ibu Eva Daniati, S. Kep., Ners, M. Pd., selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staf dosen dan karyawan Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ibu Ismi Wulandari S.Kep., Ners. Yang telah membantu dan membimbing penulis selama praktek keperawatan di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
7. Ny. S dan keluarga yang telah bersedia dan memberikan klien informasi serta kesempatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan
8. Kedua orang tua yaitu ayahanda Enjeng Subardja dan ibunda Yani Mulyani serta kedua kakak yaitu Eka Setia Pratama dan Andri Setiawan, kaka ipar Dini Ginayah dan Keponakan Seina Almahyra Meca, yang telah memberikan dorongan serta dukungan secara tulus baik secara moril maupun materi sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Nadya Lestari, Novia Rahmawati, Syifa Hikmah Fauziah dan Riani Nurpadilah yang telah tulus menemani, sabar, dan menghibur serta memberi dukungan kepada penulis.

10. Rekan-rekan program studi DIII Keperawatan angkatan 27 khususnya kelas 3B yang telah menemani penulis selama proses pendidikan.
11. Semua pihak yang telah memberi dukungan serta membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
12. Teruntuk jodoh penulis kelak, salah satu alasan penulis menyelesaikan KTI dan pendidikan ini sebagai upaya memantaskan diri, meskipun saat pendidikan dan penyusunan KTI ini penulis tidak mengetahui kamu berada di bumi bagian mana dan menggenggam tangan siapa karena Ali bin Abi Thalib pernah berkata “sesuatu yang menjadi takdirmu akan mencari jalannya untuk menemukanmu”, begitupun seperti kata bapak BJ. Habibie “kalau kamu memang dilahirkan untuk saya, dia jungkir balikpun tetap saya yang dapat”.
13. Valen Maulani, apresiasi sebesar-besarnya karena telah bertanggung jawab terhadap apa yang telah dimulai. Terima kasih karena terus berusaha dan tidak menyerah, menjalani setiap prosesnya yang bisa dibilang tidak mudah.
Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik. Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR BAGAN.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan	6
C. Metode Telaahan.....	7
D. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II.....	10
TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar Teori.....	10
1. Cephalopelvic Disproportion.....	10
2. Sectio caesarea.....	16
3. Masa Nifas.....	23
B. Konsep Asuhan Keperawatan	32
1. Pengkajian	32
2. Diagnosa Keperawatan.....	45

3. Intervensi keperawatan	46
4. Implementasi keperawatan	61
5. Evaluasi keperawatan	61
6. Dokumentasi.....	62
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	63
A. TINJAUAN KASUS	63
1. Pengkajian	63
2. Diagnosa Keperawatan.....	75
3. Intervensi Keperawatan.....	77
4. Implementasi Keperawatan	80
5. Catatan Perkembangan	83
B. Pembahasan.....	87
1. Tahap Pengkajian	87
2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	88
3. Tahap Intervensi keperawatan.....	90
4. Tahap Implementasi Keperawatan	92
5. Tahap Evaluasi Keperawatan	94
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	96
A. Kesimpulan	96
B. Rekomendasi.....	97
DAFTAR PUSTAKA	99
LAMPIRAN- LAMPIRAN.....	101

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Presentase Sectio Caesarea dengan berbagai indikasi dari bulan Januari sampai April 2023 di RSUD dr. Slamet Garut.....	4
Tabel 2. 1 Analisa Data.....	42
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	47
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari	72
Tabel 3. 2 Hasil Tes Laboratorium	73
Tabel 3. 3 Terapi Medis	74
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	74
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan.....	77
Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	80
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	83

DAFTAR BAGAN

Bagan Pathway <i>cephalopelvic disproportion</i>	19
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

LEMBAR BIMBINGAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

LEAFLET

RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Angka kematian ibu di dunia sangat tinggi, sekitar 287.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2020. Hampir 95% kematian ibu terjadi di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah. Tingginya angka kematian ibu di beberapa wilayah di dunia mencerminkan ketidaksetaraan akses layanan kesehatan berkualitas dan menyoroti kesenjangan ekonomi. Angka kematian ibu di negara berpenghasilan rendah pada tahun 2020 adalah 430 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 121 per 100.000 kelahiran hidup di negara berpenghasilan tinggi. (WHO, 2023)

Angka kematian ibu/*Maternal Mortality Ratio* (MMR) pada hasil *Long Form* Sensus Penduduk (SP) 2020 menunjukkan angka kematian ibu di Indonesia sebesar 189 yang artinya terdapat 189 kematian wanita pada saat hamil, saat melahirkan atau masa nifas per 100.000 kelahiran hidup. Dibandingkan dengan SP2010 dan SP2015, angka kematian ibu Indonesia menunjukkan tren menurun. Penurunan angka kematian ibu dari hasil SP2010 dan SP2020 mencapai 45%. (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan laporan dari kabupaten/kota di provinsi Jawa Barat angka kematian ibu pada tahun 2019 sebesar 684 kasus dan pada tahun 2020 mengalami

peningkatan sebanyak 61 kasus yaitu 745 kasus. Angka kematian pada tahun 2020 di provinsi Jawa Barat yaitu 85,77 per 100.000 kelahiran hidup. (Dinkes Jabar, 2021). Strategi yang dilakukan dalam menurunkan angka kematian ibu adalah peningkatan kualitas layanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, peningkatan kualitas pelayanan obsetri dan emergensi ditingkat pelayanan dasar (PONED) dan tingkat pelayanan rujukan/primmer (PONEK). (Dinkes Jabar, 2022).

Angka kematian ibu di kabupaten Garut pada tahun 2022 terjadi 59 kasus, mengalami penurunan sekitar 47,52% dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu 112 kasus. (Dinkes Garut, 2023). Berdasarkan penelitian Oktaviani, dkk. 2019, dengan judul Analisis penyebab kematian maternal di kabupaten Garut, penyebab kematian maternal di kabupaten Garut adalah penyebab yang dapat dicegah, yaitu 96%, disebabkan oleh multi faktor, yang didominasi oleh faktor tenaga kesehatan. Faktor pasien disebabkan oleh karakteristik ibu yang beresiko serta adanya persepsi negatif terhadap fasilitas kesehatan, sedangkan faktor pasien lebih kepada kurangnya konseling yang efektif dan tingkat kepatuhan tenaga kesehatan terhadap kewenangan yang dimiliki dalam memberikan asuhan.

Salah satu faktor pasien yang menjadi penyebab kematian maternal karena partus macet adalah *cephalopelvic disproportion*. Persalinan macet yang tidak segera ditangani atau terabaikan akan menimbulkan komplikasi maternal. *Cephalopelvic disproportion* (CPD) adalah kondisi ukuran panggul yang sempit dimana kondisi tersebut terjadi diakibatkan oleh diameter anterior posterior

panggul dibawah ukuran normal, abnormalitas panggul akibat dari infeksi tulang panggul, dan kecelakaan (rukiyah & yulianti, 2015). Maka dari itu penatalaksanaan pada ibu dengan diagnosa CPD dengan dilakukan pembedahan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi dari kematian.

Indikasi *cephalopelvic disproportion* dapat dikategorikan indikasi absolut atau relative untuk kejadian *sectio caesarea* terutama bila ditemukan pada ibu primipara. Setiap indikasi absolut dilakukan *sectio caesarea* karena keadaan yang membuat kelahiran melewati jalan lahir tidak memungkinkan. Diantaranya adalah kesempitan panggul atau *cephalopelvic disproportion* yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Kelahiran melalui jalan lahir dapat terlaksana pada indikasi relative dengan keadaan sedemikian rupa sehingga kelahiran dengan *sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu dan bayi. Apabila persalinan dengan indikasi *cephalopelvic disproportion* berlangsung tanpa bantuan medis akan menimbulkan bahaya bagi ibu dan janin, diantaranya partus lama atau partus tak maju, *moulage* yang berlebihan pada kepala janin yang menyebabkan perdarahan intracranial atau *fraktur os parietalis*, ruptur uteri, perdarahan post partum, anemia, syok, sepsis, ruptur dan cedera kandung kemih, fistula, laserasi perinium dan serviks, genitouri, depresi post partum, dan kematian. (Hayati, dkk., 2023). Untuk menghindari komplikasi maka dilakukan tindakan *sectio caesarea*.

Sectio caesarea adalah persalinan janin melalui sayatan perut terebuka (laparatomi) dan sayatan didalam rahim (histerotomi). (Sung and Mahdy,2020).

Section caesarea adalah suatu pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus ibu. Juga merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin (Ayuningtyas dkk.,2018).

Berdasarkan hasil data RISKESDAS tahun 2018, angka ibu melahirkan dengan tindakan *sectio caesarea* di Jawa Barat sebanyak 15,5% dari 15.043 angka kelahiran. Berdasarkan laporan buku Register RSUD dr.Slamet Garut angka tindakan *sectio caesarea* pada bulan Januari sampai April sebanyak 341 kasus. Adapun data persentase tindakan *sectio caesarea* dengan berbagai kasus dapat dilihat pada tabel 1.1 sebagai berikut ini:

Tabel 1. 1
Presentase post Sectio Caesarea dengan berbagai indikasi dari bulan Januari sampai April 2023 di RSUD dr. Slamet Garut

No	Kasus	Jumlah	Persentase
1	SC atas indikasi PEB	70	21%
2	SC atas indikasi Ketuban Pecah Dini	49	14%
3	SC atas indikasi Gawat Janin	45	13%
4	SC atas indikasi <i>Cephalopelvic Disproportion</i> (CPD)	36	11%
5	SC atas indikasi Letak Sungsang	35	10%
6	SC atas indikasi Plasenta Previa	26	8%
7	SC atas indikasi Prematur	23	7%
8	SC atas indikasi Partus Maturus Lama	19	6%
9	SC atas indikasi Eklamsi	12	4%
10	SC atas indikasi Plasenta Previa Total	9	3%
11	SC atas indikasi Bayi Besar	7	2%
12	SC atas indikasi Gagal Induksi	4	1%
13	SC atas indikasi Serotinus	3	1%
14	SC atas indikasi Lintang	3	1%
Total		341	100%

Sumber: buku Register RSUD dr.Slamet Garut (2023)

Berdasarkan data tabel 1.1 diatas dapat dilihat angka kasus *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disprportion* di Rumah Sakit RSUD dr. Slamet Garut dari rentang bulan Januari sampai April berjumlah 36 kasus dengan persentase 11% dan menempati urutan ke-4, artinya bahwa kasus *sectio caesarea* atas indikasi CPD cukup banyak di kota Garut.

Tindakan operasi ini membutuhkan perawatan intensif untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca operasi. Adapun komplikasi yang mungkin terjadi dari tindakan *sectio caesarea* adalah resiko infeksi, perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (broad ligamen). Infeksi pada traktus genetalia, pada insisi, traktus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratori atas. (pulungan dkk.,2020). Sehingga hal tersebut berdampak terhadap kebutuhan dasar manusia diantaranya untuk kebutuhan nutrisi, aktivitas, istirahat dan tidur.

Berdasarkan data diatas maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *sectio caesarea* dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada ibu *post sectio caesareea* atas indikasi *cephalopelvic dispropotion* (CPD) secara langsung dan komprehensif meliputi biologi, psikologi, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penulisan Karya Tulis Ilmiah adalah penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian yang meliputi biologi, psikologi, sosial dan spiritual pada Ny. S (P1A0) POD 0 *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan prioritas masalah pada Ny. S (P1A0) POD 0 *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Membuat rencana asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi dari setiap tindakan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut

C. Metode Telaahan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus, sedangkan teknik pengumpulan data pada kasus ini sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara merupakan proses interaksi antara satu orang dengan orang lainnya yang bertujuan untuk memperoleh data.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaann fisik adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan pada klien dari ujung rambut hingga telapak kaki.

3. Observasi

Adalah metode pengumpulan data dengan mengamati secara langsung menggunakan panca indra yang dimiliki dengan mengamati perilaku dan keadaan untuk memperoleh data tentang perkembangan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

4. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mempelajari data-data klien, seperti data hasil test laboratorium, data-data penunjang lain dan dokumentasi keperawatan klien saat dilakukan tindakan keperawatan sebelumnya.

5. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teori-teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai dasar acuan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam laporan studi kasus ini terdiri dari 4 BAB dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I yang menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II menjelaskan konsep dasar tentang asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) yang terdiri

dari definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, komplikasi, dan konsep dasar sectio saesarea.

BAB III menjelaskan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan serta pembahasan permasalahan yang muncul dalam proses pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Cephalopelvic Disproportion

a. Pengertian *Cephalopelvic Disproportion*

Cephalopelvic disproportion (CPD) adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Hal ini dapat disebabkan karena panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya (Cunningham, 2014).

Cephalopelvic disproportion merupakan keadaan yang menggambarkan ketidakseimbangan antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak bisa keluar melalui vagina disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar atau keduanya.(Pahlavi, Sari, Ramkita, 2017).

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa *cephalopelvic disproportion* adalah kondisi ketidaksesuaian antara ukuran janin dengan ukuran pelvis, hal itu dikarenakan ukuran panggul yang terlalu sempit atau ukuran janin yang terlalu besar dan bisa saja terjadi antara keduanya, sehingga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami dan harus dilakukan tindakan operasi.

b. Etiologi

Menurut (Mardiyaini dan Dewi 2022):

- 1) Kelainan karena gangguan pertumbuhan
 - a) Panggul sempit seluruh: semua ukuran kecil.
 - b) Panggul picak: ukuran muka belakang sempit, ukuran melintang biasa.
 - c) Panggul sempit picak: semua ukuran kecil tapi terlebihnya ukuran muka belakang.
 - d) Panggul corong: pintu atas panggul biasa, pintu bawah panggul sempit
 - e) Panggul belakang: *syphyse* terbuka.
- 2) Kelainan karena tulang panggul atau sendi
 - a) Panggul *rachitis* panggul picak, panggul sempit, seluruh panggul sempit picak dan lain-lain.
 - b) Panggul *osteomalacci*: panggul sempit melintang.
 - c) Radang *articulatio sarcoiliaca*: panggul sempit miring.
- 3) Kelainan panggul disebabkan kelainan belakang
 - a) *Kyphose* didaerah tulang pinggang menyebabkan pangggul corong.
 - b) *Sciliose* didaerah tulang panggul menyebabkan panggul sempit miring.
- 4) Kelainan panggul disebabkan kelainan anggota bawah coxitis, luxation atrofia.

c. Tanda dan gejala

Menurut Padila (2015), tanda dan gejala pada *cephalopelvic disproportion* adalah sebagai berikut:

- 1) Primipara kepala anak belum turun setelah minggu ke 36.
- 2) Pada primipara perut menggantung.
- 3) Pada ultipara persalinan yang dulu-dulu sulit.
- 4) Kelainan letak pada hamil tua.
- 5) Kelainan bentuk badan (cebol, *scoliose*, pincang, dll).

d. Anatomi Panggul

Menurut Herdiati (2017), Pelvis (panggul) terdiri dari empat tulang yaitu sacrum, koksigeus, dan dua tulang inominata yang terbentuk oleh fusi ilium, iskium dan pubis. Tulang-tulang inominata bersendi dengan sacrum pada sinkondrosis sakroiliaka dan bersendi dengan tulang inominata sebelahnya di simfisis pubis.

Secara fungsional panggul terdiri dari 2 bagian yang disebut pelvis mayor dan pelvis minor. Panggul memiliki 4 bidang imajiner diantaranya:

- 1) Bidang pintu atas panggul (*pelviv inlet, aperture pelvissuperior*)
- 2) Bidang panggul tengah (*midpelvic*, dimensi panggul terkecil)
- 3) Bidang pintu bawah panggul (*pelvic outlet, apertura pelvic inferior*)
- 4) Bidang dengan dimensi panggul terbesar (tidak memiliki arti klinis)

Dalam obstetric dikenal 4 jenis panggul dengan ciri-ciri pentingnya, yaitu:

- 1) Panggul *ginekoid* dengan pintu atas panggul yang bundar, atau dengan diameter transversal yang lebih panjang sedikit daripada diameter anteroposterior dan dengan panggul tengah serta pintu bawah panggul yang cukup luas.
- 2) Panggul *anthropoid* dengan diameter anteroposterior yang lebih panjang daripada diameter transversal dan dengan arkus pubis menyempit sedikit.
- 3) Panggul *android* dengan pintu atas panggul yang berbentuk sebagai segitiga berhubungan dengan penyempitan kedepan, dengan spina iskiadika menonjol kedalam dan dengan arkus pubis menyempit
- 4) Panggul *platipelloid* dengan diameter anteroposterior yang jelas lebih pendek daripada diameter transvesa pada pintu atas panggul dengan arkus pubis yang luas.

e. Patofisiologi

Tulang-tulang panggul terdiri dari os koksa, os sacrum, dan os koksigis. Os koksa dapat dibagi menjadi os ilium, os iskiur, dan os pubis, tulang-tulang ini satu dengan lainnya berhubungan. Di depan terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri, disebut simfisis. Dibelakan terdapat artikulasio sakro-iliaka yang menghubungkan os sacrum dengan dengan os ilium.

Pada wanita, diluar kehamilan artikulasi ini hanya memungkinkan pergeseran sedikit, tetapi pada kehamilan dan waktu persalinan dapat

bergeser lebih jauh dan lebih longgar, misalnya ujung koksigis dapat bergerak kebelakang sampai sejauh lebih kurang 2,5 cm. hal ini dapat dilakukan bila ujung os koksigis menonjol ke depan pada saat partus, dan pengeluaran kepala janin dengan cunam ujung os koksigis itu dapat ditekan kebelakang. (Riskiyati, 2017).

f. Pemeriksaan penunjang

Menurut Prawirahardjo (2013):

Pemeriksaan radiologi

Untuk pelvimetri dilakukan 2 pengambilan foto

- 1) Foto atas panggul, ibu dalam posisi setengah duduk, sehingga tabung rontgen tegak lurus datar pintu atas panggul.
- 2) Foto lateral, ibu dengan posisi berdiri, tabung rontgen diarahkan horizontal pada trochanter mayi samping.

g. Komplikasi

Menurut Sofyan (2019) menjelaskan bahwa komplikasi yang disebabkan oleh *cephalopelvic disproportion* (CPD) adalah sebagai berikut:

- 1) Pada ibu: persalinan akan berlangsung lama, sering dijumpai ketuban pecah dini (KPD), karena kepala tidak mau turun dan sering terjadi tali pusat menumbung, sering terjadi inertia uteri sekunder, pada panggul sempit menyeluruh bahkan sering didapati inertia uteri sekunder, partus yang lama akan menyebabkan peregangan segmen bawah

rahim dan bila berlarut-larut menyebabkan ruptur uteri, dapat terjadi simfiolisis, partus lama mengakibatkan oedema dan hematoma jalan lahir yang kelak dapat menjadi nekrotik dan dapat terjadi fitsula.

- 2) Pada anak: infeksi intrapartal, kematian janin intra partal, moulage kepala berlangsung lama, prolaps funipuli, perdarahan intracranial, *caput succedaneum sefalo-hematoma* yang besar, robekan pada tentorium selebri dan perdarahan otak karena *moulage* yang hebat dan lama, serta fraktur pada tulang kepala akibat tekanan.

h. Penatalaksanaan

Menurut winkjosastro (2016):

- 1) Partus percobaan
 - a) Suatu tes terhadap kekuatan his dan daya akomodasi termasuk *moulage* kepala janin.
 - b) Syarat partus percobaan adalah bayi dengan letak kepala hidup (letak belakang kepala), his adekuat normal, serviks uteri lunak, adanya keraguan terhadap *cephalopelvic disproportion*, ibu sadar, tidan ada infeksi intrapartum.
 - c) Partus percobaan dimulai pada pembuatan sekurang-kurangnya 2jari/4cm per fase laten dan his sudah teratur.
- 2) *Sectio caesarea*

Section caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut

atau vagina atau *sectio caesarea* adalah suatu histerotomia melahirkan janin dari dalam rahim.

3) *Simfisiotomi*

Simfisiotomi adalah sebuah operasi untuk memperbesar kapasitas pelvis dengan memotong jaringan ikat tulang pubis dibagian depan pelvis.

2. *Sectio caesarea*

a. Pengertian

sectio caesarea adalah suatu tindakan pengeluaran janin dan plasenta dengan tindakan insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh. (Ratnawati, 2016).

Sectio caesarea merupakan suatu teknik untuk melahirkan bayi melalui pembedahan (laparotomi dan histerektomi) (cunningham, 2018).

Sectio caesarea merupakan metode pembedahan untuk membantu kelahiran janin dengan membuka dinding abdomen dan uterus untuk melahirkan janin dalam rahim (Padila, 2015).

Dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan suatu tindakan pembedahan (laparotomi dan histerektomi) untuk membantu kelahiran bayi dan plasenta.

b. Etiologi

1) Penyebab yang berasal dari ibu

Dalam primigravida menggunakan kelainan letak, *disproporsi sefalo pelvic* (disproporsi janin atau panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk sebelumnya, masih adanya kesempita panggul, plasenta previa terutama dalam primigravida, solutio plasenta taraf I-II, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan bepergian persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya.

2) Penyebab yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal posisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi. (Nurarif, 2015).

c. Patofisiologi

Seseorang yang baru saja menjalani operasi karena adanya nyeri akan cenderung untuk bergerak lebih lambat. Rasa sakit akan membuat klien enggan untuk menggerakkan badannya, apalagi turun dari tempat tidur. Klien pasca *sectio caesarea* diruang pemulihan, saat klien sadar dengan anastesi umum atau regional mulai hilang akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat. Hal ini yang akan mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini yang kurang baik. (Ruwadya, 2015).

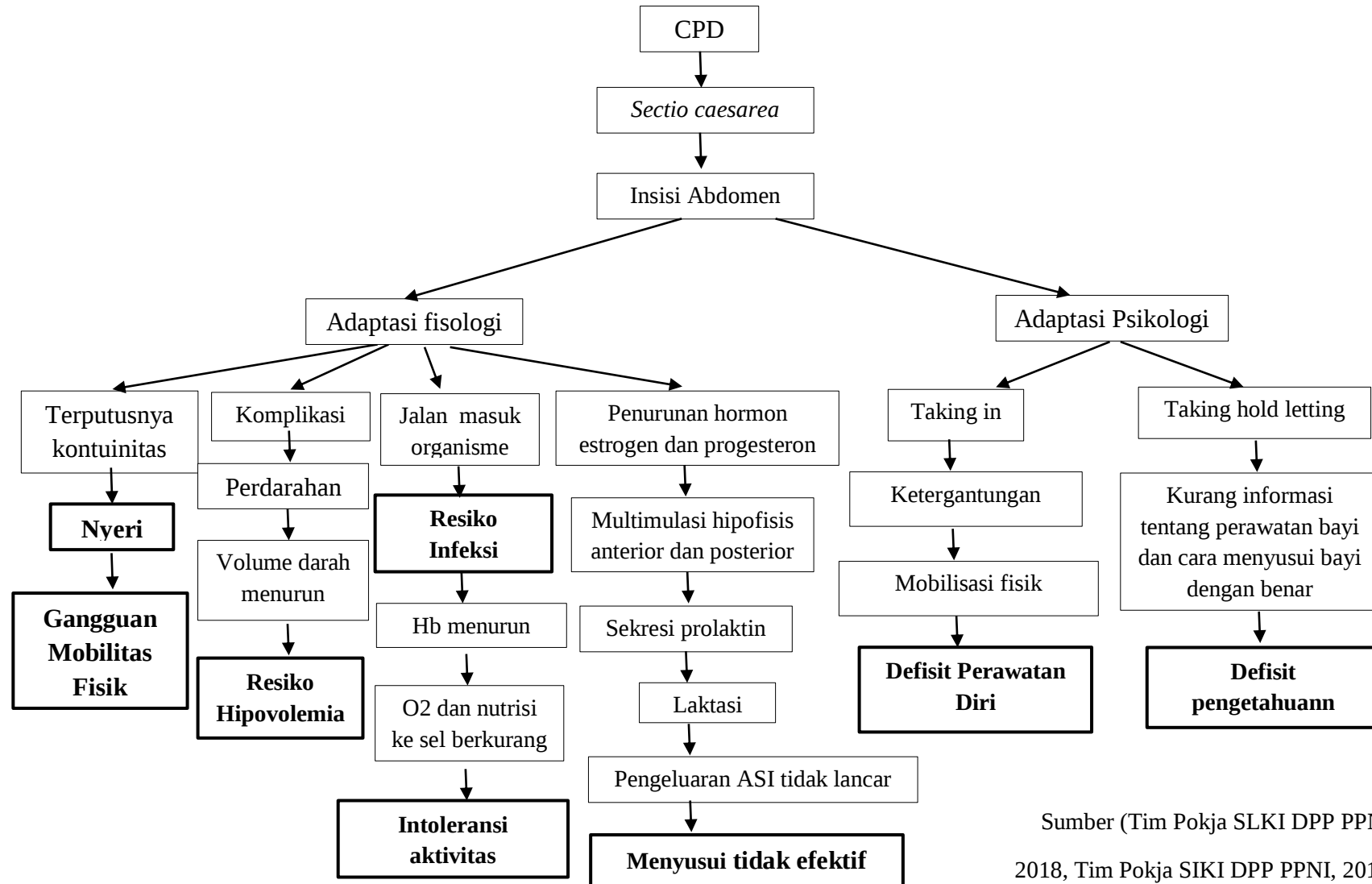
Setelah persalinan *sectio caesarea*, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak disebabkan oleh tindakan pembedahan *sectio caesarea* yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu memilih untuk tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah. Hal ini yang membuat ibu tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan *personal hygiene* seperti aktivitas mandi (Atoy et al., 2019).

Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini dapat merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan sering terbangun saat tidur, setelah proses pembedahan daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan luka operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah resiko infeksi (Mitayani, 2016).

Setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dari aspek fisiologi yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit. (Aspiani, 2017).

d. Pathway

Bagan 1. 1 pathway *cephalopelvic disproportion*



Sumber (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018, Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019)

e. Pemeriksaan penunjang

Menurut Aspiani (2017), pemeriksaan penunjang pada tindakan *sectio caessarea* :

- 1) Hitung darah lengkap, golongan darah (ABO) dan percocokan silang, serta tes *coombs*.
- 2) Urinalis untuk menentukan kadar albumin/glukosa.
- 3) Kultur untuk mengidentifikasi adanya virus herpes simleks tipe II.
- 4) Pelvimetri untuk menentukan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD).
- 5) Amniosentesis untuk mengkaji maturitas paru janin.
- 6) Ultrasonografi melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan dan presentasi janin..
- 7) Tes stress kontraksi atau tes non stress mengkaji respon janin terhadap gerakan/pola abnormal.
- 8) Pemantauan elektronik kontinu: memastikan status janin/aktivitas uterus.

f. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada klien *post sectio caesarea* yaitu, infeksi, perdarahan dan komplikasi lanjutan, infeksi komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti peritonitis, sepsis. Perdarahan yang banyak bisa timbul pada saat waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka maka terjadi komplikasi lain, seperti luka kandung kemih, embolisme paru-paru. Komplikasi lanjutan, yaitu kurang kuatnya perut pada dinding

uterus sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesare* klasik. (Solehati, 2017).

g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *sectio caesarea* menurut Ramadanty (2019), adalah sebagai berikut:

1) Pemberian cairan

Pada penderita pasca operasi 24 jam dilakukan puasa maka pemberian cairan per intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasa DS 10% , garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2) Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatulensi lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : miring kanan miring kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi, latihan

pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan dalam 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk, selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

4) Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam/ lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

5) Pemberian obat-obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

6) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat diberikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoproprn sup 2x/24 jam, obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

7) Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada satu hari post operasi apabila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Proses penyembuhan luka terbagi dalam 3 fase yaitu:

- a) Inflamasi: fase reaksi tubuh terhadap luka selama 1-3 hari setelah luka terbentuk.
- b) Fase *ploliferasi*: fase ini terjadi dalam waktu 3-42 hari.
- c) Maturasi: merupakan tahap akhir proses penyembuhan luka, memerlukan waktu lebih dari satu tahun.

8) Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

9) Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

3. Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil.

Lama masa nifas yaitu 6-7 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. (Sukma, 2017).

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut Maritalia (2017) masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2) Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

3) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

c. Perubahan Fisiologis

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) yaitu:

1) Uterus

Menurut Walyani (2017) uterus berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil:

- a) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- b) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
- c) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gr.
- d) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- e) Enam minggu post partum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

2) Vagina

Vagina pada post sectio caesarea utuh dan terdapat *lochea*.

Karakteristik *lochea* dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) *Lochea* rubra/kruenta, timbul pada hari 1- 2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, sel- sel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

- b) *Lochea sanguinolenta*, timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik *lochea sanguinolenta* berupa darah bercampur lendir.
- c) *Lochea serosa* Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.
- d) *Lochea alba* Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih (Walyani, 2017).

3) Payudara (mamae)

ASI yang pertama muncul pada awal nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan $\pm$ 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Walyani, 2017)

4) Perubahan Sistem Endokrin

- a) Hormon Plasenta.

HCG menurun cepat dan menetap 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 post partum.

b) Hormon Hipofisis-Pituitary.

Prolaktin meningkat cepat. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke 3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar FSH terbukti sama pada wanita menyusui dan tidak menyusui, disimpulkan ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin pada wanita menyusui tetap meningkat sampai minggu keenam setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh frekuensi menyusui, lama setiap kali menyusui dan banyak makanan tambahan yang diberikan. Setelah melahirkan, wanita tidak menyusui mengalami penurunan kadar prolaktin mencapai rentang sebelum hamil dalam dua minggu.

c) Hipotalamik Pituitary Ovarium.

Menstruasi pertama bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron

d) Kadar Estrogen dan Progesteron.

Terjadi penurunan secara mencolok setelah plasenta keluar sehingga aktivitas prolaktin meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam produksi ASI. Kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen

berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui kadar estrogen mulai meningkat pada minggu kedua setelah melahirkan dan lebih tinggi daripada wanita yang menyusui pada pasca partum hari ke-17.

e) Hormon Oksitosin.

Laktasi adalah periode setelah kelahiran anak ketika susu diproduksi oleh payudara ibu akibat pengaruh hormon yang disebut oksitosin yang juga membantu dalam menginduksi kontraksi selama persalinan (Ari Sulistyawati, 2015).

d. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

Menurut Ari Sulistyawati (2015) beberapa kebutuhan ibu nifas yang harus dipenuhi :

1) Kebutuhan gizi ibu menyusui

Tambahan makanan bagi ibu yang menyusui ASI eksklusif sangat diperlukan. Sebanyak 800 kkal tambahan makanan untuk memproduksi ASI dan sebagai energi untuk aktivitas ibu sendiri. Pemenuhan gizi tersebut antara lain mengkonsumsi tambahan kalori sebanyak 500 kkal per hari, diet berimbang cukup protein, mineral, dan vitamin. Minum minimal 3 liter/hari terutama setelah menyusui, mengkonsumsi tablet zat besi selama nifas, serta minum kapsul vitamin A 200 unit.

2) Ambulasi dini

Terdapat beberapa tahapan mobilisasi dini yaitu 6 jam pertamasetelah dilakukan pembedahan pasien diharuskan untuk berbaring terlebih dahulu namun tetap bisa melakukan pergerakan pada tangan, jari kaki, dapat menekuk serta menggeser kaki dan mengangkat tumit. Sesudah 6-10 jam pasca operasi SC, ibu diwajibkan untuk bisa miring kira kanan . dan pada 12-24 jam ibu disarankan agar bisa duduk, sesudah ibu dapat duduk secara stabil, disarankan agar latihan berjalan. (Sri, dkk., 2018).

Tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat. Adapun keuntungan ambulasi dini antara lain ibu akan merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.

3) Istirahat

Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, dipenuhi melalui istirahat malam dan siang. Kurang istirahat akan menyebabkan beberapa kerugian, misalnya mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

4) Perawatan payudara

Dilakukan perawatan payudara secara rutin, serta lebih sering menyusui tanpa dijadwal sesuai dengan kebutuhan bayinya. Semakin sering bayi menyusui dan semakin kuat daya hisapnya, payudara akan memproduksi ASI lebih banyak.

5) Senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal dan ibu merasa lebih rileks, mengurangi rasa kecemasan, dan lebih segar. Senam nifas pada post sc dilakukan setelah 6 minggu dalam masa nifas.

e. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

Menurut Sukma (2017), Perubahan psikologis masa nifas yaitu :

1) Adaptasi perubahan psikologi nifas

a) *Taking in Period* (Masa Ketergantungan)

Fase Taking in yaitu periode ketergantungan. Fase ini berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus pada dirinya sendiri, ia akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir, dan ketidaknyamanan fisik yang dialaminya.

b) Taking hold

Period Fase taking hold berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, timbul rasa khawatir ibu akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu akan mempunyai perasaan yang sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah.

c) Letting go period

Fase letting go adalah periode dimana ibu menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

2) Post Partum Blues

Blues Post partum merupakan keadaan yang timbul pada sebagian besar ibu nifas yaitu sekitar 50-80% ibu nifas, hal ini merupakan hal normal pada 3-4 hari, namun dapat juga berlangsung seminggu atau lebih. Etiologi dari post partum blues masih belum jelas, kemungkinan besar karena hormon, perubahan kadar estrogen, progesteron, prolactin, peningkatan emosi terlihat bersamaan dengan produksi ASI.

Post partum blues bersifat ringan dan sementara, ibu mengalami emosi yang labil; mudah menangis, euforia dan tertawa. Ibu merasa sedih dan menangis karena hal yang tidak jelas, mudah

tersinggung, karena kurang percaya diri, menjadi sensitif dengan komentar sekelilingnya.

Asuhan yang dapat diberikan pada ibu postpartum yaitu dengan memberikan informasi yang dibutuhkan sehingga dapat meningkatkan kepercayaan dirinya. Berikan ibu support dan reward/pujian, pertolongan/bimbingan orang terdekat akan membantu ibu. Post partum blues diidentifikasi sebagai hal yang mendahului depresi, dan menginisiasikan perlunya dukungan social.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu panduan untuk memberikan asuhan keperawatan profesional, terhadap individu, kelompok, keluarga, maupun komunitas. Proses keperawatan memiliki enam tahapan, yaitu pengkajian, diagnosis, rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi. (Nabila, 2020).

1. Pengkajian

pengkajian menurut aspiani (2017) adalah sebagai berikut:

a. Identitas pasien

Pada penderita dengan indikasi *sectio caesarea* dapat terjadi pada setiap umur kehamilan yang dapat dilihat pada kehamilan muda.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pada pasien post operasi keluhan utamanya yaitu klien mengeluh nyeri pada bekas operasi, badannya lemah tidak berani bergerak.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran, dari luka operasi juga menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post SC dengan menggunakan format PQRST, yaitu:

- a) *Paliative/provokatif* : apa yang menyebabkan rasa sakit /nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.
- b) *Quality/quantitative* : bisakah pasien menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit seperti diremas, menekan, terbakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk.
- c) *Region/radiation* : apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.
- d) *Severety/skala* : seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 0-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit

e) *Time* : kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya, apabila “iya” apakah yang muncul merupakan nyeri yang sama atau beda.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji terhadap riwayat penyakit menular atau riwayat pembedahan.

4) 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, DM, dan hipertensi.

5) Riwayat obsetri dan ginekologi

a) Riwayat obsetri

Pada pengkajian riwayat obsetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GPA , berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka, persalinan, keadaan bayi saat lahir, berat badan anak jika masih diingat, riwayat manarch, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

b) Keadaan haid

Perlu ditanyakan kapan datangnya manarche siklus haid, haripertama haid terakhir untuk dapat diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, berbau atau tidak, hal ini dikaji untuk mengetahui gambaran-gambaran tentang keadaan alat kandungan.

c) Perkawinan

Kaji terhadap lamanya kehamilan.

d) Kehamilan

Kaji riwayat terhadap adanya masalah kehamilan sebelumnya.

e) Riwayat persalinan yang lalu.

Kaji riwayat persalinan serta nifas yang lalu, keadaan bayi yang dilahirkan, cukup bulan, jenis kelahiran, penolong persalinan dan tempat melahirkan..

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada umumnya dijumpai penurunan kesadaran pada pasien dengan anestesi umum, kemungkinan didapatkan klien tampak diam, apatis, meringis gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemah. Dan pada pasien dengan anestesi regional didapatkan kesadaran penuh, meringis, gelisah, dan lemah.

2) Tanda- tanda vital

Kaji tekanan darah, pada klien post *sectio caesarea* terkadang tekanan darah meurun, nadi cepaat, suhu meningkat jika terjadi infeksi, respirasi dalam batas normal 16-20x/menit.

3) Pemeriksaan *head toe toe*

a) Kepala, rambut dan wajah

Kaji kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut kepala, keadaan rambut, kulit kepala, adanya cloasma gravidarum, adanya massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

b) Mata

Kaji terhadap kesimetrisan, keadaan konjungtiva biasanya tampak anemis, sklera putih, reflek pupil baik dibuktikan dengan diberikan rangsangan cahaya pupil mengecil, bola mata dapat digerakan kesegala arah, fungsi penglihatan baik.

c) Hidung

Kaji kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembemgkakan atau sumbatan dan secret, pada senus maksilaris, frontalis, apakah terdapat nyeri tekan, dan dikaji fungsi penciumannya.

d) Telinga

Kaji kesimetrisan telinga kiri dan kanan, warna kulit dan kebersihannya. adanya nyeri tekan dan kaji juga fungsi pendengaran.

e) Mulut dan gigi

Kaji apakah ada kelainan konginetal seperti bibir sumbing, warna kebersihan gigi dan lidah, ada pembengkakan atau nyeri tekan dan serta kaji juga tentang fungsi pengecap.

f) Leher

Kaji warna kulit, adakah pembengkakan dan pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar getah bening (KGB), dan kaji adanya peningkatan *jugular venous pressure* (JVP), lalu lanjutkan dengan pemeriksaan mobilitas leher.

g) Dada dan payudara

(1) Dada

Kaji kesimetrisan dada kiri dan kanan, kebersihan dada, retraksi, dan kaji adanya nyeri tekan.

(2) Payudara

Kaji bentuk, kesimetrisan, keadaan aerola, keadaan puting susu, adanya pembengkakan, pengeluaran ASI, kebersihan, dan nyeri tekan. Pada hari pertama keadaan

payudara lunak dan akan mengeras pada hari kedua atau ketiga.

h) Jantung

Lakukan auskultasi jantung bunyi lup-dup irama regular denyut jantung normal (60-100 detak/menit)

i) Paru-paru

Kaji terhadap suara nafas normal antara dada kanan dan kiri, bunyi nafas biasanya vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan sebagainya.

j) Abdomen

Kaji keadaan abdomen dan kebesihannya, adakah striae livide dan linia nigra. pada luka post op sc harus dikaji apakah terdapat luka operasi, bentuk cembung, tanda-tanda infeksi seperti terdapat eritema bengkak, keadaan balutan apakah ada noda atau kering dan utuh lakukan, kaji tinggi fundus uteri, abdomen yang keras munjukan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan, abdomen yang lembek menunjukan sebaliknya dan dapat dilakukan mesase untuk merangsang kontraksi, kaji keadaan kandung kemih, kaji bising usus biasanya 12x/menit.

k) Genetalia

Kaji pengeluaran lochea rubra, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema vulva.

l) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kaji kesimetrisan, sianosis, oedema, pergerakan terbatas, kekuatan otot penuh, kuku, CRT <2 detik, pada pasien post SC biasanya reflek bisep dan trisep baik dibuktikan dengan terjadi fleksi dan ekstensi pada siku.

(2) Ekstremitas bawah

Kaji kesimetrisannya, oedema, kaji adanya varises, reflek patela, archeiles positif, sering merasa kesemutan atau tidak, kaji adanya tanda homan, tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis, kaji kekuatan otot.

d. Aspek Psikologis, Sosial dan Spiritual

- 1) Pada klien hari ke-1 biasanya klien mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai ke-2 melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi posesif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

- 2) Klien dengan post *caesarea* akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.
- 3) Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dainut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

e. Pola sehari-hari

- 1) Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara perlahan dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal fungsi langsung diberi makan, minum seperti biasanya, bahkan anjurkan banyak minum, kaji frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum jenis serta jumlahnya.

- 2) Eliminasi BAB dan BAK

Pada BAB dan BAK kaji meliputi frekuensi, kontinensia, warna, dan bau. Pada pasien post SC biasanya terpasang kateter.

- 3) Istirahat tidur

Pada klien dengan post sc pada hari pertama biasanya mengeluh gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada

daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya dower cateter. dikaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguian.

4) *Personal hygiene*

Klien dengan post sc pada hari pertama dan sebelum cateter dibuka, klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan, dikaji meliputi kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan *vulva hygiene*.

5) Aktivitas

Pola istirahat dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.

f. Data penunjang

- 1) Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.
- 2) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadinya infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.
- 3) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
- 4) Pemeriksaan jumlah tiroksin akibat pengaruh dan hormon estrogen

g. Analisa data

Menurut Herdman (2018), langkah kedua dalam proses pengkajian adalah mengonversi data informasi. Tujuannya untuk membantu kita

mempertimbangkan data apa yang kita kumpulkan dalam pengkajian skrining mungkin berarti, atau untuk membantu mengidentifikasi data tambahan yang perlu dikumpulkan.

Tabel 2. 1
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	Gejala dan tanda mayor: DS : mengeluh nyeri DO : - Tampak meringis - Bersikap protektif (menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Gejala dan tanda minor: DS : - DO : - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	Adanya luka operasi yang memutus jaringan kontinuitas dan merangsang adanya reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotonin, histamin, dan serotonin rangsangan ini diantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipersepsikan sebagai nyeri.	Nyeri akut
2	Gejala dan tanda mayor: DS : - Kelemahan maternal - Kecemasan maternal DO : - Bayi tidak mau melekat pada payudara ibu - Asi tidak menetes - BAK bayi kurang dari * kali dalam 24 jam - Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala dan tanda minor: DS: -	Post Sc, belum adanya hormon prolactin, kelejar alveoli mammae belum efektif mengeluarkan ASI, menyusui tidak efektif	Menyusui tidak Efektif

1	2	3	4
	DO : - Intake bayi tidak adekuat - Bayi menghisap tidak terus menerus - Bayi menangis saat disusui - Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui - Menolak untuk menghisap		
3	DS:- DO:-	Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	Resiko infeksi
4	Gejala dan tanda mayor: DS: - mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: - Kekuatan otot menurun Gejala dan tanda minor: DS: - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak DO: - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas Fisik lemah	Proses pembedahan insisi abdomen mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan atau adanya luka dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter brakidin, seroin, Merangsang yang dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri sehingga terjadi kelemahan fisik yang dipersepsikan sebagai gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik
5	DS: - DO : -	Kurangnya darah dan cairan dalam tubuh secara drastis.	Risiko Hipovolemia
6	Gejala dan tanda mayor: DS: - Mengeluh lelah DO: - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	Ketidak mampuan melakukan aktivitas sehari-hari	Intoleransi Aktivitas

1	2	3	4
	Gejala dan tanda minor: DS: - Dispnea saat/setelah aktivitas - Merasa tidak nyaman saat beraktivitas - Merasa lemah DO: - Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat - Gambaran EKG menunjukan aritmia saat setelah aktivitas Gambaran EKG menunjukan iskemia sianosis		
7	Gejala dan tanda mayor: DS: - Menolak melakukan perawatan diri DO: - Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ketolilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan tanda minor: DS: - DO:-	Tindakan Sc menyebabkan penurunan estrogen dan progesteron menyebabkan kontraksi uterus dan terjadi involusi yang tidak adekuat terjadi perdarahan menyebabkan penurunan Hb dan O ₂ yang menyebabkan kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri	Defisit Perawatan Diri
8	Gejala dan tanda mayor: DS: - Menanyakan masalah yang dihadapi DO: - Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah. Gejala dan tanda mayor: DS:- DO: - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat - Menunjukan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Kurangnya pengetahuan tentang post SC yang menyebabkan deficit pengetahuan	Defisit Pengetahuan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien terhadap individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Data yang mungkin muncul pada kasus post sectio caesarea atas indikasi cephalopelvic disproportion menurut Nurarif dan kusuma (2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (luka insisi) terputusnya kontinuitas jaringan
- 2) Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak, ketidak adekuatan suplai ASI, anomali payudara ibu, kelahiran kembar.
- 3) Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif/malnutrisi peningkatan paparan organisme patogen lingkungan/ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer atau sekunder.
- 4) Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri , keengganan melakukan pergerakan, ketidak bugaran fisik
- 5) Risiko hipovolemia d.d hubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, kekurangan intake output cairan
- 6) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- 7) Defisit perawatan diri b.d kelemahan post operasi *sectio caesarea*

8) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan (outcome) yang diharapkan (Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2. 2
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Intervensi Keperawatan		
		Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	2	3	4	5
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: - Keluhan Nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap Protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun	Intervensi Utama Manajemen nyeri Observasi: 1) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) identifikasi skala nyeri 3) identifikasi respons 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 koomplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik	1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Agar mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan 3) Agar mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan sebenarnya 4) Agar dapat mengetahui faktor yang memperingann nyeri dan mengurangi faktor yang memperberat nyeri 5) Agar mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan terhadap nyeri yang dirasakan 6) Karena budaya mempengaruhi respon nyeri 7) Untuk mencegah terjadinya penurunan kualitas hidup 8) Agar mengetahui kemajuan yang dialami setelah diberikan terapi komplementer 9) Agar mengetahui efek samping yang timbul

1	2	3	4	5
			Terapeutik : 10) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mnegurangi rasa nyeri 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 12) Fasilitasi istirahat tidur 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri 16) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 17) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 18) kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu Intervensi Pendukung 1) Aromaterapi 2) Dukungan hipnosis diri, pengungkapan kebutuhan 3) Edukasi efek samping obat, manajemen nyeri, proses penyakit, teknik napas 4) Kompres dingin dan panas 5) Konsultasi 6) Latihan pernafasan 7) Manajemen efek samping obat,	10) Agar mengurangi rasa nyeri menggunakan teknik nonfarmakologis 11) Agar mengurangi faktor yang dapat memperberat nyeri 12) Agar kebutuhan tidur terpenuhi 13) Agar pemberian tindakan untuk mengurangi nyeri sesuai 14) Agar dapat menghindari pemicu nyeri 15) Agar dapat meredakan nyeri secara mandiri 16) Agar dapat mengurangi nyeri secara mandiri di rumah 17) Agar dapat mengurangi rasa nyeri dengan teknik nonfarmakologis secara mandiri 18) Agar rasa nyeri dapat berkurang

			kenyamanan lingkungan, medikasi, sedasi, dan terapi radiasi 8) Pemantauan nyeri 9) Pemberian obat: IV, oral, topikal 10) Pengaturan posisi 11) Perawatan Amputasi, nyaman 12) Teknik distraksi, imajinasi terbimbing, akupresur, akupuntur, bantuan hewan, humor, murattal, musik, pemijatan, relaksasi, sentuhan 13) <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)</i>	
2	Menyusui Tidak Efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil: 1) Tetesan/ pancaran ASI membaik 2) Suplai ASI adekuat membaik 3) Kepercayaan diri ibu membaik	Intervensi utama Edukasi Menyusui Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 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	1) Agar informasi dapat diterima dengan baik 2) Agar menyusui efektif 3) Agar informasi mudah dipahami 4) Agar dapat menemukan waktu yang sesuai dengan keinginan 5) Agar pasien dapat bertanya tentang apa yang ingin diketahui 6) Agar ibu dapat meningkatkan kepercayaan dirinya 7) Agar mendapatkan dukungan yang maksimal 8) Untuk memberikan pemahaman mengenai menyusui

1	2	3	4	5
			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) Intervensi Pendukung 1) Dukungan emosional, kelompok, tidur 2) Edukasi nutrisi bayi, orangtua: fase bayi 3) Konseling nutrisi 4) Manajemen nutrisi, nyeri 5) Pemberian kesempatan menghisap pada bayi, makanan 6) Pemeriksaan payudara 7) Pendampingan proses menyusui 8) Perawatan kanguru, luka 9) Perencanaan pulang 10) Promosi berat badan, citra tubuh, koping, perlekatan 11) Reduksi ansietas 12) Terapi relaksasi	9) Agar dapat memahami manfaat menyusui 10) Agar dapat menyusui dengan benar 11) Agar mendapatkan perawatan payudara antepartum 12) Agar menyusui efektif
3	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi	Intervensi Utama Pencegahan Infeksi Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik	1) Untuk mengetahui terjadinya infeksi

1	2	3	4	5
		menurun dengan kriteria hasil: 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik	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 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 Intervensi Pendukung 1) Dukungan pemeliharaan rumah, perawatan diri: mandi 2) Edukasi pencegahan luka tekan, seksualitas 3) Induksi persalinan 4) Latihan batuk efektif 5) Manajemen jalan nafas, imunisasi/vaksinasi, lingkungan, nutrisi, medikasi	2) Untuk menghindari terjadinya infeksi 3) Untuk mengurangi resiko infeksi 4) Untuk menghindari terjadinya infeksi 5) Untuk menjaga agar tidak terjadi infeksi 6) Agar pasien memahami dan dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi secara mandiri 7) Agar pasien dapat mengurangi resiko infeksi 8) Agar pasien dapat melakukan etika batuk dengan baik dan benar 9) Agar pasien dapat memeriksa kondisi luka secara mandiri 10) Agar pasien dapat meningkatkan asupan nutrisi dengan baik 11) Untuk meningkatkan cairan 12) Untuk pemberian imunisasi yang sesuai jika perlu

1	2	3	4	5
			6) Pemantauan elektrolit, nutrisi, tanda vital 7) Pemberian obat, intravena, oral, 8) Pencegahan luka tekan 9) Pengaturan posisi 10) Perawatan amputasi, area insisi, kelemahan resiko tinggi, luka bakar, luka tekan, pasca persalinan, perineum, persalinan, persalinan resiko tinggi, selang: (dada, gastrointestinal, umbilikal), sirkumsisi, terminasi kehamilan	
4	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat	Intervensi Utama Dukungan Ambulasi Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 5) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 6) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 8) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	1) agar klien dapat menggerakkan kembali anggota tubuhnya 2) untuk mengetahui sejauh mana klien dapat bergerak 3) agar dapat mengetahui tekanan darah sebelum dan sesudah ambulasi 4) agar mengetahui kondisi selama melakukan ambulasi 5) Untuk membantu aktivitas ambulasi 6) Agar mampu melakukan mobilitas fisik 7) Agar keluarga dapat membantu 8) Agar dapat memahami tujuan dan

1	2	3	4	5
			9) Anjurkan melakukan ambulasi dini 10) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) Intervensi Pendukung 1) Dukungan kepatuhan program pengobatan, perawatan diri: BAB/BAK, berpakaian, makan/minum, mandi 2) Edukasi latihan fisik, teknik ambulasi, teknik transfer 3) Konsultasi via telepon 4) Latihan otogenik 5) Manajemen energi, lingkungan, mood, nutrisi, nyeri, medikasi, program latihan, sensasi perifer 6) Pemantauan neurologis 7) Pemberian obat: IV 8) Pembidaian 9) Pencegahan jatuh, luka tekan 10) Pengaturan posisi 11) Pengekangan fisik 12) Perawatan kaki, sirkulasi, tirah baring, traksi 13) Promosi berat badan, kepatuhan program latihan, latihan fisi 14) Teknik latihan penguatan : otot, sendi 15) Terapi aktivitas, pemijatan, relaksasi otot progresif	prosedur ambulasi 9) Agar pasien dapat melakukan ambulasi dini 10) Agar pasien dapat melakukan mobilisasi ringan

1	2	3	4	5
5	Risiko hipovolemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1) Kekuatan nadi meningkat 2) Membran mukosa lembab meningkat 3) Edema perifer menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Tekanan darah membaik 6) Turgor kulit membaik 7) Hemoglobin membaik	Intervensi Utama Manajemen Nutrisi Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6) Monitor asupan makanan 7) Monitor berat badan 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi	1) Agar mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat 2) Mengetahui alergi dan intoleransi terhadap makanan 3) Untuk meningkatkan nafsu makan 4) Mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien dan membantu proses penyembuhan menghindari terjadinya komplikasi 5) Untuk memenuhi kebutuhan energi 6) Untuk memantau asupan nutrisi yang masuk 7) Untuk menghindari terjadinya malnutrisi 8) Agar dapat dilakukan pencegahan dan tindakan yang harus sesuai secara tepat 9) Mulut yang bersih dapat 10) meningkatkan nafsu makan 11) agar nafsu makan membaik 12) agar tidak terjadi konstipasi 13) untuk meningkatkan status nutrisi

1	2	3	4	5
			protein 14) Berikan suplemen makanan, jika perlu 15) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16) Ajarkan posisi duduk, jika mampu 17) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu Intervensi Pendukung 1) Edukasi manajemen demam, nutrisi parenteral, pemberian makanan, perawatan selang drain 2) Identifikasi risiko 3) Inseri intravena, inseri selang nasogastik 4) Kateterisasi urine 5) Manajemen akses vena sentral, autotransfusi, cairan, demam, diare, elektrolit, hiperdermia, medikasi, muntah, nutrisi, nutrisi parenteral, perdarahan, perdarahan akhir masa kehamilan, perdarahan atepartum dipertahankan dan tidak dipertahankan, perdarahan pervaginam pascapersalinan, spesimen darah 6) Pemantauan elektrolit, tanda vital 7) Pemberian makanan, makanan parenteral,	14) untuk menambah nafsu makan 15) menghindari terjadinya infeksi 16) Agar pasien mampu duduk 17) Agar hipovolemi reatasi 18) Untuk pemberian medikasi 19) Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

1	2	3	4	5
			8) obat, infeksi, perdarahan, syok, sampel darah arteri dan vena 9) Perawatan jantung akut, kateter sentral, perifer, luka, luka bakar, selang dada, selang gastrointestinal 10) Promosi berat badan 11) Regulasi temperatur 12) Resusitasi cairan 13) Surveilans 14) Terapi intravena 15) Transfusi darah	
6	Intoleransi aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1) Keluhan Lelah menurun 2) Dispnea saat aktivitas menurun 3) Dispnea setelah aktivitas	Intervensi Utama Manajemen Energi Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan	1) Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2) Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien 3) Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak 4) Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas 5) Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien 6) Untuk meningkatkan dan melatih masa otot 7) Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami

1	2	3	4	5
		menurun 4) Frekuensi nadi membaik	8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 13) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Intervensi Pendukung 1) Dukungan ambulasi, kepatuhan program pengobatan, meditasi, pemeliharaan rumah, perawatan diri, spiritual, tidur 2) Eduksi latihan fisik, teknik ambulasi, pengukuran nadi radialisis 3) Manajemen aritmia, lingkungan, medikasi, mood, nutrisi, nyeri, program latihan 4) Pemantauan tanda vital 5) Pemberian obat, obat inhalasi, IV, oral 6) Penentuan tujuan bersama 7) Promosi berat badan, dukungan keluarga, latihan fisik 8) Rehabilitasi jantung	pasien 8) Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat 9) Untuk memberikan kenyamanan pasien selama dirawat 10) Untuk menunjang proses penyembuhan secara bertahap 11) Agar dapat mengkaji dan merencanakan kembali tindakan keperawatan yang bisa diberikan 12) Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya secara mandiri dan mudah 13) Untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien

1	2	3	4	5
			9) Terapi aktivitas, bantuan hewan, musik, oksigen, relaksasi otot progresif	
7	Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	Intervensi Utama Dukungan Perawatan Diri Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5) Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Intervensi Pendukung 1) Dukungan emosional, pengambilan keputusan, tanggung jawab terhadap diri sendiri 2) Kontrak perilaku positif	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian 3) Untuk mengetahui tingkat kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 4) Agar memberikan lingkungan yang nyaman dan aman 5) Untuk menjaga kebersihan diri 6) Untuk mengoptimalkan kebersihan diri 7) Agar pasien dapat menerima keadaan dan mau meminta bantuan 8) Agar dapat melakukan kebersihan diri secara mandiri 9) Agar dapat melakukan perawatan diri secara teratur 10) Agar mampu melakukan perawatan secara konsisten dan mandiri

1	2	3	4	5
		6) meningkat 7) Minat melakukan perawatan diri meningkat	3) Manajemen demensia, energi, lingkungan, nutrisi, nyeri 4) Pemberian makanan 5) Pencegahan jatuh 6) Penentuan tujuan bersama 7) Pengaturan posisi 8) Perawatan kaki, kuku, lensa kontak, mata, mulut, prineum, rambut, telinga 9) Promosi citra tubuh harga diri, komunikasi defisit pendengaran dan visual, latihan fisik 10) Reduksi ansietas 11) Terapi menelan	
8	Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan membaik 1) Melakukan Tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat 2) Menerapkan program perawatan meningkat	Intervensi Utama Edukasi kesehatan 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	1) Agar informasi dapat tersampaikan secara optimal 2) Agar faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat dapat teratasi 3) Agar lebih mudah dipahami 4) Agar dapat menemukan waktu yang sesuai dengan keinginan 5) Agar pasien dapat bertanya tentang apa yang ingin diketahui 6) Agar pasien dapat memahami faktor resiko yang dapat mempengaruhi

1	2	3	4	5
		3) Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan Kesehatan meningkat 4) Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan menurun	7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat intervensi Pendukung 1) Bimbingan sistem kesehatan 2) Edukasi 3) Konseling 4) Konsultasi 5) Promosi edukasi laktasi di komunitas, kesiapan penerimaan informasi, literasi kesehatan	7) kesehatan 8) Agar pasien dapat berperilaku hidup bersih dan sehat 9) Agar pasien dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat secara mandiri

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi Keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi/ rencana keperawatan. Dalam pelaksanaannya harus ada Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan dalam melakukan implementasi. Pada fase ini perawat melakukan pendampingan pada klien dalam merefleksikan intervensi/ perencanaan yang sudah disusun sesuai dengan skala prioritas yang telah disepakati dengan klien. kemudian pada tahap evaluasi seorang perawat harus mampu membimbing klien sehingga klien mampu menentukan tujuan selanjutnya dalam identifikasi masalah yang dialami klien. (Purba, 2020)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan meliputi data subjektif (S) dan objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O serta perencanaan ulang P berdasarkan hasil analisa. evaluasi mengharuskan perawat melakukan pemeriksaan secara kritis dan menyatakan respon pasien terhadap intervensi. Evaluasi dibagi menjadi dua

yaitu formatif (evaluasi proses) dan sumatif (evaluasi hasil). (Dinarti, dkk., 2013)

6. Dokumentasi

Proses akhir dari kegiatan asuhan keperawatan dokumentasi ini sangat diperlukan karena sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap hasil asuhan keperawatan secara tertulis. (Mertasari dan Suuugandini, 2020)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. S
Umur	: 22 tahun
Alamat	: Kp. Pengkolan, Desa marga Mulya, Cikajang
Pendidikan	: SMA
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Tanggal Pengkajian	: 05 April 2023
Tanggal Operasi	: 05 April 2023
Diagnosa Medis	: Post SC CPD
No. RM	: 01321948
Gravida	: P1A0

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. I

Umur : 32 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pendidikan : SLTA

Pekerjaan : Wiraswasta

Agama : Islam

Alamat : Kp. Pengkolan, Desa marga Mulya, Cikajang

Hubungan dengan klien: Suami

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada luka *post sectio caesarea* dibagian abdomen bawah.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji pasien mengatakan pada luka *post sectio caesarea* diperut bagian bawah, nyeri bertambah apabila klien banyak bergerak dan berkurang apabila klien tidak bergerak, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri nyeri hanya dirasakan dibagian luka post SC, dengan skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah dirawat di RS, dan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus (DM), jantung dan penyakit menular.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, dll.

5. Riwayat Obsetri dan Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menarche : 12 Tahun

Lamanya haid : 7-8 hari

Siklus : 28 hari

Banyaknya : Normal

HPHT : 26 Juni 2022

Taksiran partus : 3 April 2023

b) Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan ini adalah pernikahan pertamanya

Suami : 30 tahun

Istri : 20 tahun

Lama perkawinan : 2 tahun

c) Riwayat Kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang G1P0A0, usia kehamilan 9 bulan, berat badan (BB) sebelum hamil 52kg dan BB setelah hamil 64kg. Tinggi badan (TB) klien 152cm.

d) Keadaan saat hamil

Trimester I : Klien mengeluh mual muntah
 Trimester II : klien mengeluh mual muntah tidak berlebihan
 Trimester III : Klien mengeluh nyeri punggung
 Riwayat ANC : klien mengatakan rutin memeriksakan kehamilannya ke posyandu dan bidan terdekat

e) Riwayat KB

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah memakai KB, setelah melahirkan klien mengatakan menggunakan KB IUD.

f) Riwayat persalinan sekarang

Data kelahiran : Pada tanggal 5 Mei 2023 klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Bayi lahir jam 09.43 WIB dengan jenis kelamin perempuan berat badan lahir 2850 gr, panjang badan 46 cm. Sejak lahir klien belum memberikan Asi kepada anaknya karena bayi dirawat terpisah di ruang perinatologi dan ASI ibu belum ada.

6. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos mentis

GCS : 15 (E4 V5 M6)

BB saat hamil : 64 kg

TB : 152 cm

b) Tanda-tanda vital

TD : 120/80 mmHg

N : 80x / menit

RR : 20 x / menit

S : 36,5°C

c) Pemeriksaan *Head To Toe*

(1) Kepala, rambut dan wajah

Bentuk kepala normal dan simetris, rambut berwarna hitam panjang, rambut terlihat lepek, tidak terdapat ketombe, kulit kepala bersih, dan tidak ada lesi pada kulit kepala. Pada wajah tidak terdapat cloasma.

(2) Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, penglihatan baik ditandai dengan klien mampu menyebutkan huruf yang ditunjukkan, reflek pupil miosis terhadap rangsangan cahaya.

(3) Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat kelainan, hidung tampak bersih, penciuman baik, tidak ada nyeri tekan pada area sinus,

(4) Telinga

Simetris antara kiri dan kanan sejajar dengan daun telinga tampak bersih antara kiri dan kanan, fungsi pendengaran baik terbukti dengan pasien dapat berkomunikasi dengan baik.

(5) Mulut dan Gigi

Simetris, tidak terdapat kelainan, mukosa bibir kering, fungsi pengecapan baik, tidak terdapat caries, karang gigi, tidak memakai gigi palsu, reflek menelan baik.

(6) Leher

Tidak terdapat peningkatan *jugular venous pressure* (JPV), kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, tidak terdapat nyeri pada saat menelan, fungsi pergerakan baik.

(7) Dada

simetris, tampak bersih, tidak terdapat retraksi, dan tidak terdapat nyeri tekan.

(8) Payudara

Payudara simetris, ASI dan kolostrum belum ada, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, tidak terdapat nyeri tekan,

(9) Jantung

Bunyi jantung S1 dan S2 (lup dup), irama regular, TD: 120/80, nadi: 80x/menit.

(10) paru-paru

Bunyi vesikular, frekuensi teratur, irama regular

(11) Abdomen

Bentuk cembung, terdapat linea nigra, stiae livide, terdapat luka operasi sepanjang ± 10 cm horizontal masih tertutup kasa steril, tidak terdapat rembesan perdarahan, bising usus 11x/ menit, tinggi fundus uterus sejajar pusat, kontraksi uterus baik teraba keras.

(12) Genetalia, perineum dan anus

Perineum utuh, tidak terdapat luka diarea vagina, lochea rubra, dan tidak terdapat pembengkakan, terpasang *dower catheter*, tidak terdapat hemoroid.

(13) Ekstremitas atas

Kuku bersih, ROM terbatas, CRT <3 detik, terpasang infus pada punggung tangan sebelah kiri, tidak terdapat lesi dan edema, reflek bisep dan trisep (+), kekuatan otot 5/5.

(14) Ekstremitas bawah

Kaki dan kuku bersih, tidak terdapat kelainan, CRT <3 detik, tidak terdapat varises, kaki sulit untuk digerakan, reflek patela (+), homan sign negatif, kekuatan otot 3/3.

7. Aspek Psikologi, Sosial dan Spiritual

a) Pengkajian psikologis

(1) Adaptasi psikologis post partum

Klien masih bergantung kepada keluarga dan perawat dalam melakukan aktivitas. Fokus klien terhadap dirinya sendiri, klien mengatakan merasa senang terhadap kelahiran bayinya

(2) Konsep Diri

Gambaran diri : Klien mengatakan tidak malu dengan partus SC dan klien sangat bersyukur atas pemberian Allah swt.

Ideal diri : Klien mengatakan ingin cepat sembuh agar cepat pulang dan dapat berkumpul dengan keluarganya

Harga diri : Klien mengatakan tidak malu dengan keadaannya sekarang

Peran : Klien mengatakan dirinya sekarang adalah seorang istri dan ibu

Identitas diri : Klien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan dan merasa puas dengan semua itu.

b) Pengkajian sosial

Klien memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarganya dan cukup baik dengan lingkungan tempat klien dirawat, hubungan dengan dokter dan tim kesehatan lainnya.

c) Pengkajian spiritual

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien juga yakin bahwa Allah swt yang menentukan segalanya.

8. Aktivitas kehidupan sehari-hari

Tabel 3. 1
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	ADL	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	2	3	4
1	Nutrisi a. Makanan Jenis Fekuensi Porsi Pantangan Keluhan b. Minum Jenis Frekuensi Pantangan keluhan	Nasi + Lauk pauk 3 x 1 hari 1 porsi Tidak ada Tidak ada Air putih 6-7 gelas/ hari Tidak ada Tidak ada	Nasi + Lauk pauk 3 x 1 hari 1 porsi Tidak ada tidak ada Air putih 7-8 kali gelas/ hari Tidak ada Tidak ada
2	Istirahat dan Tidur a. Malam Berapa jam Kesukaran tidur b. Siang Berapa jam Kesukaran tidur	5 – 6 jam Tidak ada 1-2 jam Tidak ada	4 – 5 jam Tidak ada 1 – 2 jam Tidak ada
	Eliminasi a. BAK Frekuensi Warna Bau Kesulitan b. BAB Frekuensi Warna	4 – 5 x/hari Kuning jernih Khas urine Tidak ada 1 x/hari Khas feses	200 cc terpasang Kateter kuning pekat Khas urine Tidak ada Belum BAB -

10. Terapi Medis

Tabel 3. 3**Terapi Medis**

No	Nama obat	Dosis	Cara pemberian
1	Infus RL	20 tpm	IV
2	Cefotaxime	2 x 1gr	IV
3	Ketorolac	2 x 30mg	IV

11. Analisa Data

Tabel 3. 4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS: - Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi - klien mengatakan nyeri saat bergerak dan berkurang saat tidak bergerak - klien mengatakan nyeri seperti disayat - klien mengatakan nyeri hilang timbul DO: - Terdapat luka operasi pada abdomen bawah - Klien tampak meringis - Skala nyeri 7 (0-10) - TTV TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x / menit	Adanya luka operasi yang memutus jaringan kontinuitas dan merangsang adanya reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikidin, serotin, histamin, dan serotonin rangsangan ini di hantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipersepsikan sebagai nyeri.	Nyeri Akut
2	DS: - klien mengatakan nyeri saat bergerak	Proses pembedahan insisi abdomen mengakibatkan	Gangguan Mobilitas Fisik

1	2	3	4
	- klien mengatakan takut bergerak DO: - Kekuatan otot menurun - Gerakan pasien tampak terbatas - Kekuatan otot pada kaki 3/3	terputusnya kontinuitas jaringan atau adanya luka dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter brakidin, seroin, Merangsang yang	
3	DS:- klien mengatakan nyeri DO : - klien tampak meringis - leukosit 12.490 - terdapat luka sc pada abdomen bagian bawah	Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	Resiko Infeksi

2. Diagnosa Keperawatan Prioritas

a. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

DS:

- Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi
- klien mengatakan nyeri saat bergerak dan berkurang saat tidak bergerak
- klien mengatakan nyeri seperti disayat
- klien mengatakan nyeri hilang timbul

DO:

- Terdapat luka operasi pada abdomen bawah
- Klien tampak meringis

- Skala nyeri 7 (0-10)
- TTV TD : 120/80 mmHg
- N : 80 x/menit
- RR : 20 x / menit

b. Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri

DS:

- klien mengatakan nyeri saat bergerak
- klien mengatakan takut bergerak

DO:

- Kekuatan otot menurun
- Gerakan pasien tampak terbatas
- Kekuatan otot pada kaki 3/3

c. Resiko Infeksi d.d ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan kulit

DS:- klien mengatakan nyeri

DO :

- klien tampak meringis
- leukosit 12.490
- terdapat luka sc pada abdomen bagian bawah -

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
1	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik DS: - Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi - klien mengatakan nyeri saat bergerak dan berkurang saat tidak bergerak - klien mengatakan nyeri seperti disayat - klien mengatakan nyeri hilang timbul DO: - Terdapat luka operasi pada abdomen bawah - Klien tampak meringis - Skala nyeri 7 (0-10) - TTV TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x / menit	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun dari 7 (0-10) menjadi 3 (0-10) - Meringis menurun	Manajemen nyeri Observasi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri Terapeutik : 3) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mnegurangi rasa nyeri Edukasi : 4) Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi : 5) kolaborasi pemberian ketorolac 30mg IV	1) Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri yang dirasakan adalah nyeri yang menyebar atau tidak 2) Mengetahui Skala nyeri 3) Memberikan teknik nonfarmakologi dapat mengurangi rasa nyeri 4) Agar mampu meredakan nyeri secara

				mandiri 5) Kolaborasi pemberian analgetik
1	2	3	4	5
2	Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri DS: - klien mengatakan nyeri saat bergerak - klien mengatakan takut bergerak DO: - Kekuatan otot menurun - Gerakan pasien tampak terbatas - Kekuatan otot pada kaki 3/3 - Rambut tampak lepek	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: - Pergerakan mobilitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Gerakan terbatas menurun	Dukungan Mobilisasi Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Terapeutik 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 3) Anjurkan melakukan ambulasi dini (miring kanan dan kiri)	1) Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) agar keluarga mampu membantu meningkatkan ambulasi 3) Agar dapat melakukan ambulasi dini
3	Resiko Infeksi d.d ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan kulit -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:	Pencegahan Infeksi Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1) Mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi

	DS:- DO: - klien tampak meringis - leukosit 12.490 terdapat luka sc pada abdomen bagian bawah	- Nyeri menurun - Kadar sel darah putih membaik	Terapeutik 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi 5) Kolaborasi pemberian imunisasi (antibiotik)	2) Untuk menghindari terjadinya infeksi 3) Agar pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi 1) Untuk mempercepat proses penyembuhan 2) Untuk mencegah infeksi
--	---	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal dan Jam	DX	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4	5
05 April 2023 14.15	1	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Respon : nyeri pada abdomen masih dirasakan 2) Mengidentifikasi skala nyeri Respon: skala nyeri 7 (0-10) 3) Memberikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam) Respon: klien tampak rileks 4) Berkolaborasi pemberian analgesik ketorolac 30mg IV Respon: klien mengatakan nyeri berkurang	Tanggal/Jam :05 April 2023/ 20.40 S : - Klien mengeluh masih nyeri - Nyeri dirasakan saat bergerak dan berkurang saat tidak bergerak - Nyeri seperti disayat - Nyeri hilang timbul O : - Skala nyeri 7 (0 – 10) - TD : 120/80 mmHg - N : 80 x/ menit - RR : 20 x/ menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1,2,4	Valen Maulani
05 April 2023 14.40	2	1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon : Klien mengatakan nyeri dibagian operasi dan takut bergerak karena nyeri 2) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas	Tanggal :05 April 2023 Jam :20.40 S : - klien mengatakan mampu melakukan gerakan miring kanan dan kiri - Klien mengatakan aktivitas dibantu	Valen Maulani

1	2	3	4	5
		dalam) Respon: klien mengatakan dapat mengontrol nyeri dengan tenang 3) Menjelaskan strategi meredakan nyeri Resppon: klien mengatahui strategi meredakan nyeri 4) berkolaborasi pemberian analgesik Respon: klien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi injek ketorolac 30mg IV 5) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Respon : Keluarga membantu kebutuhan klien 6) Menganjurkan melakukan ambulasi dini (miring kanan kiri)Respon: klien mengatakan mau melakukan ambulasi	O : - klien tampak mampu - melakukan mobilisasi - kekuatan otot meningkat $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1,4,6	
05 April 2023 13.00	3	1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon: tidak terdapat tanda dan gejala infeksi 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Respon: Setelah cuci tangan dapat	Tanggal :05 April 2023 Jam :20.40 S : - Klien mengeluh nyeri O : - Terdapat luka operasi pada abdomen bawah - Luka operasi tertutup kasa - Leukosit 12.490 /mm³	Valen Maulani

1	2	3	4	5
		mengurangi resiko infeksi 3) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon: klien tampak mengerti 4) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi (tinggi kalori dan protein) Respon: klien tampak memahami nutrisi yang dibutuhkan untuk mempercepat proses penyembuhan 5) Memberikan terapi antibiotik cefotaxime 1 gr IV Respon: klien bersedia diberikan terapi cefotaxime	- -Suhu 36,5°c A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1,2,6	

1) Catatan Perkembangan

Nama : Ny. S

No R.M : 01321948

Umur : 22 tahun

Ruang : Jade

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

No	Tanggal/waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	06 April 2023 07.20 09.15	Dx 1	S : - Klien mengatakan nyeri masih terasa pada luka operasi 6) Klien mengatakan nyeri hilang timbul O : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5 (0 – 10) A : - Nyeri akut P : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ketorolac 30mg IV I : - Mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil: TD : 120/80 mmHg N : 85x/ menit R : 20 x/ menit - Mengkaji skala nyeri dengan hasil : 5 (0-10) - Menganjurkan untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi - Lanjutkan pemberian obat ketorolac 30 mg IV	Valen Maulani

1	2	3	4	5
	13.20		E : - Masalah teratasi sebagian - Lanjutkan Intervensi	
2	06 April 2023 07.30 09.35 13.30	DX 2	S : - klien mengatakan mampu melakukan gerakan miring kanan dan kiri - Klien mengatakan mampu melakukan aktivitas O : - klien tampak mampu melakukan mobilisasi - Kekuatan otot meningkat $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ A : Gangguan mobilitas fisik P : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini I : - Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil : Nyeri hanya dirasakan di area post operasi - Menganjurkan melakukan mobilisasi dengan hasil : klien dapat melakukan aktivitas - Melakukan up cateter E : - Masalah teratasi - Hentikan Intervensi	Valen Maulani
3	06 April 2023 07.40	DX 3	S : - Klien mengeluh nyeri O : - Terdapat luka operasi pada abdomen bawah - Luka operasi tertutup kasa A : Resiko infeksi P : - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Valen Maulani

1	2	3	4	5
	09.45 13.40		- dan lingkungan pasien - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi I : - Mengkaji tanda-tanda infeksi dengan hasil: masih ada nyeri - Melakukan perawatan luka dengan hasil mengganti balutan - Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak - Lanjutkan pemberian antibiotic cefotaxime 1 gr E : - Masalah teratasi sebagian -Lanjutkan Intervensi	
4	07 April 2022 07.50 10.00	DX 1	S : - Klien mengatakan nyeri berkurang O : - Skala nyeri 3 (0 – 10) A : - Nyeri akut P : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri tarik nafas dalam - Jelaskan strategi meredakan nyeri tarik nafas dalam - Kolaborasi pemberian analgesik ketorolac 30mg IV I : - Mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil: TD : 120/80 mmHg N : 88 x/ menit R : 22 x/ menit	Valen Maulani

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.S P1A0 5 jam post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Yang dilaksanakan mulai tanggal 5 April 2023 sampai dengan 7 April 2023. Penulis menemukan beberapa masalah berupa perbedaan antara teori yang didapatkan dengan pelaksanaan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan diantaranya:

1. Tahap Pengkajian

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny.S dan keluarga cukup kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny.S serta keluarga Ny.S menjawab pertanyaan yang diajukan penulis tanpa ada perasaan ragu dari mulai data identitas sampai data psikologisnya, dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu memberikan data-data pendukung yang diperlukan.

Setelah 5 jam dilakukan tindakan *sectio caesarea*, kondisi klien masih dalam efek anestesi. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dari kepala sampai kaki mendapatkan hasil pada bagian mata klien terdapat data konjungtiva anemis, keadaan umum lemas, terdapat luka bekas operasi horizontal dengan panjang ± 10 cm dibagian abdomen bawah yang ditutupi oleh kasa steril dan kering, serta adanya pengeluaran lochea berwarna merah kehitaman sebanyak

±40 cc. Bagian mulut mukosa bibir tampak lembap, pada payudara areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol serta ASI belum keluar, klien terpasang kateter 200 cc. Pemberian terapi pada Ny.S yaitu injeksi Ketorolac 2x 30mg, Cefotaxime 2 x 1gr. Saat dikaji klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat tidak bergerak membuat klien takut untuk bergerak. Klien juga mengatakan aktivitas terganggu karena gerakan terbatas. Ny.S telah dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil leukosit yang mengalami peningkatan yaitu 12.490 uL.

Kasus Ny.S sejalan dengan pengkajian teoritis, yang mana pada pengkajian didapatkan data tentang nyeri yang dirasakan pada luka operasi yang mengakibatkan klien takut untuk melakukan banyak pergerakan sehingga menyebabkan aktivitas fisik klien terganggu. Pada pemeriksaan payudara didapatkan ASI belum ada karena hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli mammae belum efektif mengeluarkan ASI, sehingga menyusui tidak efektif, dan pada hasil pemeriksaan penunjang didapatkan peningkatan pada leukosit.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Dari diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post *sectio caesarea* diatas, terdapat 3 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi Ny.S. diagnosa yang sesuai dengan kondisi ny.S adalah:

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Dengan data subjektif yang didapatkan klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, nyeri saat bergerak dan berkurang saat tidak bergerak, nyeri seperti disayat, dan nyeri hilang timbul. Pada data objektif ditemukan terdapat luka operasi pada abdomen bawah, klien tampak meringis, skala nyeri 7 (0-10) TTV : TD 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x / menit, suhu 36°C

2) Gangguan mobilitas fisik

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Dengan data subjektif klien mengatakan nyeri saat bergerak, dan klien mengatakan takut bergerak. Pada data objektif didapatkan kekuatan otot menurun, gerakan pasien tampak terbatas, kekuatan otot pada kaki 3/3.

3) Resiko Infeksi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Dengan data subjektif klien mengatakan nyeri pada luka operasinya. Pada data objektif didapatkan terdapat luka operasi pada abdomen bawah, luka operasi tertutup kasa, leukosit 12.490 /mm³, suhu 36,5°C.

3. Tahap Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan dalam sebuah asuhan keperawatan yang dilakukan untuk membantu klien memenuhi kebutuhan kesehatan dan mengatasi masalah keperawatan yang ditentukan. Rencana keperawatan yang terdapat pada teori yang sudah disusun tidak semua bisa diterapkan pada pelaksanaan asuhan keperawatan dikarenakan penulis menyesuaikan dengan kondisi pada Ny. S. Dengan begitu, penulis merancang rencana keperawatan sebagai berikut:

- a. Intervensi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dan meringis menurun. Dilakukan intervensi keperawatan berupa manajemen nyeri diantaranya:
 - 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri yang dirasakan adalah nyeri yang menyebar atau tidak.
 - 2) Identifikasi skala nyeri. Dengan mengidentifikasi skala nyeri dapat mengetahui Skala nyeri
 - 3) Berikan teknik nonfarmakologis. Dengan memberikan teknik nonfarmakologi dapat mengurangi rasa nyeri

- 4) Jelaskan strategi meredakan nyeri. Dengan menjelaskan strategi meredakan nyeri bertujuan agar klien mampu meredakan nyeri secara mandiri, implementasi ini dilakukan bersamaan dengan implementasi pada no 3.
 - 5) Kolaborasi pemberian analgesik. Bertujuan untuk pemberian analgetik
- b. Intervensi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan mobilitas meningkat, kekuatan otot meningkat dan gerakan terbatas menurun. Dilakukan intervensi keperawatan berupa dukungan mobilisasi diantaranya:
- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, yaitu untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi agar keluarga mampu membantu meningkatkan ambulasi
 - 3) Anjurkan melakukan ambulasi dini agar pasien dapat melakukan ambulasi dini
- c. Intervensi pada diagnosa resiko infeksi ditandai dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan kulit bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dan meringis

menurun. Dilakukan intervensi keperawatan berupa pencegahan infeksi diantaranya:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik bertujuan mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien bertujuan untuk menghindari terjadinya infeksi
- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi bertujuan agar pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan
- 5) Kolaborasi pemberian imunisasi (antibiotik)

4. Tahap Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan implementasi perlu meninjau kembali keadaan dan kebutuhan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan klien dapat berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan adanya kerjasama, dukungan dan bantuan dari pembimbing, petugas kesehatan, rekan mahasiswa

serta keluarga Ny.S sehingga asuhan keperawatan dapat berjalan dengan lancar.

a) Implementasi pada diagnosa pertama, penulis melakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun yaitu:

- 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan respon klien mengeluh nyeri pada abdomen bawah, nyeri seperti disayat, nyeri dirasakan di area luka post sc, dan nyeri hilang timbul
- 2) Mengidentifikasi skala nyeri dengan respon klien mengatakan terasa sangat nyeri namun masih bisa dikontrol
- 3) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan respon klien mengatakan dapat mengontrol nyeri dengan tenang
- 4) Berkolaborasi pemberian analgesik dengan respon klien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi injek ketorolac 30mg IV

b) Implementasi pada diagnosa ke dua, penulis melakukan sesuai perencanaan yang telah disusun yaitu:

- 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan respon klien mengatakan nyeri dibagian operasi dan takut bergerak karena nyeri
- 2) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi dengan repon keluarga membantu kebutuhan klien
- 3) Menganjurkan melakukan ambulasi dini dengan respon klien mengatakan mau melakukan ambulasi

c) Pada diagnosa ke tiga, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yang telah disusun yaitu:

- 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan respon: tidak terdapat tanda dan gejala infeksi.
- 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan respon setelah cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi.
- 3) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan respon klien tampak mengerti.
- 4) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi dengan respon klien tampak mengerti cara memeriksa kondisi luka.
- 5) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dengan respon klien tampak memahami nutrisi yang dibutuhkan untuk mempercepat proses penyembuhan.
- 6) Memberikan terapi antibiotik cefotaxime 2x1 gr IV

5. Tahap Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis sudah dilakukan sesuai teori yaitu terdapat evaluasi sumatif dan formatif, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pada Ny.S dengan 3 diagnosa keperawatan, diagnosa tersebut dapat teratasi dan teratasi sebagian pada tanggal 07 April 2023.

- a. Saat dilakukan evaluasi pada diagnosa nyeri akut b.d dengan terputusnya kontinuitas jaringan dalam waktu 8 jam dinyatakan tujuan dan kriteria hasil tercapai.

- b. Saat dilakukan evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik b.d nyeri dinyatakan tujuan dan kriteria hasil tercapai dalam waktu 2x8 jam.
- c. Saat dilakukan evaluasi pada diagnosa Resiko Infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan kulit dinyatakan tujuan dan kriteria hasil teratasi sebagian.

Pada evaluasi ini semua tujuan dan kriteria hasil dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara perawat, klien dan keluarga serta tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny. S adalah 2 diagnosa masalah teratasi dan 1 diagnosa teratasi sebagian. Dokter memutuskan bahwa klien sudah diperbolehkan pulang pada hari jumat 07 April 2023 pukul 15.00 WIB.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 05-08 April 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian yang meliputi biologi, psikologi, sosial dan spiritual pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan prioritas masalah pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari setiap tindakan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 post *sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

Berlatar belakang dari kesimpulan diatas, penulis merekomendasikan sebagai berikut:

1. Rumah Sakit

Diharapkan pihak RSUD dr. Slamet Garut dapat terus mempertahankan serta meningkatkan kebijakan, sarana prasarana, pelayanan dan perawatan yang ada. Penulis sangat terbantu dalam memperoleh data-data dan melakukan asuhan keperawatan karena terfasilitasi dengan baik dari segala aspek.

2. Perawat

Penulis mengharapkan perawat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal baik dengan peningkatan jenjang pendidikan, mengikuti pelatihan dan workshop atau seminar.

3. Klien dan keluarga

Diharapkan keluarga khususnya suami memberikan dukungan yang optimal, meningkatkan kebutuhan nutrisi, menjaga kebersihan diri, menjaga dan melakukan perawatan pada luka operasi untuk menghindari terjadinya infeksi.

4. Institusi Pendidikan

Diharapkan menambah jumlah literatur terbaru dengan tahun terbit minimal 10 tahun terakhir mengenai asuhan keperawatan komprehensif, khususnya mengenai keperawatan maternitas *post sectio caesarea*. Diharapkan juga hasil studi kasus ini dapat dijadikan bahan informasi dan ilmu tambahan bagi profesi dan mahasiswa keperawatan dalam menangani kasus *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, (2017), Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Media
- Cunningham, et al. 2014. Obsetri Williams Edisi 23. Jakarta: EGC
- Dinarti, dkk., (2013). Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dinas kesehatan Jawa barat, (2021). Laporan Kerja Instansi Pemerintah 2020 Bandung: Dinkes Jabar
- Dinas Kesehatan Garut, (2023). Angka Kematian Ibu dan Bayi Tahun 2021
- Kementrian Kesehatan RI, (2023). Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Mardliyaini dan Dewi (2022). *Asuhan Keperawatan Maternitas gangguan Ansietas Pada Ibu Hamil. Primigravida (Cephalopelvic Disproportion)*. Malang: *Jurnal Keperawatan Malang volume 7. No 2, 2022.*
- Maritalia, (2017). Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Nurarif & Hardhi kusuma, (2015). Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic noc (jilid 3). Penerbit mediaction jogja.
- Octaviani, dkk., (2019). *Analisis Penyebab Kematian Maternal Di Kabupaten Garut (Studi Epidemiologi dalam Upaya Menurunkan Kematian Maternal di Provinsi Jawa Barat)*
- Padila, (2015) Asuhan Keperawatan Maternitas II. Yogyakarta: Nuha medik.
- Pahlavi, I. R., Sari, E. D. P., & Ramkita, N. 2017. *Multigravida dengan Riwayat Sectio Caesarea Atas Indikasi Disproporsi Kepala Panggul dengan Penyerta Tumor Paru. Kekurangan Energi Kronik dan Anemia Berat. Jurnal Medula, 7(4),30-36.*
- Prawirohardjo, (2016). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prahardjo
- Ratnawati, (2016). Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Pustaka Baru
- RISKESDAS, (2018). Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS 2018. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

- Riskiyati, (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S P1A1 Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian Asi Post Sectio Caesarea Hari Ke 0 Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Boungevil RSUD Dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.*
- Sukma, (2017). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.* Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Cetakan III (Revisi). 1st edn.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Cetakan II. 1st edn.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Cetakan II. 1st edn.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- Walyani, (2017). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas, dan Menyusui.* Yogyakarta: Pustaka Barupess.
- WHO, (2023). Maternal mortality. Melalui <https://www.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

LAMPIRAN- LAMPIRAN

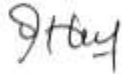
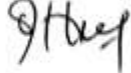
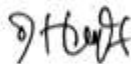
LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Valen Maulani

Nim : KHGA20078

Pembimbing : Eva Daniati S.Kep., Ners., M.Pd

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny.S (P1A) POD 0 *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD) di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf pembimbing
	Masuk	Keluar			
1	30/5-23	30/5-23	BAB I	o) Masukkan Data Statistik o) Cantumkan hasil penelitian o) Komplikasi /Dampak.	
2	7/6-23	7/6-23	BAB I	o) Perbaiki judul o) Perbaiki penulisan o) Susunan kalimat dlm membuat Paragraf o) lanjut Bab II	
3	21/6-23	21/6-23	BAB I	o) Perbaiki susunan Paragraf. o) Perhatikan penulisan	

4.	24/6/23		BAB I	- Acc. - lanjut BAB II	9 Hbf
5	26/6/23		BAB II	- Diperbaiki lagi - lanjut BAB III	9 Hbf
6	27/6/23		BAB II	a) Perhatikan penulisan b) Penambahan pengkajian berdasarkan Teori Acc	9 Hbf
7			BAB III	c) Lengkapi data : Pembahasan diperjelas lagi	9 Hbf
8.			BAB IV	d) Saran / Rekomendasi masalah yg muncul pd pelaksanaan Askep	9 Hbf
9.	03/7/23			Acc selesai	9 Hbf

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok bahasan	: Manajemen Nyeri
Sub pokok bahasan	: Manajemen Nyeri dengan Teknik Tarik Napas Dalam
Sasaran	: Keluarga dan Pasien
Hari/Tanggal	: Jumat, 7 April 2023
Tempat	: Ruang Jade
Waktu	: 30 Menit
Penyuluh	: Valen Maulani

A. TUJUAN

1. Tujuan instruksional Umum

Setelah dilakukan proses penyuluhan kesehatan selama $\pm$ 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami tentang manajemen nyeri pada luka post operasi.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti proses penyuluhan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan pengertian nyeri.
- b. Menyebutkan penyebab timbulnya nyeri.
- c. Menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri.
- d. Menyebutkan cara mengkaji persepsi nyeri.
- e. Menyebutkan cara-cara untuk mengatasi nyeri pada luka post operasi.

B. Metode

Ceramah, diskusi/tanya jawab

C. Media

Leaflet.

D. Materi Penyuluhan

1. Pengertian nyeri
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri
3. Mengkaji persepsi nyeri
4. Cara-cara mengatasi nyeri pada luka post operasi

(Materi terlampir)

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan Penyuluhan	Waktu
1	Pendahuluan a. Mengucapkan salam. b. Menyebutkan nama dan asal. c. Menjelaskan tujuan. d. Mengkaji tingkat pengetahuan Pasien dan keluarga tentang nyeri.	5 menit
2	Kegiatan Inti a. Menjelaskan tentang pengertian, faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri, cara mengkaji persepsi nyeri, cara-cara mengatasi nyeri pada luka post operasi. b. Memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas.	20 menit
3	Penutup a. Mengevaluasi tujuan penyuluhan kesehatan. b. Mengucapkan terima kasih atas perhatian yang diberikan dan memberi salam penutup.	5 menit

F. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. persiapan pasien terlaksana dengan baik berupa kontrak waktu, topik dan tempat.
 - b. Persiapan alat bantu dan media yang digunakan untuk penkes

2. Evaluasi Proses

- a. Pasien dan keluarga dapat mengikuti penkes dengan baik
- b. Pasien dan keluarga kooperatif dalam mengikuti penkes
- c. Media dan alat bantu dapat digunakan dengan baik

3. Evaluasi Hasil

a. Evaluasi Kognitif

Menanyakan kepada keluarga dan pasien:

1. Sebutkan pengertian dari nyeri!
2. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri!
3. Sebutkan cara mengkaji persepsi nyeri!
4. Sebutkan cara-cara mengatasi nyeri pada luka post operasi!

b. Evaluasi Afektif penerima manfaat menyatakan kesediaan melakukan perawatan luka sesuai dengan cara yang telah diajarkan.

MATERI PENYULUHAN

A. PENGERTIAN NYERI

Nyeri adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri dapat memenuhi seluruh pikiran seseorang, mengubah kehidupan orang tersebut. Akan tetapi, nyeri adalah konsep yang sulit dikomunikasikan oleh klien (Berman, 2019).

B. KLASIFIKASI NYERI

Berikut adalah klasifikasi tingkatan dalam nyeri:

1. Nyeri akut adalah sensasi jangka pendek kurang 3 bulan yang menyadarkan kita akan adanya cedera. Seringkali nyeri diabaikan dan hanya dianggap sebagai gejala, bukan sebagai penyakit yang harus diobati sehingga menjadi nyeri kronis.

2. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Sistem saraf anda menerima sinyal rasa sakit dan nyeri yang konstan dari tubuh selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Nyeri kronis dapat menimbulkan rasa terbakar, mati rasa, rasa seperti diiris atau ditusuk. Hal ini terjadi karena kerusakan pada saraf. Tingkatan nyeri terdiri dari skala 1-10 yang artinya sebagai berikut

- a. SKALA 1 = (sangat ringan), seperti gigitan nyamuk
- b. SKALA 2 = (tidak menyenangkan), nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
- c. SKALA 3 = (bisa ditoleransi), nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.
- d. SKALA 4 = (Menyedihkan) Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi
- e. SKALA 5 = (sangat menyedihkan), kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- f. SKALA 6 = (intens), kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
- g. SKALA 7 = (sangat intens), Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.

- h. SKALA 8 = (benar-benar mengerikan), nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
- i. SKALA 9 = (menyiksa tak tertahankan), nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya.
- j. SKALA 10 = (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan), nyeri begitu kuat tak sadarkan diri.

C. TANDA DAN GEJALA NYERI

- 1. Suara
 - a. Menangis
 - b. Merintih
 - c. Menarik/menghembuskan nafas
- 2. Ekspresi Wajah
 - a. Meringis
 - b. Menggigit lidah, mengatupkan gigi
 - c. Tertutup rapat/membuka mata atau mulut
 - d. Menggigit bibir
- 3. Pergerakan Badan
 - a. Kegelisahan
 - b. Mondar-mandir

- c. Gerakan menggosok atau berirama
 - d. Melindungi tubuh
 - e. Otot tegang
4. Interaksi Sosiala. Menghindari percakapan atau kontak sosialb. Berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri
 5. Disorientasi waktu

D. MANAJEMEN NYERI

1. Distraksi

Distraksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan. Contohnya:

- a. Membayangkan hal-hal menarik dan indah
- b. Membaca buku, koran sesuai dengan keinginan
- c. Menonton TV
- d. Mendengarkan musik, radio dll

2. Relaksasi

Teknik relaksasi memberi individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem syaraf otonom. Teknik relaksasi dapat dilakukan dengan:

- a. Teknik massase/pemijatan
- b. Kompres panas atau dingin

c. Teknik relaksasi napas dalam

E. MANFAAT TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

Relaksasi merupakan metode yang efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot.

Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Relaksasi sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan kecemasan sehingga mencegah meningkatnya stimulus nyeri.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa relaksasi merupakan metode efektif untuk menurunkan nyeri yang merupakan pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan dengan mekanisme yang menghentikan siklus nyeri. Berikut beberapa manfaat teknik relaksasi napas dalam:

1. Membuat lebih mampu menghindari stress

2. Mengurangi bahkan mengatasi masalah yang berhubungan dengan stress seperti: sakit kepala, pusing, sulit tidur, hipertensi, mual, muntah, nyeri punggung dan nyeri lainnya.
 - a. Menurunkan dan mengatasi kecemasan
 - b. Membantu menyembuhkan penyakit tertentu seperti darah tinggi dsb
 - c. Meningkatkan penampilan kerja dan social

F. PROSEDUR TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

Teknik pernapasan ini dikenal dengan teknik napas dalam 248, yang merupakan SOP dari PPNI. Dimana teknik napas dalam ini bisa dilakukan sederhana, tidak memakan waktu, tidak memerlukan peralatan, dan dapat dilakukan dimana saja. Berikut penjelasan teknik napas dalam 428

1. Angka 4 mengacu pada udara yang boleh kita hirup. Pejamkan mata sebelum memulai meditasi lalu hirup udara selama 4 detik.
2. Angka 2 mengacu pada saat dimana kita harus menahan napas. Jadi disarankan untuk tidak menghirup atau membuang napas selama 2 hitungan.
3. Angka 8 mengacu pada saat kita menghembuskan napas. Usahan untuk membuang napas melalui mulut secara perlahan dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu). Hitung hingga 8 kali hitungan ketika Anda membuang napas.

Berikut prosedur teknik relaksasi napas dalam 428

1. Jelaskan prosedur yang akan kita lakukan kepada keluarga pasien
2. Ciptakan lingkungan yang tenang
3. Usahakan tetap rileks dan tenang
4. Mulai menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan IN 1234
5. Kemudian menahan napas selama 2 detik dengan hitungan STOP 12
6. Perlahan-lahan hembuskan napas melalui mulut dengan hitungan OUT 12345678
7. Ulangi 3-5 kali
8. Lakukan evaluasi

G. PERTANYAAN & KUNCI JAWABAN

1. Apa pengertian teknik relaksasi nafas dalam ?

Suatu aktivitas yang dapat membantu mengatasi stress atau Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis
2. Bagaimana cara relaksasi nafas dalam ?
 - a. Ciptakan lingkungan yang tenang
 - b. Usahakan tetap rileks dan tenang
 - c. Mulai menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan IN 1234
 - d. Kemudian menahan napas selama 7 detik dengan hitungan STOP 12

e. Perlahan-lahan hembuskan napas melalui mulut dengan hitungan OUT

12345678

f. Ulangi 3-5 kali

g. Lakukan evaluasi

Klasifikasi Nyeri

- 1 Nyeri akut adalah sensasi jangka pendek kurang 3 bulan yang menyadarkan kita akan adanya cedera.
- 2 Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

SKALA 1= sangat ringan
SKALA 2= tidak menyenangkan
SKALA 3= bisa ditoleransi
SKALA 4= Menyedihkan
SKALA 5= sangat menyedihkan
SKALA 6= intens
SKALA 7= sangat intens
SKALA 8= benar-benar mengerikan
SKALA 9= menyiksa tak tertahankan
SKALA 10 =sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan



“

Nyeri adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri dapat memenuhi seluruh pikiran seseorang, mengubah kehidupan orang tersebut. Akan tetapi, nyeri adalah konsep yang sulit dikomunikasikan oleh klien (Berman, 2019).



Valen maulani
KHGA20078

Manajemen Nyeri



Distraksi

Distraksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan. Contohnya:

Membayangkan hal-hal menarik dan indah

Membaca buku, koran sesuai dengan keinginan

Menonton TV

Mendengarkan musik, radio dll

Relaksasi

Teknik relaksasi memberi individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem syaraf otonom. Teknik relaksasi dapat dilakukan dengan:

Teknik massage/ pijatan

Kompres panas atau dingin

Teknik relaksasi napas dalam

MANFAAT TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

PROSEDUR TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

Teknik Relaksasi Napas Dalam 428

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Mulai menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1234
4. Kemudian menahan napas selama 2 detik dengan hitungan STOP 12
5. Perlahan-lahan hembuskan napas melalui mulut dengan hitungan OUT 12345678
6. Ulangi 3-5 kali
7. Lakukan evaluasi
8. Cuci tangan.



RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Valen Maulani
Tempat, Tanggal lahir : Garut, 17 Juni 2002
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Islam
Status : Mahasiswa
Alamat : Kp. Pasir Teureup Rt.01/Rw.12, Desa Cangkuang,
Kecamatan Leles, Garut

B. PENDIDIKAN

2007-2008 Paud Nurul Aghnia
2008-2014 SDN Cangkuang 08
2014-2017 SMPN 3 Leles
2017-2020 SMK Al Farisi Leles
2020-2023 DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut