

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO
CAESAREA POD I INDIKASI PREEKLAMSI BERAT DAN
LETAK SUNGSANG PADA NY. T P8A0 DENGAN
MANAJEMEN NYERI: RELAKSASI OTOT PROGRESIF
DI RUANG JADE RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

MARETHA ATHURSINA

KHGD22044



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

NAMA : MARETHA ATHURSINA
NIM : KHGD 22044
JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA POD I INDIKASI PREEKLAMSI BERAT DAN LETAK SUNGSANG PADA NY. T P8A0 DENGAN MANAJEMEN NYERI: RELAKSASI OTOT PROGRESIF DI RUANG JADE RSUD DR SLAMET GARUT

KARYA ILMIAH AKHIR - NERS

KIA ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing Utama



K. Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : MARETHA ATHURSINA
NIM : KHGD 22044
JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA POD I INDIKASI PREEKLAMSI BERAT DAN LETAK SUNGSANG PADA NY. T P8A0 DENGAN MANAJEMEN NYERI: RELAKSASI OTOT PROGRESIF DI RUANG JADE RSUD DR SLAMET GARUT

KARYA ILMIAH AKHIR-NERS

KIA-Ners ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Profesi
Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada garut

Garut, Agustus 2023

Menyetujui,

Penguji I

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

Penguji II

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

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

Pembimbing

(K. Dewi Budiarti, M.Kep)

ABSTRAK

Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada

Garut, Juli 2023

Maretha Athursina¹⁾, K. Dewi Budiarti, M.Kep²⁾

- 1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
- 2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

Analisis Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea POD I Indikasi Preeklamsi Berat Dan Letak Sungsang Pada Ny. T P8A0 Dengan Manajemen Nyeri :
Relaksasi Otot Progresif Di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut

Sectio Caesarea merupakan proses persalinan melalui pembedahan dengan irisan diperut ibu (lapartomi) dan Rahim (histerotomi) dengan tujuan mengeluarkan fetus atau bayi. *Sectio Caesarea* dilakukan akibat proses persalinan spontan atau pervagina yang tidak memungkinkan untuk dilakukan karena dapat beresiko baik kepada ibu atau bayinya. Salah satu dampak yang paling utama di rasakan oleh pasien *sectio caesarea* adalah nyeri. Nyeri merupakan suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan secara actual maupun potensial. Salah satu cara untuk mengurangi intensitas nyeri dengan terapi non farmakologis yaitu dengan cara teknik relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi otot progresif yaitu suatu tindakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu waktu untuk memberikan perasaan rileks. Tujuan dari Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah mampu menerapkan evidence based practice teknik relaksasi otot progresif pada ibu post partum *sectio caesarea* di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut. Metode yang digunakan dalam penulisan ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan secara langsung pada suatu kasus dan didukung oleh artikel – artikel yang berkaitan dengan perawatan *sectio caesarea*. Hasil dari pemberian asuhan keperawatan didapatkan hasil bahwa skala nyeri pada ibu post partum *sectio caesarea* mengalami penurunan setelah dilakukan intervensi sesuai EBP yaitu dengan teknik relaksasi otot progresif dengan skala nyeri awal 6 menjadi 3 (0-10) di ruang Jade RSUD dr Slamet Garut. Sehingga dapat disimpulkan adanya pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan nyeri ibu post section *caesarea*. Teknik relaksasi otot progresif efektif untuk mengurangi nyeri dan dapat digunakan sebagai salah satu intervensi keperawatan non farmakologis untuk mengatasi nyeri pada pasien post *sectio caesarea*.

Kata Kunci : *Nyeri, Relaksasi Otot Progresif, Sectio Caesarea*

Daftar Pustaka : 25 Buah (2013-2021)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan Rahmat dan Anugrah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul : “Analisis Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Indikasi Preeklamsi Berat Dan Letak Sungsang Pada Ny. T Dengan Manajemen Nyeri: Relaksasi Otot Progresif Di Ruang Jade Rsud Dr Slamet Garut ”.

Karya Ilmiah Akhir Ners ini disusun dan diajukan untuk Menempuh Ujian Profesi Ners pada Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi M,Si Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., Selaku Ketua STIKes. Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, M.Kep., Selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes. Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam penyusunan KIA ini.

6. Ibu Eva Daniati, S.Kep.,Ns.,M.Pd selaku Penguji I yang telah menyediakan waktu, arahan, motivasi dan bimbingan dalam penyusunan KIA ini.
7. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ns.,M.H.Kes selaku Penguji II yang telah menyediakan waktu, arahan, motivasi dan bimbingan dalam penyusunan KIA ini.
10. Yang paling berharga kedua orang tua penulis yang saya cintai dan saya sayangi, serta keluarga besar terimakasih untuk do'a, pengorbanan dan kasih sayang yang tidak akan bisa terbalaskan oleh penulis hingga kapanpun, semoga Allah SWT. Selalu memberikan kesehatan, perlindungan dan selalu di lancarkan dalam segala urusan.
11. Sahabatku Cici sagita yang telah menemaniku dari awal masuk kuliah sampai sekarang yang selalu memberikan support.
12. Diri saya sendiri yang mau dan mampu bertahan, berjuang, berusaha sekuat yang saya bisa, tidak menyerah walau banyak rasa dan godaan yang datang untuk berhenti, terimakasih karena sudah mau untuk tetap kuat.

Semoga Allah SWT senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Akhir kata denga segala kekekuran dan keterbatasan yang ada, semoga KIA ini dapat menambah ilmu baik bagi peneliti maupun bagi para pembaca lainnya.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANGKARYA ILMIAH AKHIR.....	ii
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Penulisan	4
1.2.1. Tujuan Umum	4
1.2.2. Tujuan Khusus	4
1.3. Manfaat	5
1.3.1. Manfaat Teoritis	5
1.3.2. Manfaat Praktis	6
1.4. Sistematik Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Konsep Preeklamsi	7
2.1.1. Definisi	7
2.1.2. Klasifikasi Preeklamsi.....	7
2.1.3. Etiologi	8
2.1.4. Faktor Predisposisi Terjadinya Preeklamsi.....	8
2.1.5. Manifestasi Klinik	10
2.1.6. Patofisiologi.....	11
2.1.7. Komplikasi.....	11

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang	13
2.1.9. Penatalaksanaan	14
2.2. Konsep Letak Sungsang	15
2.2.1 Definisi	15
2.2.2 . Etiologi	15
2.2.3. Manifestasi Klinis	16
2.2.4. Klasifikasi	16
2.2.5. Patofisiologi	17
2.2.6. Komplikasi	18
2.3. Konsep Sectio Caesare	19
2.3.1. Definisi	19
2.3.2. Indikasi	19
2.3.3. Etiologi	20
2.3.4. Klasifikasi	23
2.3.5 Patofisiologi Sectio Caesarea	24
2.3.6. Pathway.....	26
2.3.7. Komplikasi.....	27
2.3.8. Penatalaksanaan Post Operasi.....	27
2.4. Konsep Post Partum	31
2.4.1. Definisi	31
2.4.2. Tahapan Post Partum.....	31
2.4.3. Adaptasi Fisiologis Ibu Post Partum.....	32
2.4.4. Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum.....	37
2.5. Konsep Asuhan Keperawatan	38
2.5.1. Pengkajian	38
2.5.2. Analisa Data	48
2.5.3. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul	53
2.5.4. Intervensi Keperawatan	54
2.5.5. Implementasi Keperawatan	66

2.5.6. Evaluasi Keperawatan	67
2.6. Konsep Evidence Base Practice (EBP) Relaksasi	
Otot Progresif	67
2.6.1. Definisi	67
2.6.2 Prosedur Tindakan.....	68
2.6.3. Evidence Based Practice (EBP)	69
2.6.6.1 Definisi	69
2.6.6.2. Tujuan.....	69
2.6.6.3. Langkah Dalam Pembuatan EBP	70
2.6.6.4. Seleksi Data	71
2.6.6.5. Analisa Data	72
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	74
3.1. Tinjauan Kasus	74
3.1.1. Pengkajian	74
3.1.2. Riwayat Kesehatan.....	75
3.1.4. Pemeriksaan Diagnostik.....	84
3.1.5. Therapy Obat.....	84
3.1.6. Analisa Data	85
3.1.7. Diagnosa Keperawatan.....	87
3.1.8. Intervensi Keperawatan.....	89
3.1.9 Implementasi Keperawatan	92
3.1.10 Evaluasi Keperawatan.....	97
3.2 Pembahasan	106
3.2.1. Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan.....	106
3.2.1. Pengkajian	106
3.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	108
3.2.3. Intervensi Keperawatan.....	111
3.2.4. Implementasi Keperawatan	113
3.2.5. Evaluasi Keperawatan	116

3.2.6 Analisis Pembahasan Evidence Based Practice	118
3.2.7 3 Pembahasan Evidence Based Practice	122
BAB IV KESIMPULAN	126
4.1 Kesimpulan	126
4.2 Saran.....	127
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi Uterus	33
Tabel 2.2 Perbedaan Lochea	34
Tabel 2.3 Analisa Data	48
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan.....	54
Tabel 3.1 Riwayat Persalinan.....	77
Tabel 3.2 Aktivitas Kehidupan Sehari- hari.....	79
Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	84
Tabel 3.4 Analisa Data	85
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.....	89
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	92
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan.....	97
Tabel 3.8 Hasil Analisa Jurnal.....	118

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	26
Bagan 2.2 Diagram Seleksi Artikel.....	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Hasil Observasi Relaksasi Otot Progresif

Lampiran 2. SOP Relaksasi Otot Progresif

Lampiran 3 Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Post partum adalah suatu periode dalam minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara empat hingga enam minggu. Walaupun masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyaknya perubahan fisiologis. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu, komplikasi serius juga sering terjadi (Cunningham, F, et al, 2013). Sectio caesarea adalah proses persalinan melalui pembedahan dengan irisan diperut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) dengan tujuan untuk mengeluarkan fetus atau bayi. Sectio caesarea dilakukan akibat proses persalinan spontan atau pervaginam yang tidak memungkinkan untuk dilakukan karena dapat beresiko baik kepada ibu atau bayinya (Amita et al., 2018).

World Health Organization (2019) menetapkan bahwa batasan rata-rata persalinan melalui proses sectio caesarea di suatu negara sekitar 5 - 15% per 1.000 kelahiran. adanya peningkatan angka persalinan SC dengan indikasi KPD, sebesar 13,6 % disebabkan faktor lain diantaranya yaitu kelainan letak pada janin, PEB, dan riwayat SC (Kemenkes.,et al 2018). Berdasarkan hasil data RISKESDAS tahun 2018 menunjukan kelahiran dengan metode operasi sectio caesarea di Indonesia sebesar 9,8% dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2015 sampai 2018 dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta 19,9% dan terendah di Sulawesi

Tenggara 3,3%. Sedangkan di Jawa Barat sekitar 8,7%. Di RSUD dr. Slamet Garut sendiri tercatat sebanyak 1.433 kasus persalinan section caesarea pada tahun 2019 dan tepatnya terdapat 765 kasus di rawat di Ruang Bedah RSUD dr. Slamet Garut.

Salah satu dampak yang paling utama dirasakan oleh pasien section caesarea adalah nyeri. Nyeri yang timbul berasal dari abdomen akibat insisi yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi. Menurut Khazaro, (2020) nyeri merupakan suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial. Nyeri bersifat subyektif, yang artinya tingkatan nyeri tiap individu berbeda-beda dalam menilai nyeri yang dirasakan. Nyeri juga menyebabkan perasaan tidak nyaman pada individu yang merasakannya. Operasi section caesarea menimbulkan nyeri karena terjadinya perubahan kontinuitas jaringan akibat pembedahan.

Nyeri yang dialami pasien post operasi bersifat akut dan harus segera ditangani. Pada dasarnya terdapat dua cara manajemen nyeri yaitu melalui tindakan farmakologis dan non-farmakologis. Metode non farmakologis merupakan pengganti obat-obatan, tindakan ini diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit. Mengkombinasikan metode non farmakologis dengan obat – obatan merupakan cara yang paling efektif untuk mengontrol nyeri. Pengendalian nyeri nonfarmakologis menjadi lebih murah, mudah, efektif, dan tanpa efek yang merugikan (Potter dan Perry, 2016).

Penatalaksanaan nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri dapat berupa stimulasi dan massase kutaneus, terapi es dan panas, stimulasi saraf elektrik

transkutaneus (TENS), distraksi, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis merupakan salah satu fungsi independen yang tidak tergantung pada petugas medis lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara mandiri dengan keputusannya sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar manusia (Potter & Perry, 2010; Harnilawati, 2013).

Ada beberapa teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi nafas dalam, relaksasi genggam jari dan teknik relaksasi otot progresif. Relaksasi otot progresif adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Greenberg, 2013). Tujuan dari relaksasi otot progresif adalah untuk mengurangi konsumsi oksigen tubuh, laju metabolisme tubuh, laju pernafasan, ketegangan otot, kontraksi ventikuler premature dan tekanan darah sistolik serta gelombang alpha otak (Greenberg,2013). Teknik relaksasi otot progresif ini dapat mengurangi stres dan mencapai keadaan relaksasi yang mendalam (Greenberg,2013).

Hal ini akan meningkatkan kekebalan tubuh dan rasa tenang sehingga tubuh akan melakukan pelepasan endorphin yang merupakan pereda rasa sakit dan dapat menciptakan perasaan nyaman (Esa, 2017). Selain itu teknik relaksasi otot progresif juga dapat digunakan sebagai terapi tambahan yang menjanjikan untuk pasien yang menjalani operasi daerah perut sehingga dapat meminimalkan rasa nyeri pasien pasca operasi sehingga dapat membantu proses penyembuhan dan meningkatkan kualitas hidup mereka (R & HK, 2017). Perawat berperan besar

dalam penanggulangan nyeri non farmakologis yakni melatih teknik relaksasi otot progresif akan mengurangi intensitas nyeri ibu post sectio caesarea.

Hasil penelitian Andria pragholapati (2020) menyatakan Hasil lebih dari setengah klien post operasi sectio caesarea berada di skala nyeri 6 sebelum dilakukan relaksasi otot progresif dan hampir setengahnya memiliki skala nyeri 3 dan 4 sesudah dilakukan relaksasi otot progresif didapatkan nilai $p\text{ value} = 0.000$, sehingga disimpulkan ada pengaruh teknik relaksasi otot progresif terhadap nyeri pada klien post sectio caesarea.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis ingin mengulas mengenai manajemen nyeri post section caesarea dengan Teknik relaksasi otot progresif dengan judul “ ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA POD I INDIKASI PREEKLAMSI BERAT DAN LETAK SUNGSANG PADA NY. T P8A0 DENGAN MANAJEMEN NYERI: RELAKSASI OTOT PROGRESIF DI RUANG JADE RSUD DR SLAMET GARUT”.

1.2. Tujuan Penulisan

1.2.1. Tujuan Umum

Mampu melakukan analisis asuhan keperawatan post sectio caesarea POD I indikasi preeklamsi berat dan letak sungsang pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri ; relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.

1.2.2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu Menyusun intervensi keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu melakukan dan menganalisis *evidence based practice* pada penerapan intervensi manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- g. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.

1.3. Manfaat

1.3.1. Manfaat Teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan mampu menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang keperawatan maternitas terutama mengenai intervensi dan implementasi pada nyeri post sectio caesarea.

1.3.2. Manfaat Praktis

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

1.4. Sistematik Penulisan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Preeklamsi

2.1.1. Definisi

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah $\geq 140/90$ MmHg disertai dengan edema dan proteinuria (Faiqoh, 2014).

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah, tingginya kadar protein dalam urine serta edema. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (new onset hypertension with proteinuria) (POGI, 2016).

2.1.2. Klasifikasi Preeklamsi

Menurut (Sukarni, 2017) dalam bukunya menjelaskan hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

a. Preeklampsia Ringan

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 140/90 MmHg atau lebih dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik duduk maupun telentang. Protein Uria 0,3 gr/lit atau +1/+2. Edema pada

ekstermitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan > 1 Kg/per minggu.

b. Preeklampsia Berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110 MmHg atau lebih. Protein Uria 5 gr/lit atau lebih, terdapat oliguria (Jumlah urine kurang dari 500 cc per 2 jam) serta adanya edema pada paru serta cyanosis. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium.

2.1.3. Etiologi

Penyebab preeklamsi ialah bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa. Bertambahnya frekuensi yang semakin tuanya kehamilan. Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus. Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma. Kelainan ini sering dikenal sebagai *the diseases of theory*. Teoriteori tersebut ialah peran Prostaksiklin dan Tromboksan (Sukarni & Wahyu, 2013).

Secara pasti penyebab timbulnya gejala tersebut belum diketahui secara pasti, diduga ada keterkaitan beberapa hal berikut : penyakit Trophoblastic, Multigravida, penyakit Hipertensi kronik, penyakit ginjal kronik, hidramnion, gemmeli, usia ibu lebih dari 35 tahun, cenderung genetic, memiliki riwayat preeklamsi, DM, obesitas, molahidatidosa.

2.1.4. Faktor Predisposisi Terjadinya Preeklamsi

Menurut (anonim,2011) faktor predisposisi karena preeklampsia di bagi menjadi 5 yaitu :

a. Diabetes Melitus

Diabetes Melitus yang di anggap merupakan predisposisi pada preeklampsia ringan, yang angka kejadian nya kemungkinan patofisiologinya bukan karena preeklampsia murni, melainkan di sertai kelainan ginjal/vaskular primer akibat diabetesnya. dimana pada penyakit diabetes melitus yang di temukan adalah kelainan anatomi dan metabolic pada prediabetic dan timbul bila ada tekanan (stress) seperti adanya kehamilan.

b. Kehamilan Ganda

Pada kehamilan ganda frekuensi preeklamsia lebih sering karena uterus yang membesar ibu mengeluh sesak nafas, sering miksi , serta terdapat edema dan varises pada tungkai dan vulva , serta proteinuria dan hipertensi gravidarum lebih tinggi pada kehamilan kembar.

c. Obesitas

Timbulnya edema didahului oleh pertambahan berat badan yang berlebihan / obesitas. Dimana edema itu terjadi karena adanya penumpukan cairan secara umum dan berlebihan di jaringan tubuh . edema dapat menyebabkan kenaikan berat badan tubuh .pertambahan berat 0,5kg pada seseorang yang hamil di anggap normal.edema sudah pasti obesitas , namun obesitas belum pasti edema.meskipun keduanya punya ciri-ciri yang sama,yaitu pertambahan berat badan namun pada obesitas tidak terjadi penimbunan air yang berlebihan pada ruangan interstitiall.

d. Umur diatas 35 tahun

Umur diatas 35 th merupakan faktor predisposisi preeklamsi ringan,karena pada wanita hamil yang berusia lebih dari 35 tahun dapat terjadi hipertensi laten .

e. Riwayat Hipertensi

Dasar penyebab preeklamsi di suga adalah gangguan fungsi endotel pembuluh darah (sel pelapis dalam pembuluh darah) yang menimbulkan vasospasme lumen pembuluh darah mengecil / menciut .(Anonim,2011).

2.1.5. Manifestasi Klinik

1. Gejala awal yang muncul adalah hipertensi, dimana untuk menegakkan tersebut adalah yaitu kenaikan tekanan sistole paling tidak naik hingga 30 mmHg atau lebih dibandingkan dengan tekanan darah sebelumnya. Kenaikan diastolik 15 mmHg atau menjadi 90 mmHg atau lebih, Untuk memastikan diagnose tersebut harus dilakukan pemeriksaan tekanan darah minimal dua kali dengan jarak waktu 6 jam pada saat istirahat.
2. Edema adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dengan kenaikan BB yang berlebihan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Bila kenaikan BB lebih dan 1 Kg setiap minggunya selama beberapa kali, maka perlu adanya kewaspadaan akan timbulnya preeklamsi.
3. Proteinuri berarti konsentrasi protein dalam urin $> 0,3$ gr/liter urin 24 jam atau pemeriksaan kuantitatif menunjukkan + 1 atau + 2 atau 1 gr/liter atau lebih dalam urine midstream yang diambil minimal 2 kali dengan jarak

waktu 6 jam. Proteinuri timbul lebih lambat dari dua gejala sebelumnya, sehingga perlu kewaspadaan jika muncul gejala tersebut.

2.1.6. Patofisiologi

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal di temukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus , lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui satu set darah merah . jadi jika semua arteri darah dalam tubuh mengalami spasme ,maka tekanan darah akan naik sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. sedangkan kenaikan berat badan dan edema di sebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstital, proteinuria dapat di sebabkan oleh spasme arteriola sehingga aliran darah ke ginjal dan fungsi glomerulus menurun (Mochtar, 2012).

2.1.7. Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari preeklampsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut (Marianti, 2017) :

1. Bagi Ibu

- a. Sindrom HELLP (Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
- b. Eklamsia, preeklamsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.

- c. Penyakit kardiovaskular, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklamsia.
 - d. Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti, paru, ginjal, dan hati.
 - e. Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
 - f. Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan perdarahan serius dan kerusakan plasenta, yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.
 - g. Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami perdarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah, dan juga karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.
2. Bagi Janin
- a. Prematuritas
 - b. Kematian Janin

- c. Terhambatnya pertumbuhan janin
- d. Asfiksia Neonatorum

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut (Abiee, 2012) :

1) Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah :
 - a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr %)
 - b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37 – 43 vol %).
 - c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150 – 450 ribu/mm³).
- b. Urinalisis Ditemukan protein dalam urine
- c. Pemeriksaan Fungsi hati
 - a) Bilirubin meningkat (N= < 1 mg/dl)
 - b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat
 - c) Aspartat aminotransferase (AST) > 60 ul.
 - d) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N= 15-45 u/ml).
 - e) Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT) meningkat (N= 2,4-2,7 mg/dl)
- d. Tes kimia darah
 - Asam urat meningkat (N= 2,4-2,7 mg/dl)

2) Radiologi

a) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

b) Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin lemah.

2.1.9. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2017) penatalaksanaan pada preeklampsia adalah sebagai berikut :

- 1) Tirah Baring miring ke satu posisi.
- 2) Monitor tanda-tanda vital, refleks dan DJJ.
- 3) Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam.
- 4) Pemenuhan kebutuhan cairan : Jika jumlah urine < 30 ml/jam pemberian cairan infus Ringer Laktat 60-125 ml/jam.
- 5) Pemberian obat-obatan sedative, anti hipertensi dan diuretik.
- 6) Monitor keadaan janin (Aminoscopy, Ultrasografi). Monitor tanda-tanda kelahiran persiapan kelahiran dengan induksi partus pada usia kehamilan diatas 37 minggu.

2.2. Konsep Letak Sungsang

2.2.1 Definisi

Letak sungsang merupakan keadaan di mana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Letak sungsang salah satu jenisnya yaitu presentasi bokong dengan angka kejadian sekitar 2-4 % (Muchtar,2013). Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Winkjosastro,2013).

2.2.2 . Etiologi

Menurut Indrayani (2013) sebab-sebab yang menimbulkan terjadinya letak sungsang dapat berasal dari :

1. Multipara.
2. Prematuritas karena bentuk rahim relatif kurang lonjong, air ketuban masih banyak, dan kepala janin relatif besar.
3. Hidramion karena janin mudah bergerak.
4. Plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala janin ke dalam pintu atas panggul.
5. Kelainan bentuk kepala janin seperti anensefalus dan hidrocefalus karena keduanya dapat mempengaruhi bentuk fungsi atau gerakan janin (kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul).
6. Penyebab lain seperti: anomali rahim, kehamilan ganda, panggul sempit, dan tumor pelvis.

2.2.3. Manifestasi Klinis

Menurut Winkjosastro (2013) tanda dan gejala letak sungsang yaitu :

1. Pergerakan anak terasa oleh ibu dibagian perut bawah dibawah pusat dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.
2. Pada palpasi teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri.
3. Punggung anak dapat teraba pada salah satu sisi perut dan bagian- bagian kecil pada pihak yang berlawanan. Diatas symphysis teraba bagian yang kurang bulat dan lunak.
4. Bunyi jantung janin terdengar pada punggung anak setinggi pusat.

2.2.4. Klasifikasi

Menurut Manuba (2014), presentasi bokong atau letak sungsang sendiri dibagi menjadi :

1. Letak bokong miring : presentasi bokong miring, dalam Bahasa Inggris “Frank Breech”. Bokong saja yang menjadi bagian depan sedangkan kedua tungkai lurus ke atas.
2. Letak bokong kaki : Disamping bokong teraba kaki dalam Bahasa Inggris “ Complete Breech”. Disebut letak bokong kaki sempurna atau tidak sempurna kalau disamping bokong teraba kedua kaki atau satu kaki saja.
3. Letak lutut (presentasi lutut) dan letak kaki (presentasi kaki) dalam Bahasa Inggris kedua letak tersebut disebut “Incomplete Breech”. Tergantung pada terabanya kedua kaki atau lutut atau hanya teraba satu

kaki atau lutut disebut letak kaki atau lutut sempurna dan letak kaki atau lutut tidak sempurna.

Dari letak – letak tersebut, letak bokong murni paling sering dijumpai. Punggung biasanya terdapat kiri depan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi pada kehamilan muda dibandingkan dengan kehamilan term dan lebih banyak pada multigravida dari pada primigravida. Salah satu cara dalam mengatasi keadaan tersebut adalah dengan tindakan operatif yaitu persalinan *sectio caesarea*.

2.2.5. Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relative lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang. Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar dari pada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. Sayangnya, beberapa fetus tidak seperti itu. Sebagian dari mereka berada dalam posisi sungsang (Prawiroraharjo, 20130).

2.2.6. Komplikasi

Menurut Winkjosastro (2013) komplikasi yang terjadi yaitu :

1. Komplikasi pada ibu

- 1) Perdarahan
- 2) Robekan jalan lahir
- 3) Infeksi

2. Komplikasi pada bayi

1) Asfiksia bayi, dapat disebabkan oleh :

- a) Kemacetan persalinan kepala (aspirasi air ketuban - lendir)
- b) Perdarahan atau edem jaringan otak
- c) Kerusakan medulla oblongata
- d) Kerusakan persendian tulang leher
- e) Kematian bayi karena asfiksia berat

2) Trauma persalinan

- a) Dislokasi-fraktur persendian, tulang ekstremitas.
- b) Kerusakan alat vital : limpa, hati, paru-paru atau jantung
- c) Dislokasi fraktur persendian tulang leher : fraktur tulang dasar kepala; fraktur tulang kepala; kerusakan pada mata, hidung atau telinga; kerusakan pada jaringan otak.

3) Infeksi, dapat terjadi karena :

- a) Persalinan berlangsung lama
- b) Ketuban pecah pada pembukaan kecil
- c) Manipulasi dengan pemeriksaan dalam

2.3. Konsep Sectio Caesare

2.3.1. Definisi

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2019). Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) merupakan proses untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding abdomen dan rahim. Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan atas indikasi medis, baik dari sisi ibu maupun janin yang dapat membahayakan nyawa ibu ataupun bayinya (Cunningham et al, 2018).

2.3.2. Indikasi

Menurut Amin & Hardi (2013) operasi Sectio Caesarea dilakukan atas indikasi sebagai berikut :

3. Indikasi yang berasal dari Ibu

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

4. Indikasi yang berasal dari Janin

Fetal distress/ gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (giant baby), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti

prolaps tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu plasenta previa, solutio plasenta, plasenta accreta, dan vasa previa. kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (multiple pregnancy).

2.3.3.Etiologi

Menurut Falentina (2019), penyebab sectio caesarea sebagai berikut :

1. CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)

Cephalo pelvik disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

2. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khorioikarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

4. Bayi Kembar

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

5. Faktor hambatan jalan lahir

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

6. Kelainan letak janin

a) Kelainan pada letak kepala

1) Letak kepala tengadah

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

2) Presentasi muka

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

3) Presentasi dahi

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

b) Letak sungsang

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

c) Kelainan letak lintang

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

2.3.4. Klasifikasi

Ada beberapa klasifikasi section caesarea menurut Purwoastuti & Walyani, (2015) :

1. Sectio Caesarea Klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
2. Sectio Caesarea Transperitonel Profunda
Sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.
3. Histerektomi Caesarea yaitu bedah Caesarea diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

4. Sectio Caesarea extraperitoneal

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

2.3.5 Patofisiologi Sectio Caesarea

Kondisi yang menyebabkan perlu adanya tindakan pembedahan persalinan karena adanya kendala pada tahapan melahirkan yang menyebabkan bayi lahir tidak normal. Seperti panggul sempit, plasenta previa, partus lama dan partus tak maju, pre-eklamsi dan lain-lain. Dalam proses pembedahan dilakukan tindakan pembiusan, pengaruh dari pembiusan tersebut terjadinya penurunan medula oblongata sehingga terjadinya penurunan reflek batuk terjadilah akumulasi sekret yang menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan napas, pengaruh lainnya yaitu bisa menyebabkan penurunan kerja pons, sehingga otot eliminasi tidak berfungsi secara normal terjadinya penurunan peristaltik usus yang menyebabkan terjadinya konstipasi.

Selain tindakan pembiusan proses pembedahan dilakukan Tindakan perlukaan terhadap dinding abdomen / luka operasi dimana terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik menyebabkan gangguan rasa nyaman nyeri. Apabila jaringan terbuka dengan proteksi kurang akan menyebabkan masalah risiko infeksi. Pasien setelah melahirkan atau masa nifas akan mengalami gangguan eliminasi yang disebabkan penurunan sensitivitas dan sensasi kandung kemih

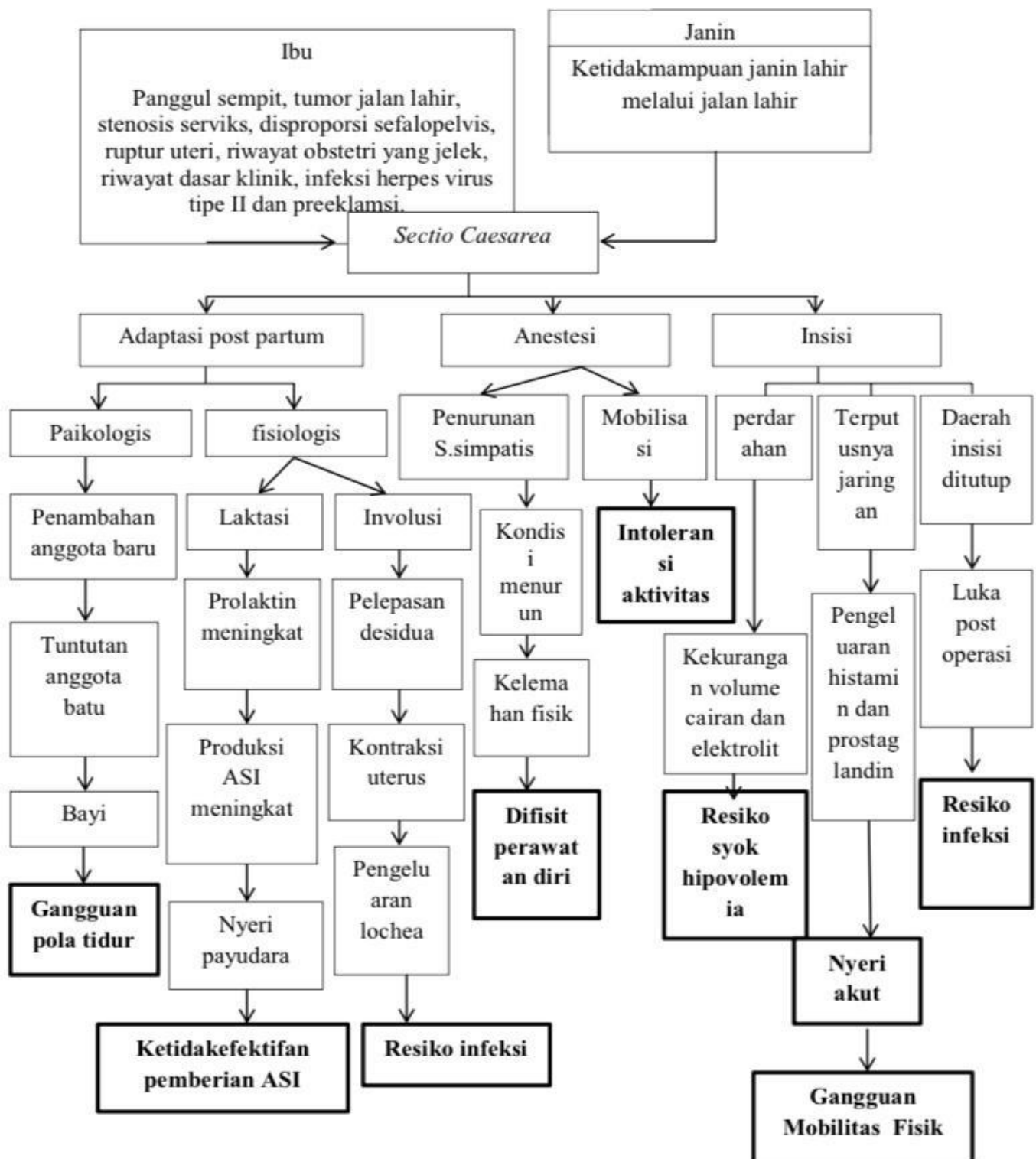
akibat edema dan memar di uretra diawali distensi kandung kemih, kemudian pasien juga mengalami perubahan psikologis karena penambahan anggota baru dan menyebabkan masalah gangguan pola tidur. Pada masa nifas hormon estrogen dan progesteron akan mengalami penurunan sehingga kontraksi uterus mengalami involusi adekuat dan tidak adekuat, involusi yang tidak adekuat akan menyebabkan perdarahan, HB turun, suplai O₂ menjadi kurang terjadinya kelemahan sehingga menimbulkan masalah defisit perawatan diri. Akibat dari perdarahan yang banyak bisa mengakibatkan tubuh kekurangan volume cairan dan elektrolit sehingga terjadinya risiko syok hipovolemik.

Penurunan hormon estrogen dan progesteron dapat merangsang pertumbuhan kelenjar susu dan peningkatan hormon prolaktin yang merangsang laktasi oksitosin menyebabkan ejeksi ASI efektif dan tidak efektif, ejeksi ASI yang efektif dapat memenuhi nutrisi bayi sementara ejeksi ASI yang tidak efektif disebabkan kurangnya informasi, defisiensi pengetahuan tentang perawatan payudara sehingga payudara menjadi bengkak dan mengakibatkan bayi kurang mendapatkan ASI menyebabkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI (Nurarif, dkk 2016)

2.3.6 Pathway

Bagan 2.1

Pathway



Sumber : (Nurarif, dkk 2016 dan Mitayani,2012)

2.3.7 Komplikasi

Menurut Chamberlain, (2013), komplikasi *section caesarea* yaitu :

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

2.3.8 Penatalaksanaan Post Operasi

Menurut Hartanti, (2014), ibu post sectio caesarea perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

1. Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena

harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Wanita dengan berat badan rata-rata dengan hematokrit kurang dari atau sama dengan 30 dan volume darah serta cairan ekstraseluler yang normal umumnya dapat mentoleransi kehilangan darah sampai 2.000 ml.

2. Ruang Perawatan

a) Monitor tanda-tanda vital

Tanda-tanda vita yang perlu di evaluasi adalah tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, jumlah urine, jumlah perdarahan, dan status fundus uteri.

b) Pemberian obat-obatan

Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti, Tramadol, Antrain, Ketorolak. Pemberian antibiotik seperti Cefriaxone, Cefotaxime dan sebagainya.

c) Terapi Cairan dan Diet

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan, namun apabila pengeluaran urine turun, dibawah 30 ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 1%, garam fisiologi dan RL sevara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah dapat diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan. Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus, lalu dianjurkan untuk pemberian minuman dan

makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih.

d) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi atau keesokan paginya setelah pembedahan dan pemberian makanan padat bisa diberikan setelah 8 jam, bila tidak ada komplikasi.

e) Ambulasi Dini

Ambulasi dilakukan 6 jam pertama setelah operasi harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Latihan pernafasan dapat dilakukan sedini mungkin setelah ibu sadar sambil tidur telentang. Hari kedua post operasi, pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Pasien dapat diposisikan setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

f) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi Sectio Caesarea.

g) Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah salah satu usaha membantu keluarga/individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

h) Perawatan Luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit, bila balutan basah dan berdarah harus segera dibuka dan diganti. Perawatan luka juga harus rutin dilakukan dengan menggunakan prinsip steril untuk mencegah luka terinfeksi.

3. Personal Hygiene

a) Perawatan Payudara

Sebaiknya perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya.

b) Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air kecil atau besar perineum dibersihkan secara rutin, dengan lembut dari sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi dengan tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

2.4 Konsep Post Partum

2.4.1. Definisi

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

Post partum merupakan masa transisi baik fisik dan psikologis bagi ibu dan keluarga. Semua anggota keluarga harus beradaptasi dengan struktur keluarga baru, menyatukan bayi baru lahir ke dalam sistem keluarga yang sudah ada dan mengembangkan pola interaksi yang berbeda dalam unit keluarga tersebut (Reeder, 2014).

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

2.4.2. Tahapan Post Partum

Menurut Maryunani, (2017) post partum dibagi dalam 3 tahap/periode, yaitu:

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

- d) Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri.
- e) Peran : teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

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

- a) Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- b) Peran : memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dari cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

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

- 1. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat, terutama bila ibu selama hamil maupun bersalin, ibu mempunyai komplikasi, masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih lama sampai tahunan.
- 2. Peran : pada periode ini tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2.4.3. Adaptasi Fisiologis Ibu Post Partum

1. Involusi Uteri

Menurut Marmi (2015) adalah Involusiuteri atau pengerutas uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uterus dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil.

Tabel 2.1
Involusi Uterus

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

Sumber: Marmi, 2015

2. Involusi Tempat Plasenta

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

3. Perubahan pada Serviks

Segera setelah berakhirnya kala IV, serviks menjadi sangat lembek, kendur, terkulai, dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antar korpus dan serviksuteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 jari saja yang dapat masuk (Yanti, 2014).

4. Lochea

Menurut Marmi (2015), Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, diantaranya :

1) Lochea Rubra atau merah (krurnta)

Muncul pada hari pertama sampai hari ke tiga masa nifas. Warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan atau luka pada plasenta.

2) Lochea Sanguinolenta

Berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari keempat-ketujuh

3) Lochea Serosa

Muncul pada hari ketujuh sampai keempat belas masa nifas. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan.

4) Lochea Alba

Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati, berwarna putih. Setelah dua minggu sampai enam minggu post partum .

Tabel 2.2
Perbedaan Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua, verniks, caseosa, rambut lanugo, sisa meconium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur darah	Sisa darah bercampur darah
Serosa	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Marmi, 2015

5. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan sebelum hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Yeyeh,2011:61).

6. Payudara (Mamae)

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

7. Perineum

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

8. Sistem Pencernaan

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

9. Sistem Perkemihan

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

10. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang selama proses persalinan setelah bayi lahir akan berangsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Putusnya serat-serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya tekanan pada hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Ambulasi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut (Febrianti&Aslina,2019).

11. Perubahan Sistem Endokrin

Menurut Febrianti&Aslina (2019) perubahan sistem endokrin meliputi :

- 1) Hormon plasenta . Selama periode pascapartum akan terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta dapat menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta akan menurun dengan cepat setelah proses persalinan.
- 2) Hormon pituitari, akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, *Follicle Stimulating Hormon* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3. Untuk LH masih tetap rendah hingga ovulasi terjadi.
- 3) Hormon oksitosin, dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara.

Selama tahap ketiga persalinan, oksitoksin menyebabkan pemisahan plasenta.

- 4) Hipotalamikpituitari ovarium, akan mempengaruhi lama tidaknya ibu mendapatkan menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar esterogen dan progesterone.

12. Sistem Hematologi

Pada minggu akhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor faktor pembekuan darah akan meningkat. Di hari pertama, kadar fibrinogen dan plasma akan menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas dimana telah meningkatkan faktor pembekuan darah leukositosis. Jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan. Jumlah sel darah putih tersebut bias naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis (Febrianti&Aslina,2019).

2.4.4. Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum

Menurut Vivian(2013). Adaptasi Pisiologis Ibu Masa Nifas dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Fase *Taking-in*

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

2. Fase *Taking-hold*

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

3. Fase *Letting-go*

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

2.5. Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1. Pengkajian

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

a. Pengumpulan Data

Langkah ini merupakan langkah awal dan dasar dari proses keperawatan. Klien, keluarga, pemeriksaan medis maupun catatan adalah

sumber untuk pengumpulan data dan mengandung unsur Bio-Psiko-Sosial-Spiritual secara menyeluruh. data yang dikumpulkan terdiri atas:

1. Identitas

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

2. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

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

b) Riwayat Penyakit Sekarang

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

c) Riwayat Penyakit Dahulu

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

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit yang diderita oleh anggota keluarga lain, seperti kehamilan kembar, penyakit yang dapat diturunkan dan penyakit yang dapat ditularkan seperti hepatitis dan TBC.

e) Riwayat Ginekologi Dan Obstetri

(1) Riwayat Ginekologi

(a) Riwayat Menstruasi

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

(b) Riwayat Perkawinan

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

(c) Riwayat Keluarga Berencana

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

(2) Riwayat Obstetri

(a) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

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

(b) Riwayat Kehamilan Sekarang

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

(c) Riwayat Persalinan Sekarang

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

3. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

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

2) Tanda Vital

- a) Tekanan darah pada nifas normal <80-100 mmHg
- b) Nadi pada nifas normalnya 80-100x/menit
- c) Pernafasan pada nifas normal 16-20x/menit
- d) Suhu normalnya 36,4°C sampai 37,4°C

3) Pemeriksaan Fisik Head To Toe

a) Kepala

Bentuk simetris, biasanya tidak terdapat nyeri tekan, warna rambut hitam, penyebaran merata, tidak ada benjolan yang abnormal, kebersihan rambut kotor, muncul keluhan pusing.

b) Mata

Bentuk simetris antara kiri dan kanan, kemungkinan konjungtiva anemis, warna sklera putih, refleks pupil mengecil saat diberi rangsang cahaya dan menebal saat cahaya dihindarkan, fungsi penglihatan baik ditandai dengan klien dapat membaca papan nama perawat. Biasanya tidak ada keluhan.

c) Telinga

Bentuk simetris antara kiri dan kanan, biasanya tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, biasanya fungsi pendengaran baik ditandai dengan klien menoleh saat dipanggil oleh perawat, biasanya tidak ada keluhan.

d) Hidung

Bentuk simetris, biasanya tidak terdapat sekret, tidak terdapat PCH, fungsi penciuman baik ditandai dengan klien dapat membedakan bau kayu putih dan alkohol, biasanya tidak ada keluhan.

e) Mulut

Bentuk bibir simetris, biasanya mukosa bibir kering, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat caries gigi, lidah nampak bersih, fungsi

pengecapan baik ditandai biasanya dengan klien dapat membedakan rasa asin dan manis.

f) Leher

Biasanya tidak terdapat pembengkakan atau pembesaran JVP, pergerakan bebas, tidak terdapat lesi.

g) Dada

Bentuk simetris, biasanya irama nafas teratur, bunyi jantung S1/S2 (lup/dup, tidak ada bunyi tambahan / mur-mur), tidak terdengar suara tambahan whezing (-), ronkhi (-), tidak terdapat benjolan dan nyeri tekan. Payudara simetris, biasanya terdapat hiperpigmentasi areola, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI, mammae tegang terdapat nyeri tekan, puting susu terbenam, kolostrum belum keluar, payudara nampak bersih.

h) Abdomen

Kaji adakah striae dan linea alba. Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras. Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi. Tinggi Fundus Uteri: Segera setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari. Hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat. Hari ke 3 - 4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat Hari ke 5 - 7 post partum TFU pertengahan

pusatsymfisis 4. Hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi. Jika kontraksi lemah atau perut teraba lunak menunjukkan kontraksi uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadinya perdarahan, posisi fundus apakah sentral atau lateral. Posisi ateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh. Uterus, setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah kelahiran, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh involusi. Jika menggunakan anastesi umum biasanya ada penurunan bising usus.

i) Genetalia

Biasanya terpasang kateter urin. Biasanya terdapat lochea yang muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa nifas yaitu lochea rubra, pada hari keempat sampai hari ketujuh yaitu lochea sanguinolenta, pada hari ketujuh sampai hari keempat belas masa nifas yaitu lochea serosa, dan dua minggu sampai enam minggu masa nifas yaitu lochea alba.

j) Ekstremitas

Atas : Bentuk simetris antara kanan dan kiri .

Bawah : Bentuk simetris antara kanan dan kiri , Umumnya terjadi kelemahan sebagai dampak anastesi yang mendefresikan system

saraf pada Musculoskeletal sehingga terjadinya penurunan tonus otot, kurangnya mobilitas fisik dapat menyebabkan terjadinya tromboplebitis yang ditandai dengan homan sign (+).

4. Pola Aktivitas

a. Nutrisi

Mengkaji kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah dirawat di RS, mencakup frekuensi makan, jenis makan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Biasanya pada ibu postpartum ibu mengalami anoreksia dan penurunan porsi makanan.

b. Pola Eliminasi

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

c. Pola Istirahat Tidur

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

d. Personal hygiene

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

5. Aspek Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

1) Pola Pikir dan Persepsi

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

2) Persepsi Diri

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

3) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

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

b) Ideal Diri

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

c) Peran Diri

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

d) Identitas Diri

Apakah kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

e) Harga Diri

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

4) Hubungan komunikasi

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

5) Kebiasaan Seksual

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

b. Spiritual

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

6. Pemeriksaan Penunjang

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

Biasanya pemeriksaan darah rutin seperti hematocrit, eritrosit, trombosit cenderung normal, akan tetapi hemoglobin dan leukosit mengalami sedikit peningkatan.

2.5.2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Fuzi,2019). Analisa data yaitu proses intelektual yang meliputi kegiatan menyelidiki, mengklasifikasi dan mengelompokan data. Kemudian mencari kemungkinan penyebab dan dampak serta menentukan masalah atau penyimpangan yang terjadi.

Tabel 2.3 Analisa Data

Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	2	3
Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Tanda Minor Objektif :	Sectio caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Pengeluaran histamin dan prostaglandin	Nyeri Akut (D.0077)

1	2	3
1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	↓ Nyeri Akut	
Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Tanda Minor Subjektif: 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif: 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	Secsio caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Pengeluaran histamin dan prostaglandin ↓ Nyeri akut Keterbatasan aktivitas ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
Faktor Resiko 1. Penyakit kronis(mis: DM) 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan	Sectio caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Luka bekas insisi	Resiko Infeksi (D.0142)

1	2	3
organisme pathogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: 1) Gangguan peristaltik 2) Kerusakan integritas kulit 3) perubahan sekresi PH 4) penurunan kerja silia 5) Ketubahn pecah lama 6) Ketuban pecah sebelum waktunya 7) Merokok 8) statis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: 1) Penurunan hemoglobin 2) Imununosupresi 3) Leukopenia 4) Supresi respon inflamasi 5) Vaksinasi tidak adekuat Kondisi Klinis Terkait 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Diabetes melitus 4. Tindakan invasive 5. Kondisi penggunaan terapi steroid 6. Penyalahgunaan obat	↓ Invasi ↓ Resiko infeksi	

1	2	3
7. Ketuban pecah sebelum waktunya 8. Kanker 9. Gagal ginjal 10. Imunosupresi 11. Lymphedema 12. Leukositopenia Gangguan fungsi hati		
Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengekuk tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif: Tidak tersedia Tanda Minor Subjektif : 1. Mengeluh Kemampuan beraktifitas menurun Objektif : Tidak tersedia	Sectio caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Pengeluaran histamin dan prostaglandin Nyeri ↓ Gangguan Pola Tidur	Gangguan Pola Tidur (D.0055)
Tanda Mayor Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 2. Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 3. Minat melakukan perawatan diri kurang	Sectio caesarea ↓ Anastesi ↓ Penurunan saraf simpatis ↓ Kondisi menurun ↓	Defisit Perawatan Diri (D.0109)

1	2	3
2. Trauma/perdarahan 3. Luka bakar 4. AIDS 5. Penyakit Crohn 6. Muntah 7. Diare 8. Kolitis ulseratif		

2.5.3. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

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

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

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik
2. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Keterbatasan gerak
3. Resiko Infeksi
4. Gangguan Pola Tidur b.d luka operasi
5. Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan Fisik
6. Menyusui Tidak Efektif b.d adaptasi post partum
7. Resiko Hipovolemia

2.5.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4
Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik yang ditandai dengan :Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Tanda Minor Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) > Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 6. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 7. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 8. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 10. Monitor efek samping penggunaan analgetic >Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

1	2	3	4
			2. Kontrol lingkungan yang 3. memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Pertimbangkan jenis dan 6. sumber nyeri dalam 7. pemilihan strategi meredakan nyeri >Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri >Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d keterbatasan aktivitas yang ditandai dengan : Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Tanda Minor	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) >Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

1	2	3	4
	Subjektif: 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif: 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		>Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu mis :pagar tempat tidur) 2. fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlyu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan >Edukasi 1. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi)
3.	Resiko Infeksi (D. 0142) Yang ditandai dengan : Faktor Resiko 1. Penyakit kronis(mis: DM) 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kebersihan tangan	Pencegahan Infeksi (I.14539) >Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infksi local dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan luka 3. Pertahnkan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi >Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci

1	2	3	4
	1) Gangguan peristaltik 2) Kerusakan integritas kulit 3) perubahan sekresi PH 4) penurunan kerja siliaris 5) Ketubahn pecah lama 6) Ketuban pecah sebelum waktunya 7) Merokok 8) statis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi 3) Leukopenia 4) Supresi respon inflamasi 5) Vaksinasi tidak adekuat Kondisi Klinis Terkait 1. AIDS Luka bakar	meningkat 6. Kadar sel darah putih membaik	tangan 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan >Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu Perawatan Luka (I.14564) >Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. warna, ukuran) 2. Monitor tanda – tanda infeksi >Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Cukur rambut 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Ganti balutan sesuai jumlah eskudat dan drainase 8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien

1	2	3	4
			10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,231,5g/kgBB/hari 11. Berikan suplemen vit dan mineral >Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan perawatan luka secara mandiri >Kolaborasi 1. Kolaborasi prosedur debriment Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu
4.	Gangguan Pola Tidur (D.0055) b.d adaptasi post partum yang ditandai dengan : Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengekuk tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif : Tidak tersedia Tanda Minor Subjektif : 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) >Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur(fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi >Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu

1	2	3	4
			3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga >Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

1	2	3	4
5.	Defisit Perawatan Diri (D.0109) b.d kelemahan fisik yang ditandai dengan : Tanda Mayor Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 1. Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103) 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 meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) >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 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri >Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Dukungan Perawatan : BAB/BAK (I.11349) >Observasi 1. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2. Monitor integritas kulit pasien

1	2	3	4
			>Terapeutik 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. Dukung penggunaan toilet/<i>commode</i>/pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama eliminasi 4. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu 5. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 7. Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu >Edukasi 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu Dukungan Perawatan Diri : Berpakain (I.11350) >Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias >Terapeutik 1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 2. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan 3. Fasilitasi mengenakan

1	2	3	4
			pakaian, jika perlu 4. Fasilitasi berhias (mis: menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) 5. Jaga privasi selama berpakaian 6. Tawarkan untuk laundry, jika perlu 7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri >Edukasi 1. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu 2. Ajarkan menggunakan pakaian, jika perlu Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum (I.11351) >Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu >Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 4. Letakkan makanan di sisi

1	2	3	4
			mata yang sehat 5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 8. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 9. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia >Edukasi 1. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) >Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352) >Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh

1	2	3	4
			(mis: rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit >Terapeutik 1. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian >Edukasi 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
6.	Menyusui Tidak Efektif (D.0029) b.d adaptasi post partum Yang ditandai dengan : Tanda Mayor Subjektif : 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal Objektif 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2. ASI tidak menetes/	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan status menyusui membaik (L.03029) dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar	Edukasi Menyusui (I.12393) >Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui >Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan

1	2	3	4
	memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Tanda Minor Objektif : 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghiap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui 4. Bayi rewel menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui Menolak untuk menghisap	meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4. Berat badan bayi meningkat 5. Tetesan/pancaran ASI meningkat 6. Suplai ASI adekuat meningkat 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 8. Kepercayaan diri ibu meningkat 9. Lecet pada puting menurun 10. Kelelahan maternal menurun 11. Kecemasan maternal menurun	3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat >Edukasi 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 6. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
7.	Resiko Hipovolemia yang ditandai dengan: Faktor Resiko 1. Kehilangan cairan secara aktif 2. Gangguan absorpsi cairan 3. Usia lanjut 4. Kelebihan berat badan 5. Status hipermetabolik 6. Kegagalan mekanisme regulasi 7. Evaporasi 8. Kekurangan intake cairan 9. Efek agen farmakologis Kondisi Terkait 1. Penyakit addison	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan status cairan membaik (L.03028) dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urin meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Ortopnea menurun 5. Dispnea menurun 6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun	Manajemen Hipovolemia (I.03116) >Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan >Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified

1	2	3	4
		7. Edema anasarka menurun 8. Edema perifer menurun	Trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral >Edukasi
	2. Trauma /perdarahan 3. Luka bakar 4. AIDS 5. Penyakit crohn 6. Muntah 7. Diare	9. Frekuensi nadi membaik 10. Tekanan darah membaik 11. Turgor kulit membaik 12. Jugular venous pressure membaik 13. Hemoglobin membaik 14. Hematokrit membaik	1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak >Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah

2.5.5. Implementasi Keperawatan

Menurut tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya fisik dan perlindungan kepada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak pasien, tingkat perkembangan pasien. Dalam tahap pelaksanaan terdapat dua tindakan, yaitu tindakan mandiri dan tindakan yang bersifat kolaboratif (Hidayat,2013).

2.5.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang digunakan adalah evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah tindakan. Evaluasi dibagi menjadi 2 yaitu evaluasi formatif atau proses yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil sumatif yang dilakukan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan khusus disamping itu juga sangat membantu dalam menentukan perubahan-perubahan untuk memperbaiki perencanaan perawat (Nursalam,2013).

2.6. Konsep Evidence Base Practice (EBP) Relaksasi Otot Progresif

2.6.1. Definisi

Relaksasi Otot Progresif adalah menggunakan teknik penegangan dan peregangan otot untuk meredakan ketegangan otot, ansietas, nyeri serta meningkatkan kenyamanan, konsentrasi dan kebugaran (SDKI, 2017).

Teknik relaksasi otot progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu Aktivitas otot,dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks. Respon relaksasi merupakan bagian dari penurunan umum kognitif, fisiologis, dan stimulasi perilaku. Relaksasi dapat merangsang munculnya zat kimia yang mirip dengan beta blocker di saraf tepi yang dapat menutup simpul - simpul saraf simpatis yang berguna untuk mengurangi ketegangan, stress, cemas dan menurunkan tekanan darah (Tyani,Endar Sulis dkk, 2015).

2.6.2. Prosedur Tindakan

Teknik relaksasi otot progresif dilakukan pada 24-48 jam post operasi dan setelah pemberian inj ketorolac.

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
 - a. Sarung tangan bersih, jika perlu
 - b. Kursi dengan sandaran, jika perlu
 - c. Bantal
 - d. Jam atau pengukur waktu
 - e. Spigmomanometer
 - f. Termometer
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Pasang sarung tangan, jika perlu
6. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu
7. Tempatkan pasien ditempat yang tenang dan nyaman
8. Anjurkan untuk menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman
9. Berikan posisi yang nyaman, missal dengan duduk bersandar atau tidur
10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
11. Anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20 – 30 detik, masing -masing 8 – 16 kali

12. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih 5 detik untuk menghindari kram
13. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegangkan atau otot yang rileks
14. Anjurkan bernapas dalam dan perlahan
15. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu
16. Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan (PPNI, 2017)

2.6.3. Evidence Based Practice (EBP)

2.6.3.1 Definisi

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

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

2.6.3.2. Tujuan

Tujuan utama di implementasikannya evidence based practice di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien

bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al. 2012 dalam nofi 2019).

2.6.3.3. Langkah Dalam Pembuatan EBP

1. Menumbuhkan semangat menyelidiki
2. Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICO/PICOT format
3. Mencari dan mengumpulkan bukti -bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT
4. Melakukan penelitian kritis terhadap bukti – bukti (artikel penelitian)
5. Mengintegrasikan bukti – bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam memuat keputusan atau perubahan.
6. Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti – bukti
7. Menyebarluaskan hasil EBP

Tabel 2.5
Format PICO (S)

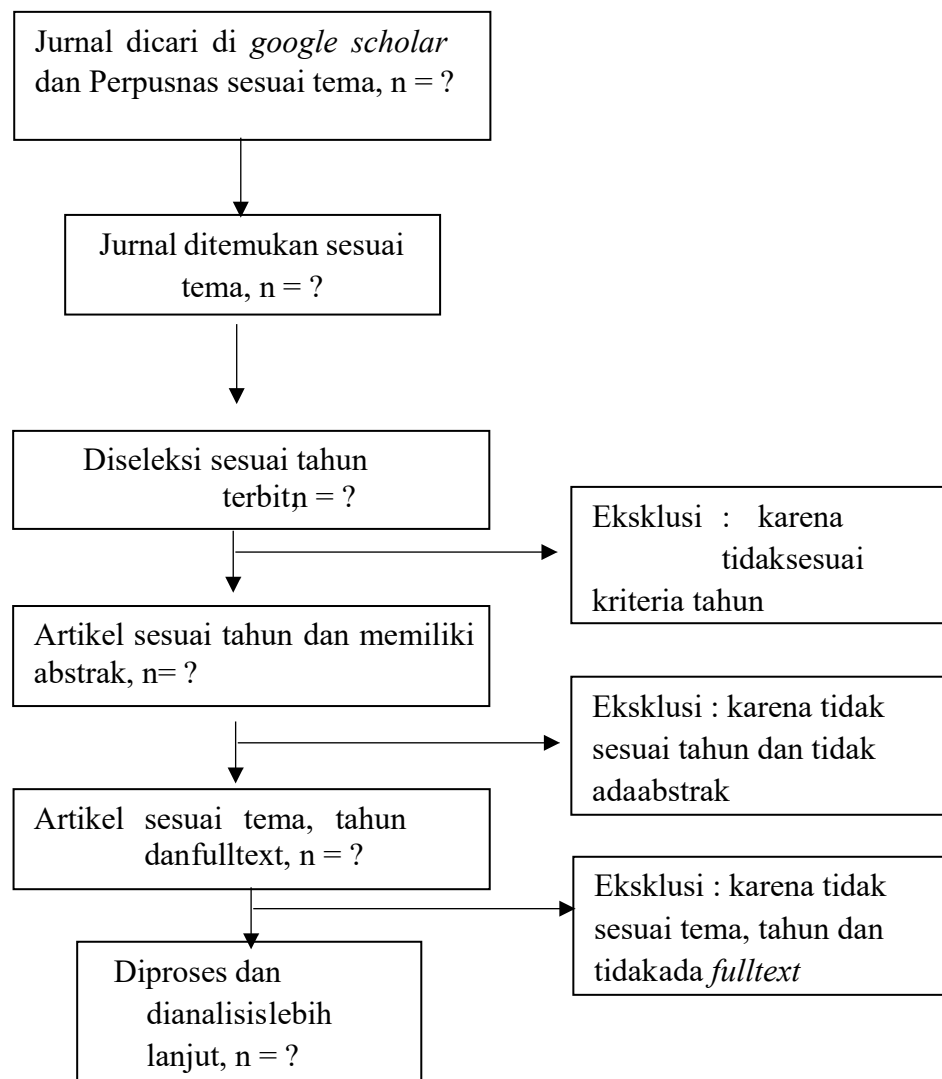
Kriteria	Inklusi	Eksklusi
Populasi	Ibu post partum SC	Ibu post partum spontan
Intervensi	Relaksasi otot progresif	Selain intervensi relaksasi otot progresif
Compration	Tidak ada	Tidak ada
Outcome	Penurunan nyeri pada ibu post partum SC	Selain Penurunan nyeri
Study design dan publication dan article type	Desain penelitian quasy eksperimen , pre eksperimen, Tipe publikasi : openaccess research dan dapat diakses full teks	Kualitatif Tidak bisa diakses secara terbuka dan terbatas padaabstrak
Publication years	≥ 2018	< 2016
Language	Indonesia, Inggris	Selain Bahasa Indonesia dan Inggris

2.6.6.4. Seleksi Data

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

Bagan 2.2

Diagram Seleksi Artikel



2.6.6.5. Analisa Jurnal Terkait

Pasien yang menjalani persalinan dengan metode *sectio caesarea* biasanya merasakan ketidaknyamanan yaitu nyeri yang timbul berasal dari abdomen akibat insisi yang dilakukan. Salah satu teknik untuk mengurangi nyeri secara non farmakologi yaitu dengan Teknik relaksasi otot progresif (Greenberg, 2013). Teknik relaksasi otot progresif salah satu alternatif pilihan untuk mengurangi nyeri dengan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut – turut. Tujuan dari relaksasi otot progresif untuk mengurangi konsumsi oksigen tubuh, laju metabolisme tubuh, laju pernapasan, ketegangan otot, kontraksi ventikuler dan tekanan darah sistolik (Greenberg, 2013). Hal ini akan meningkatkan kekebalan tubuh dan rasa tenang sehingga tubuh akan melepaskan endorfin yang merupakan Pereda rasa sakit dan akan menciptakan perasaan nyaman (Esa, 2017).

Sejalan dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Andria Praghola, Heni Tresnawati. Ingrid Dirgahayu (2020) Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 20 ibu post sectio caesarea di RSUD Kota Bandung teknik relaksasi otot progresif berpengaruh terhadap nyeri akibat luka post sectio caesarea berkurangnya nyeri yang dialami ibu post sectio caesarea. Hal ini sejalan dengan penelitian yang diteliti oleh Hatim Noorkiati Zaleha, Ritna Udiyani, Bayu Purnama A dan Mahrudin Habe (2021) di dapatkan hasil bahwa ada pengaruh teknik relaksasi progresif terhadap penurunan nyeri luka post op SC. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Septyani Nevy Mega Nurastam, Roni Yuliwar, Susi Milwati (2019) di dapatkan hasil terapi relaksasi otot progresif

menurunkan tingkat nyeri lebih besar dibandingkan dengan terapi relaksasi autogenik. Sejalan juga dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Nemat Ismail Abdel Aziz Ismail ,Wafaa Taha Ibrahim Elgzar (2018) di dapatkan hasil bahwa relaksasi otot progresif secara signifikan menurunkan nyeri.

Dari beberapa hasil peneltian diatas bahwa pemberian tindakan relaksasi otot progresif dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan skala nyeri pada pasien post sectio caesarea.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Tinjauan Kasus

3.1.1. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama	: NY.T
Umur	: 42 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Babakan 01/06
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
No register	: 01334181
Diagnosa medis	: Post partum dengan Sc POD 1 atas indikasi PEB+ Letak sungsang
Tanggal persalinan	: 19 Desember 2022
Tanggal masuk	: 19 Desember 2022
Tanggal pengkajian	: 20 Desember 2022

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. Y
 Umur : 51 Tahun
 Jenis kelamin : Laki-Laki
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Pedagang
 Hubungan dengan pasien : Suami
 Alamat : Kp. Babakan RT 01/ RW 06

3.1.2. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC di abdomen

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 20 Desember 2022 pada pukul 08.00 WIB klien mengatakan nyeri dibagian abdomen pada luka post op SC, Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat – sayat dan menjalar ke punggung ,skala nyeri 6 (0-10), nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat, Nyeri juga dirasakan hilang timbul.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan riwayat anemia 3 tahun yang lalu dan mempunyai riwayat terdapat benjolan di payudara kanannya 1 tahun yang lalu, dan mejolan menghilang setelah menjalani pengobatan 3 bulan. Riwayat persalinan SC pada 2009.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

5. Riwayat Obstetri Ginekologi

1. Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi

- 1) Menarche : 14 tahun
- 2) Lama haid : 5-7 hari
- 3) Siklus : 30 hari
- 4) Banyak : 2x ganti pembalut/Hari
- 5) Sifat darah : berwarna merah terang, ada gumpalan
- 6) HPHT : 15 maret 2022
- 7) Taksiran persalinan : 15 desember 2022

b. Riwayat Perkawinan

- 1) Usia perkawinan : 14 tahun
- 2) Lama perkawinan : 26 tahun
- 3) Pernikahan yang ke : 1

c. Riwayat Kontrasepsi

- 1) Jenis kontrasepsi sebelum hamil : Suntik 3 bulan
- 2) Waktu dan lama penggunaan : 4 bulan
- 3) Jenis kontrasepsi setelah melahirkan : Steril
- 4) Jumlah anak yang direncanakan keluarga : 8 anak

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan , persalian dan nifas yang lalu

P8A0

Tabel 3.1
Riwayat Persalinan

No	Tanggal Partus	Jenis Partus	Tempat Penolong	Bb Bayi	Jk Bayi	Masalah				
						Hamil	Lahir	Nifas	Bayi	Keadaan
1	1997	Spontan	Paraji	3 kg	L	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik
2	1999	Spontan	Paraji	3kg	L	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik
3	2001	Spontan	Paraji	3kg	P	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik
4	2003	Spontan	Paraji	3kg	P	Tidak Ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik
5	2005	Spontan	Paraji	3kg	L	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik
6	2009	Sc	Rs	3kg	P	Tidak ada	Tidak Ada	Tidak ada	Tidak ada	Baik
7	2016	Spontan	Paraji	3kg	L	Tidak ada	Sc	Tidak ada	Tidak ada	Baik
8	2022	Sc	Rs	3,5kg	P	PEB +letak sungsang	Sc	Tidak ada	Tidak ada	Baik

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

- 1) Klien merasa hamil : 9 bulan
- 2) Keluhan waktu hamil : Mual pada trimester 1,
muntah pada trimester 1-2
- 3) Gerakan anak pertama dirasakan : Usia kehamilan 5 bulan
- 4) Imunisasi : Lengkap
- 5) Penambahan BB kehamilan : 10 kg
- 6) Pemeriksaan Kehamilan : Teratur

7) Tempat pemeriksaan : Posyandu

6. Riwayat Psikososial Spiritual

a. Psikososial

1) Pola pikir dan persepsi

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

2) Persepsi diri

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

3) Konsep diri

a) Gambaran diri

Klien mengatakan menerima dengan keadaan dirinya sekarang.

b) Identitas diri

Klien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan dan berperan sesuai jenis kelaminnya

c) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera pulih Kembali dan bisa mengurus anak anaknya dengan baik

d) Peran diri

Klien adalah seorang istri dan ibu dari 8 anaknya

e) Harga diri

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

4) Hubungan/ Komunikasi

Klien berhubungan baik dengan keluarga maupun dengan lingkungan sekitarnya

5) Kebiasaan seksual

Klien mengatakan semenjak hamil besar, klien jarang melakukan hubungan suami istri

b. Spiritual

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

7. Riwayat *Acitivity Daily Living*

1. Aktivitas Kehidupan Sehari – hari

Tabel 3.2
Aktivitas Kehidupan Sehari- hari

No	ADL	Saat Hamil	Setelah Melahirkan
1	2	3	4
1.	NUTRISI		
	Jenis menu	Nasi, lauk pauk,sayur	Sayur,bubur,lauk
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	MINUM		
	Jenis minuman	Air putih, teh 5-8x/hari 2000 cc	Air putih 6x/hari 2000 cc
	Frekuensi	Tidak ada	Tidak ada
	Jumlah	Tidak ada	Tidak ada

1	2	3	4
	Pantangan Keluhan		
2.	ISTIRAHAT DAN TIDUR MALAM Lama Waktu Kesukaran tidur SIANG Lama Waktu Kesukaran tidur	7 -8 jam 22-00-05.00 Tidak ada 30 menit- 1 jam 13.00-14.00 Tidak ada	7-8jam 21.00-04.00 Tidak ada 30 menit- 1 jam Tidak menentu Tidak ada
3.	ELIMINASI BAK Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan BAB Frekuensi Warna Bau Kesulitan	8-10 x / hari Banyak Kuning jernih Khas urine Tidak ada 1-2x/hari Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	Terpasang keteter urine ±1000 cc Kurang jernih Khas urine Tidak ada Belum BAB
4.	PERSONAL HYGIENE MANDI Frekuensi Frekuensi gosok gigi Frekuensi keramas Frekuensi gunting kuku Kesulitan	1-2x/hari 3x/hari 3x/minggu 1x/minggu Tidak ada	1x diwaslap 1x/hari Belum Belum Keengganan gerak
5.	MOBILITAS DAN AKTIVITAS Aktifitas yang dilakukan Kesulitan	Beres beres rumah, masak mencuci Tidak ada	Belum bisa bergerak (gerakan terbatas) Nyeri

3.1.3. Pemeriksaan Fisik

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

2. Tingkat Kesadaran : Composmentis (E4M6V5)

3. Tanda – Tanda Vital : TD : 130/90 mmHg

S : 36,6 °C

N : 98x/mnt

RR : 20 x / mnt

Spo2: 98x/mnt

4. Pemeriksaan Head To Toe

a. Kepala

Bentuk kepala bulat simetris, tidak ada lesi, tidak terdapat ketombe, rambut berwarna hitam, penyebaran rambut merata tidak terdapat nyeri tekan

b. Mata

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

c. Telinga

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

d. Hidung

Lubang hidung simetris kanan dan kiri, letak hidung berada pada garis tengah wajah, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret yang menghambat pernafasan, tidak ada benjolan, penciuman baik terbukti klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol dengan mata tertutup

e. Mulut

Letak bibir sejajar dengan letak garis tengah wajah, mukosa bibir merah muda dan lembab, gigi tampak bersih dan lengkap, refleks menelan baik terbukti klien tidak mengeluh saat makan.

f. Leher

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

g. Dada

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, pergerakan dada teratur, frekuensi napas 20x/menit, terdengar sonor di kedua lapang paru, suara napas vesikuler, suara jantung S1=S2 reguler, nadi teraba kuat 98x/mnt, Payudara tampak simetris antara kiri dan kanan, aerola berwarna hitam kecoklatan (hiperpigmentasi), produksi ASI banyak, puting menonjol di kedua payudara, payudara terasa padat, colostrum sudah ada, dan payudara tidak ada kelainan.

h. Abdomen

Warna kulit abdomen tampak kecoklatan, di abdomen tampak luka post SC berbentuk horizontal dengan Panjang ± 10 cm dengan jenis insisi horizontal, kondisi luka ditutup perban dan ada striae gravidarum dan lineanigra. Bising usus 12x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, posisi uterus ada dibagian tengah (myometrium) dan adanya nyeri tekan terutama pada sekitar bekas sayatan. Diastasis rectus abdominal normal lebar $\pm 2,5$ cm Panjang ± 11 cm dan kandung kemih teraba kosong.

i. Genetalia

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

j. Ekstremitas

(1) Ektremitas Atas

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

(2) Ektremitas Bawah

Kaki simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari-jari lengkap, keadaan kuku bersih, tidak ada oedema, tidak adanya nyeri

tekan, tidak terdapat varises, terdapat keterbatasan gerak rentang gerak dengan kekuatan , kekuatan otot 5/5, human sign (-).

3.1.4. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 19 Desember 2023

Tabel 3.3

Pemeriksaan Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL
Hemaglobin	10,2 g/dl	>11 g/dl
Hematokrit	30 %	32-40%
Leukosit	11.600/ mm ³	5000-10.000/ mm ³
Trombosit	141.00/ mm ³	150.000-450.000/mm ³
Eritrosit	3,55 juta/mm	3,6-5,8 juta/ mm ³

3.1.5. Therapy Obat

- 1) Metronidazole 3 x 500 mg (IV)
- 2) Ketorolac 3 x 30 mg (IV)
- 3) Cefotaxime 2 x 1000 mg (IV)

3.1.6. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
	1	2	3
1	Ds : - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat – sayat dan menjalar ke punggung - Skala nyeri 6 (0-10) - Nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat - Nyeri dirasakan hilang timbul Do : - Klien tampak meringis TTV : TD : 130/90 mmhg	Sectio caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Pengeluaran histamin dan prostaglandin ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut (D.0077)

	1	2	3
	Nadi : 98x/menit RR : 20x/menit S : 36,6 c Spo2 : 98 %		
	Ds : - Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan Do : - Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Klien hanya tirah baring - Kekuatan otot 5 5 5 5	Sectio caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Pengeluaran histamin dan prostaglandin ↓ Nyeri akut ↓ Keterbatasan aktivitas ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)

	1	2	3
3	Ds: - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC Do : - Terdapat luka post op sc horizontal dengan panjang luka $\pm$ 10 cm	Sectio caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Luka bekas insisi ↓ Invasi ↓ Resiko infeksi	Resiko infeksi (D.0142)

3.1.7. Diagnosa Keperawatan

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

Ds :

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

Do :

- Klien tampak meringis
- TTV :

TD : 130/90 mmhg

Nadi : 98x/menit

RR : 20x/menit

Suhu : 36,5 c

Spo2 : 98 %

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

Ds :

- Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan

Do :

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

5	5
5	5

3. Resiko Infeksi yang ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC

Do :

- Terdapat luka post op SC horizontal dengan panjang luka $\pm$ 10 cm

3.1.8. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5

Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
	1	2	3
1.	Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik yang ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC. - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat – sayat dan menjalar ke punggung. - Skala nyeri 6 (0-10) - Nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat. - Nyeri dirasakan hilang timbul. Do : - Klien tampak meringis - TTV : TD : 130/90 mmHg Nadi : 98x/menit RR : 20x/menit S : 36,6° c Spo2 : 98 %	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) > 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 >Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi otot progresif (sesuai EBP) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis :kebisingan)

	1	2	3
			Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat >Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d keterbatasan aktivitas yang ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan Do : - Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Klien hanya tirah baring - Kekuatan otot $\begin{array}{c} 5 \quad \quad 5 \\ 5 \quad \quad 5 \end{array}$	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) >Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi >Terapeutik 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan >Edukasi 1. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

	1	2	3
			Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat >Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetic
3.	Resiko Infeksi (D. 0142) Yang ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC Do : - Terdapat luka post op SC horizontal dengan panjang luka $\pm$ 10 cm	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Kemerahan menurun 3. Kebersihan tangan meningkat	Perawatan Luka (I.14564) >Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis.warna, ukuran) 2. Monitor tanda – tanda infeksi >Terapeutik 1.Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 1. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan 3. Pasang balutan sesuai jenis luka 4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka >Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan menkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein >Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

3.1.9 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6
Implementasi Keperawatan

Hari /Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5	6
Selasa, 20 Desember 2022	Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik	09.00 WIB 09.05 09.05 09.08	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (Hasil : Nyeri luka post SC dibagian perut, nyeri dirasa hilang timbul) 2. Mengidentifikasi skala nyeri (Hasil : Skala nyeri 6 (0-10)) 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal (Hasil : klien tampak meringis) 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Hasil : Nyeri bertambah jika klien bergerak dan nyeri berkurang ketika klien diam atau beristirahat)	Jam 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang - Skala nyeri 5 (0-10) O : - Klien tampak meringis - TTV : TD : 130/90 mmhg Nadi : 98x/menit RR : 20x/menit S : 36,6° c Spo2 : 98 % A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Maretha Athursina

1	2	3	4	5	6
			5. Memonitor TTV (Hasil :TD:130/90 mmHg, S:36,6°C, N: 98x/mnt, RR: 20x/mnt, Spo2 : 98%) 6. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi otot progresif (sesuai EBP) (Hasil : Klien tampak rileks setelah melakukan relaksasi otot progresif dilakukan sehari 2 kali) 7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.kebisingan) (Hasil : Ruangan tampak tenang) 7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 8. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik (Memberikan therapy obat Keterolac 30 mg (IV) jam 08.00 WIB)		

1	2	3	4	5	6
Selasa, 20 Desember 2022	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) b.d keterbatasan gerak	10.00 WIB 10.04 10.06 10.10 10.20 10.25	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Hasil : tidak ada keluhan fisik lainnya) 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Hasil : keluarga membantu meningkatkan pergerakan pasien) 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Hasil : Klien dan keluarga mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi) 5. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (Hasil : Klien melakukan miring kanan dan miring kiri) 6. Mengajarkan mobilisasi	Jam 14.00 WIB S: - Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan O : - Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Klien hanya tirah baring - Kekuatan otot 5 5 5 5 A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Maretha Athursina

1	2	3	4	5	6
		10.27	7. sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Hasil : klien belum mau melakukan mobilisasi duduk disisi tempat tidur)		
Selasa, 20 Desember 2022	Resiko infeksi (D.0142)	10.30 WIB 10.35 10.40 10.45	1. Memonitor karakteristik luka (mis.warna, ukuran) (Hasil : panjang luka ± 10 cm) 2. Memonitor tanda – tanda infeksi (Tidak ada tanda – tanda infeksi seperti rubor dolor, color,tumor, fungsi laesa) 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (Hasil : keadaan tangan perawat selalu bersih) 4. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan	Jam 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC O : - Terdapat luka post op SC horizontal dengan panjang luka ± 10 cm - Tidak ada tanda – tanda infeksi seperti rubor, dolor, color, tumor, fungsi laesa di area luka A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Maretha Athursina

1	2	3	4	5	6
		10.46	5. Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan		
		10.53	6. Memasang balutan sesuai jenis luka		
		10.53	7. Mempretahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka		
		10.55	8. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi		
		10.55	9. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein		
		08.00	10. Berkolaborasi pemberian antibiotik,		
			11. (Memberikan therapy obat sesuai advice dokter (cefotaxime 1000mg (IV)dan metronidazole 500 ml (IV) jam 08.00 WIB)		

3.1.10 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7
Evaluasi Keperawatan

No. DX	Hari / Tanggal	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
I	Rabu, 21 Desember 2022	08.00 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri berkurang - Skala nyeri 4 (0-10) O : - Klien tampak lebih rileks - TTV : TD : 120/ 70 mmHg N : 95x/mnt RR : 22x/mnt S : 36,5°C Spo2 : 98% A : Nyeri Akut P : - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Monitor TTV - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi otot progresif (sesuai EBP)	Maretha Athursina

1	2	3	4	5
			- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.kebisingan) - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Kolaborasi dalam pemberian analgetik I : - Mengidentifikasi skala nyeri (Hasil : Skala nyeri 4 (0-10)) - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal (Hasil : klien tampak sedikit meringis) - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Hasil : Nyeri bertambah jika klien bergerak dan nyeri berkurang ketika klien diam atau beristirahat) - Memonitor TTV (Hasil :TD:120/80 mmHg, S:36,5°C, N: 95x/mnt, RR: 22x/mnt, Spo2 :98%) - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi otot progresif (sesuai EBP) (Hasil : Klien tampak rileks setelah melakukan relaksasi otot progresif dilakukan sehari 2 kali) - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.kebisingan) (Hasil : Ruang tampak tenang) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri - Berkolaborasi dalam pemberian analgetik (Memberikan therapy obat Keterolac 30 mg (IV) jam 08.00 WIB)	

1	2	3	4	5
			E : Masalah teratasi Sebagian	
II	Rabu, 21 Desember 2022	09.00 WIB	S : - Klien mengatakan sudah bisa bergerak dan berjalan secara perlahan O : - Klien tampak lebih bugar - Klien tampak sudah mampu berpindah tempat dan berjalan meskipun dibantu oleh keluarga Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ A : Gangguan mobilitas fisik P : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi) I : - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Maretha athursina

1	2	3	4	5
			(Hasil : tidak ada keluhan fisik lainnya) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Memfasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Hasil : keluarga membantu meningkatkan pergerakan pasien) - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Hasil : Klien dan keluarga mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi) - Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (Hasil : Klien melakukan miring kanan dan miring kiri) - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi) (Hasil : klien mampu duduk disisi tempat tidur dan berjalan secara perlahan) E : Masalah teratasi	
III	Rabu, 21 Desember 2022	09.30 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC berkurang O : - Terdapat luka post op SC horizontal dengan panjang luka $\pm$ 10 cm - Tidak ada tanda – tanda infeksi seperti rubor, color,dolor, tumor,dan fungsi laesa di area luka A : Resiko Infeksi P : - Monitor karakteristik luka (mis.warna, ukuran) - Monitor tanda – tanda infeksi	Maretha Athursina

1	2	3	4	5
			- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan - Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Kolaborasi pemberian antibiotik, I : - Memonitor karakteristik luka (mis.warna, ukuran) - (Hasil : panjang luka ± 10 cm) - Memonitor tanda – tanda infeksi - (Tidak ada tanda – tanda infeksi seperti rubor dolor, color,tumor, fungsi laesa) - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - (Hasil : keadaan tangan perawat selalu bersih) - Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan - Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan - Memasang balutan sesuai jenis luka - Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Berkolaborasi pemberian antibiotik,	

1	2	3	4	5
			(Memberikan therapy obat sesuai advice dokter (cefotaxime 1000mg (IV) dan metronidazole 500 ml (IV) jam 08.00 WIB) E : Masalah teratasi Sebagian	
I	Kamis, 22 Desember 2022	8.00 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri berkurang - Skala nyeri 3 (0-10) O : - Klien tampak lebih rileks - TTV : TD : 120/ 90 mmHg N : 98x/mnt RR : 20x/mnt S : 36,5°C Spo2 : 98% A : Nyeri Akut P : - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Monitor TTV - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi otot progresif (sesuai EBP) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.kebisingan) - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Kolaborasi dalam pemberian analgetik I : - Mengidentifikasi skala nyeri (Hasil : Skala nyeri 3 (0-10))	Maretha Athursina

1	2	3	4	5
			- Mengidentifikasi respons nyeri non verbal (Hasil : klien tampak sedikit meringis) - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Hasil : Nyeri bertambah jika klien bergerak dan nyeri berkurang ketika klien diam atau beristirahat) - Memonitor TTV (Hasil :TD:120/90 mmHg, S:36,5°C, N: 98x/mnt, RR: 20x/mnt, Spo2 :98%) - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi otot progresif (sesuai EBP) (Hasil : Klien tampak rileks setelah melakukan relaksasi otot progresif dilakukan sehari 2 kali) - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.kebisingan) (Hasil : Ruangan tampak tenang) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Berkolaborasi dalam pemberian analgetik (Memberikan therapy obat Keterolac 30 mg (IV) jam 08.00 WIB) E : Masalah teratasi	
II	Kamis, 22 Desember 2022	09.00 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC berkurang O : - Terdapat luka post op SC horizontal dengan panjang luka $\pm$ 10 cm - Tidak ada tanda – tanda infeksi seperti rubor, color,dolor, tumor,dan fungsi laesa diarea luka A : Resiko Infeksi	Maretha Athursina

1	2	3	4	5
			P : - Monitor karakteristik luka (mis.warna, ukuran) - Monitor tanda – tanda infeksi - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan - Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Kolaborasi pemberian antibiotik, I : - Memonitor karakteristik luka (mis.warna, ukuran) - (Hasil : panjang luka ± 10 cm) - Memonitor tanda – tanda infeksi - (Tidak ada tanda – tanda infeksi seperti rubor dolor, color,tumor, fungsi laesa) - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - (Hasil : keadaan tangan perawat selalu bersih) - Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan - Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan - Memasang balutan sesuai jenis luka - Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	

1	2	3	4	5
			- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Berkolaborasi pemberian antibiotik, - (Memberikan therapy obat sesuai advice dokter (cefotaxime 1000mg (IV) dan metronidazole 500 ml (IV) jam 08.00 WIB) E : Masalah teratasi	

3.2 Pembahasan

3.2.1. Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

3.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Muttaqin , 2018). Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 20 Desember 2022, pengkajian dilakukan dengan metode anamnesa, dimulai dari biodata klien, riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional kesehatan, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan terapi obat.

Pada hasil pengkajian pada tanggal 20 Desember 2022 pada Ny. T diruang jade RSUD dr Slamet Garut yang berusia 42 tahun, Ny. T mengatakan 8 tahun yang lalu melahirkan anaknya secara *sectio caesarea*. Didapatkan hasil pengkajian bahwa klien mengeluh nyeri pada luka post *Sectio Caesarea* , nyeri dirasakan seperti disayat – sayat dan menjalar ke punggung, Skala nyeri 6 (0-10), nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien diam atau beristirahat, klien juga mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan kesadaran composmentis (E4M5V6), klien tampak meringis, hasil tanda – tanda vital 130/90 mmHg, Nadi : 98x/mnt, Pernapasan ; 20x/mnt, Suhu : 36,5°C, Saturasi oksigen : 98%, pada bagian abdomen terdapat luka post *sectio caesarea* ±10 cm dengan posisi horizontal, ada nyeri tekan. Nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamine, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan mempersepsikan sebagai nyeri (Nurarif, 2015).

Respon pasien terhadap nyeri biasanya ditunjukkan dengan peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, secara verbal pasien akan mengungkapkan ketidak nyamanan. Pasien juga akan menunjukan respon emosi dan perilaku seperti meringis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah, atau menyeringai dan berusaha melindungi area yang terasa nyeri (Sulistyo Andamoyo, 2013).

Menurut Alfin Nurrido (2022) proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase, yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan maturasi. Fase inflamasi terjadi pada hari pertama hingga hari ke 5 pasca operasi. Dimana tanda fase inflamasi adalah adanya kemerahan (rubor), panas (kalor), bengkak (tumor), nyeri (dolor) dan hilangnya fungsi (functio laesa). Pada pasien timbul salah satu tanda inflamasi yaitu nyeri. Pada fase penyembuhan luka membutuhkan perawatan yang baik, karena dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Perawatan luka yang tidak baik dapat berisiko mengalami infeksi, pada pasien terjadi peningkatan leukosit sebagai salah satu respon tubuh untuk melawan patogen penyebab infeksi.

Fase proliferasi terjadi pada hari ke 6 hingga ke 21, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme. Fase maturasi dimulai sejak hari ke 22 hingga berbulan-bulan pasca operasi.

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

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

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

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

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

Pada diagnosa nyeri akut di dapatkan bahwa Ny. T mengatakan nyeri pada luka operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan seperti disayat – sayat dan menjalar ke punggung, skala nyeri 6 (0-10), nyeri bertambah jika klien bergerak dan berkurang ketika klien dian atau beristirahat, klien juga mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. Klien tampak meringis hasil tanda – tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 98x/mnt, Respirasi 20x/mnt, Suhu 36,6 °C, Saturasi Oksigen 98%. Hal ini sesuai dengan teori bahwa

banyak pasien sectio caesarea yang mengeluh rasa nyeri pada bekas jahitan sectio caesarea. Pasien sectio caesarea akan mengalami nyeri akut, dimana nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan yang berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP, 2017) . Hal ini terjadi karena adanya respon nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Pada pasca pembedahan terjadi perlukaan (insisi) yang akan menyebabkan kerusakan jaringan (cell injury) sebagai stimulus mekanik. Adanya cell injury akan menyebabkan pelepasan mediator histamin, bradikinin, prostaglandin yang akan ditangkap oleh reseptor nyeri (nociceptor) sebagai impuls nyeri yang akan dihantar ke sistem saraf pusat (SSP) melalui serabut saraf perifer dan akan dipersepsikan sebagai respons nyeri (Potter dan Perry, 2016). Nyeri dapat mempengaruhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya, dan mengubah kehidupan orang tersebut (Vanda, 2012). Dalam menegakkan suatu diagnosa atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian.

2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Keterbatasan gerak
 Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik didapatkan data bahwa Ny. T mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, klien terlihat lemah , Gerakan

klien terbatas, klien hanya tirah barin, kekuatan otot 5. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP,2017). Hal ini sesuai dengan teori bahwa mobilisasi dini post *sectio caesarea* yaitu suatu pergerakan posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah persalinan. Oleh karena itu setelah mengalami *sectio caesarea*, seorang ibu disarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi *sectio caesarea*. Semakin cepat bergerak akan semakin baik, namun mobilisasi dini harus tetap dilakukan secara hati-hati (wirnata, 2010).

3. Resiko Infeksi (D.0142)

Pada diagnose resiko infeksi didapatkan data bahwa Ny. T mengaktakan nyeri pada luka post operasi *sectio caesarea* , terdapat luka post operasi *sectio caesarea* horizontal dengan Panjang luka ± 10 cm. Resiko infeksi merupakan beresiko mengalami peningkatan terserah organisme patogenik (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP,2017). Hal ini sesuai dengan teori yaitu resiko infeksi dapat terjadi karena adanya luka pembedahan *Sectio Caesarea*. Ini disebabkan oleh meningkatnya leukosit karena adanya mikroorganisme yang masuk dalam tubuh dan dianggap musuh dalam tubuh. Adapun faktor risiko dari risiko infeksi yaitu, penyakit kronis, efek prosedur invasif, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

3.2.3. Intervensi Keperawatan

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

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

Berdasarkan dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka intervensi yang akan dilakukan yaitu intervensi utama dalam manajemen nyeri maka dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan relaksasi otot progresif, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat dan kolaborasi pemberian analgetik.

Rencana tindakan yang saya lakukan mengacu pada penelitian (Andria Praghlapati, 2020) yang berjudul “Pengaruh Teknik Relaksasi Otot Progresif Terhadap Nyeri Pada Klien Post *Sectio Caesarea*” menyatakan bahwa pemberian Teknik relaksasi otot progresif menurunkan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* pada hari ke1-2 yang didapatkan bahwa terdapat

pengaruh tindakan relaksasi progresif terhadap penurunan angka skala nyeri pada ibu post operasi sectio caesarea.

2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Keterbatasan Gerak
 Rencana tindakan untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah dengan intervensi dukungan mobilisasi yaitu dengan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (PPNI, Tim Pokja SIKI DPP, 2018).
3. Resiko Infeksi (D.0142)
 Rencana tindakan untuk masalah resiko infeksi adalah dengan Perawatan luka yaitu dengan intervensi yang diberikan monitor karakteristik luka (mis.warna, ukuran, monitor tanda – tanda infeksi , cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, lepaskan balutan dan plaster secara perlahan, bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, kolaborasi pemberian antibiotik (PPNI, Tim Pokja SIKI DPP, 2018).

3.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawat kepada klien sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan kriteria hasil yang ingin dicapai (Wahid, 2012). Dalam tahapan ini penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya:

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

Pada diagnosa yang pertama yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam manajemen nyeri mulai dari tanggal 20-22 Desember 2022, maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri pada Ny. T yaitu nyeri luka post SC dibagian perut, nyeri terasa disayat- sayat dan menjalar ke punggung, nyeri dirasa hilang timbul, mengidentifikasi skala nyeri pada Ny. T skala nyeri 6 dari rentan 0-10, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pada Ny. T nyeri bertambah jika klien bergerak dan nyeri berkurang ketika klien diam atau beristirahat, selanjutnya implementasi yang dilakukan yaitu memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan relaksasi otot progresif berdasarkan *evidence based practice* dengan hasil Ny.T

dapat melakukan relaksasi otot progresif selama 25 -30 menit sehari 2 kali sesuai dengan bimbingan dari perawat, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan menggunakan analgetic secara tepat dan berkolaborasi pemberian analgetik memberikan therapy obat sesuai advice dokter keterolak 30 mg (IV). Implementasi keperawatan di atas dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan menyesuaikan kondisi klien sehingga tindakan keperawatan ini dapat mencapai hasil yang maksimal, dan mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Keterbatasan gerak
 Pada diagnosa keperawatan yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan gerak. Maka implementasi yang telah dilakukan yaitu intervensi dukungan mobilisasi mulai dari tanggal 20-21 Desember 2022, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) hasil implementasi pada Ny.T , klien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya, Keluarga Ny. T membantu dalam peningkatan pergerakan klien, klien mampu melakukan mobilisasi dini dengan miring kanan dan miring kiri, klien mampu duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur, dan berpindah dari tempat tidur ke kursi.

Implementasi keperawatan di atas dilakukan selama 2 hari berturut-turut dengan menyesuaikan kondisi klien sehingga tindakan keperawatan ini dapat mencapai hasil yang maksimal, dan mencapai kriteria hasil yang ditentukan sebelumnya.

3. Resiko Infeksi (D.0142)

Pada diagnosa keperawatan yang ketika yaitu resiko infeksi. Maka implementasi yang dilakukan yaitu perawatan luka mulai dari tanggal 20-22 Desember 2022, memonitor karakteristik luka (mis.warna, ukuran), memonitor tanda – tanda infeksi , mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, melepaskan balutan dan plaster secara perlahan, membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, berkolaborasi pemberian antibiotik. Hasil implementasi pada Ny. T , Panjang luka ± 10 cm keadaan luka klien tertutup perban , tidak ada tanda – tanda infeksi seperti rubor, dolor, color, tumor , fungsi laesa diareka luka, keadaan tangan perawat selalu bersih , memberikan therapy obat sesuai advice dokter cefotaxime 1000mg (IV), metronidazole 500 ml(IV). Implementasi keperawatan di atas dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan menyesuaikan kondisi klien sehingga tindakan keperawatan ini dapat mencapai hasil yang maksimal, dan mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

3.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakan pada akhir proses keperawatan (Wahid,2012). Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIE dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. S (*Subjective*) : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. O (*Objective*) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (*Analisis*) : kesimpulan dari objektif dan subjektif. P (*Planning*) : adalah rencana Tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis. I (*Implementation*) : adalah pelaksanaan sesuai rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah. E : (*Evaluation*) : adalah berupa tafsiran yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan atau hasil Tindakan.

Evaluasi pada kasus Ny.T dilakukan setelah implementasi selama 3 hari yaitu pada tanggal 22 Desember 2022. Evaluasi pada diagnosa nyeri akut memberikan hasil klien mengatakan nyeri pada luka post operasi *sectio caesarea* berkurang, skala nyeri 3 dari rentan 0-10, Klien tampak lebih rileks, tekanan darah : 120/ 90 mmHg

Nadi 98x/mnt, Respirasi 20x/mnt , Suhu 36,5°C, Spo2 98% , klien mampu mengontrol nyeri dengan relaksasi otot progresif hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan

nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosa nyeri akut masalah teratasi pada hari ke 3.

Evaluasi pada diagnosa yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik klien mengatakan sudah bisa bergerak dan berjalan secara perlahan, klien masih tampak lemah, klien tampak sudah bisa melakukan sedikit pergerakan meskipun dibantu keluarga, kekuatan otot masing-masing 5, hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik masalah teratasi pada hari ke 2.

Evaluasi pada diagnosa yang ketiga yaitu resiko infeksi klien mengatakan nyeri pada luka post *sectio caesarea* berkurang , terdapat luka post op *sectio caesarea* horizontal dengan Panjang ± 10 cm , tidak ada tanda – tanda infeksi seperti rubor, dolor, color, tumor dan fungsi laesa di area luka, hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: nyeri menurun , kemerahan menurun , kebersihan tangan meningkat sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosa resiko infeksi masalah teratasi pada hari 3.

3.2.6 Analisis Pembahasan *Evidence Based Practice*

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

Tabel 3.8
Hasil Analisa Jurnal

No	Nama Penulis, Tahun	Judul jurnal	Populasi dan Sampel	Desain Penelitian	Data Temuan Penting
1	2	3	4	5	6
1.	Andria Praghlapati, Heni Tresnawati. Inggred Dirgahayu (2020)	Pengaruh Teknik Relaksasi Otot Progresif Terhadap Nyeri Pada Klien Post Sectio Caesarea	20 Pasien Post SC	pre eksperimen dengan pendekatan one group pre test post test design	Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah klien post operasi sectio caesarea berada di skala nyeri 6 sebelum dilakukan relaksasi otot progresif dan hampir setengahnya memiliki skala nyeri 3 dan 4 sesudah dilakukan relaksasi otot progresif didapatkan nilai p value = 0.000. Dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan nyeri

1	2	3	4	5	6
2.	Hatim Noorkiati Zaleha, Ritna Udiyani, Bayu Purnama A & Mahrudin Habe StiKes Darul Azhar (2021)	Pengaruh Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Penurunan Nyeri Luka Post OP (<i>Sectio Caesarea</i>) Di Rumah Sakit Bersalin Paradise Tanah Bumbu	20 Pasien Post SC	metode <i>consecutive sampling</i>	Hasil penelitian diperoleh bahwa rata-rata sebelum dilakukan teknik relaksasi progresif oleh kelompok kontrol dan intervensi sebagian besar ibu post SC mengalami nyeri sedang, kemudian rata-rata setelah dilakukan teknik relaksasi progresif sebagian besar nyeri menurun menjadi ringan. Hasil uji bivariat sebelum intervensi 1 p <i>value</i> >0,05 kemudian sebelum dan sesudah intervensi 2 dan 3 p <i>value</i> <0,05 dengan <i>Uji Wilcoxon</i> . Hasil analisis dengan <i>Uji Mann Withney</i> didapatkan p <i>value</i> <0,05. Hasil uji multivariat dengan <i>Uji Friedman</i> mendapatkan hasil p <i>value</i> <0,05. terdapat pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan nyeri

1	2	3	4	5	6
3.	Septyani Nevy Mega Nurastam, Roni Yuliwar, Susi Milwati (2019)	Teknik Relaksasi Otot Progresif Dan Relaksasi Autogenik Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea	34 Pasien Post SC	quasy eksperimental dengan pendekatan two group pre test dan post test design	Hasil penelitian menunjukkan tingkat nyeri sebelum relaksasi otot progresif adalah 6,00 dan sesudah relaksasi otot progresif menjadi 1,65 sedangkan tingkat nyeri sebelum relaksasi autogenik adalah 6,53 dan sesudah relaksasi autogenik menjadi 2,25. Hasil uji statistik paired ttest menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan sebelum dan sesudah relaksasi otot progresif dan relaksasi autogenik dari tingkat nyeri dengan $p\text{-value}=0,000$ ($p<0,05$). Ada pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan nyeri
4.	Nemat Ismail Abdel Aziz Ismail & Wafaa Taha Ibrahim Elgzar (2018)	The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Post Cesarean Section Pain, Quality of Sleep and Physical Activities Limitation	80 women post Cesarean Section	Randomized controlled clinical trial	Results: After the intervention, PMR significantly decreased pain severity among study group in Pain Rating Index scale, Visual analogue pain scale, and Present Pain Intensity scale compared to the control group. The severe physical activities limitation significantly absent from the entire study group, while it was significantly present among 70% of the

1	2	3	4	5	6
					control group. About two-thirds (62.5%) of the study group had a good quality of sleep compared to 5% of the control group. Conclusion: PMR significantly decreased pain, improved physical activities and quality of sleep among women after Cs
5.	Peny Ariani, Mastary (2020)	Efektivitas Relaksasi Progresif Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea Di RSU Sembiring	32 Responden	Metode quasi eksperimen design dengan non equivalent control group design	Hasil penelitian ini menunjukkan P-value (0,839) > α (0,05). Kesimpulan dari penelitian ini adalah tidak terdapat efektifitas relaksasi progresif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post sectio caesarea di rang hybrid RU Sembiring.

Kesimpulan dari ke 5 artikel diatas di dapatkan hasil 4 artikel menyebutkan ada pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post *sectio caesarea*, sedangkan 1 artikel menyebutkan tidak terdapat efektifitas relaksasi otot progresif dalam penurunan intensitas nyeri pada pasien post *sectio caesarea*.

3.2.7. Pembahasan Evidence Based Practice

Berdasarkan hasil analisis dari pengkajian pada Ny. T dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut. Untuk mengatasi masalah nyeri akut penulis melakukan intervensi manajemen nyeri dengan memberikan teknik relaksasi otot progresif. Relaksasi otot progresif dilakukan selama 3 hari berturut – turut dengan frekuensi 2 kali dalam sehari dengan interval waktu 1 jam. Didapatkan hasil setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif klien mengatakan nyeri berkurang dari skala nyeri 6 (0-10) menjadi 3. Dari ke 5 artikel diatas di dapatkan hasil 4 artikel menyebutkan ada pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post *sectio caesarea*, sedangkan 1 artikel menyebutkan tidak terdapat efektifitas relaksasi otot progresif dalam penurunan intensitas nyeri pada pasien post *sectio caesarea*.

Relaksasi otot progresif menyebabkan otot relaksasi secara total, menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah yang membuat sirkulasi darah tubuh lancar sehingga kebutuhan nutrisi dan oksigen tercukupi. Otak yang tercukupi oleh oksigen akan merangsang sekresi serotonin membuat tubuh menjadi rileks (Ridho, Mariana, & Mahdalena, 2022). Kondisi rileks merangsang hipotalamus mensekresi corticotropinreleasing factor (CRF). CRF menstimulus peningkatan produksi proopiomelanocortin (POMC) dan endorphin (Haryanti, Elliya, & Setiawati, 2023). sehingga stimulus nyeri terhambat (Eva Dwi Ramayanti, Erik Irham Lutfi, 2021).

Teknik relaksasi otot progresif terbukti memiliki pengaruh penurunan intensitas nyeri pada pasien. Teknik relaksasi otot progresif sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi. Hal ini karena relative kecilnya peran otot – otot skeletal dalam nyeri pasca operasi atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi tersebut agar efektif. Priode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi karena nyeri akut. Hal ini sejalan dengan hasil telaahan yang telah dilakukan oleh penulis, bahwa relaksasi otot progresif ada pengaruh terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post *sectio caesarea* .

Berdasarkan hasil penelitian yang diteliti oleh Andria Praghlapati, Heni Tresnawati. Ingrid Dirgahayu (2020) Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 20 ibu post sectio caesarea di RSUD Kota Bandung teknik relaksasi otot progresif berpengaruh terhadap nyeri akibat luka post sectio caesarea berkurangnya nyeri yang dialami ibu post sectio caesarea. Hal ini sejalan dengan penelitian yang diteliti oleh Hatim Noorkiati Zaleha, Ritna Udiyani, Bayu Purnama A dan Mahruddin Habe (2021) di dapatkan hasil bahwa ada pengaruh teknik relaksasi progresif terhadap penurunan nyeri luka post op SC.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Septyani Nevy Mega Nurastam, Roni Yuliwar, Susi Milwati (2019) di dapatkan hasil terapi relaksasi otot progresif menurunkan tingkat nyeri lebih besar dibandingkan dengan terapi relaksasi autogenik. Sejalan juga dengan hasil penelitian yang diteliti oleh Nemat Ismail Abdel Aziz Ismail ,Wafaa Taha Ibrahim Elgzar (2018) di dapatkan hasil bahwa relaksasi otot progresif secara signifikan menurunkan

nyeri. Hasil penelitian yang diteliti oleh Peny Ariani, Mastary (2020) di dapatkan hasil dari penelitian bahwa tidak terdapat efektifitas relaksasi progresif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post sectio caesarea di ruang hybrid RSU Sembiring.

Pada hasil observasi dilapangan kemungkinan penurunan nyeri tidak semata dari intervensi relaksasi otot progresif karena selain intervensi tersebut dilakukan manajemen nyeri yang lain misalnya secara farmakologi diberikan analgetik yang fungsinya untuk menurunkan nyeri disertai pemberian antibiotik yang berpengaruh untuk mengurangi infeksi sehingga penurunan intensitas nyeri.

Faktor yang berpengaruh mengurangi nyeri juga dari asupan nutrisi dengan diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein), diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel – sel yang rusak atau mati. Protein mensuplai asam amino yang dibutuhkan untuk perbaikan jaringan dan regenerasi. Vitamin A dan zinkum dibutuhkan untuk epitelialisasi, dan vitamin C serta zinkum diperlukan untuk sintesis kolagen dan integrasi kapiler. Zat besi digunakan untuk sintesis hemoglobin yang bersama oksigen diperlukan untuk menghantarkan oksigen keseluruh tubuh. Nutrisi sendiri juga dapat membantu tubuh dalam meningkatkan mekanisme pertahanan tubuh (sistem imun), dan pada akhirnya akan membantu proses penyembuhan luka. Perawatan luka berpengaruh pada proses penyembuhan luka.

Secara teori selama 3 hari ada proses penyembuhan luka yang terdiri dari 3 fase, yaitu fase inflamasi berlangsung selama 1-4 hari, fase proliferaatif berlangsung 5-20 hari, fase maturasi berlangsung 21 hari sampai sebulan bahkan

tahunan (Purwoastuti & Walyani ,2015) . Setelah pasien pulang kemungkinan rangsang nyeri masih ada sehingga intervensi relaksasi otot progresif bisa menjadi alternatif penurunan intensitas nyeri selama perawatan dirumah .

BAB IV

KESIMPULAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan post sectio caesarea POD 1 indikasi preeklamsi berat dan letak sungsng pada Ny. T P8A0 dari tanggal 20 Desember 2022 sampai dengan 22 Desember 2022, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu Menyusun intervensi keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.

- f. Penulis mampu melakukan dan menganalisis *evidence based practice* pada penerapan intervensi manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.
- g. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan post sectio caesarea POD 1 pada Ny. T P8A0 dengan manajemen nyeri : relaksasi otot progresif diruang jade RSUD dr. Slamet Garut.

4.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Perawat

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

3. Bagi Tempat Pelayanan

Dapat dijadikan pertimbangan pihak rumah sakit khususnya Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut untuk menggunakan penatalaksanaan non farmakologi dalam memberikan asuhan keperawatan mengurangi rasa

nyeri pada pasien post operasi seperti post *sectio caesarea* dengan menggunakan teknik relaksasi otot progresif dan dijadikan sebagai acuan untuk pembuatan SOP di ruangan .

DAFTAR PUSTAKA

- Amita, dkk. (2018). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post sectio caesarea di RS Bengkulu. *Jurnal Kesehatan Holistik (The Journal of Holistic Healthcare)*, Volume 12, No. 1, Januari 2018: 260-28.
- Andria, P., Heni, T., & Ingrid, D. (2020) Pengaruh Teknik Relaksasi Otot Progresif Terhadap Nyeri Pada Klien Post Sectio Caesarea. *Jurnal Kesehatan dr. Soebandi*, Vol. 8, No. 2, Oktober 2020.
- Faiqoh, E. (2014). Hubungan karakteristik ibu, anc dan kepatuhan perawatan ibu hamil dengan terjadinya preeklampsia. *Jurnal Berkala Epidemiologi*.
- Febrianti dan Aslina. (2019). *Praktik Klinik Kebidanan I Teori dan Implementasinya dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Greenberg, J. S. (2013). *Comprehensive Stress Management*, Thirteenth Edition. New York: Mc Graw Hill. diperoleh 20 Desember 2016 dari <https://www.amazon.com/Comprehensive-Stress-Management>
- Harnilawati. (2013). *Pengantar Ilmu Keperawatan Komunitas*. Sulawesi Selatan Pustaka As Salam.
- Hidayat, A. Aziz Alimul, Uliyah, Musrifatul. (2013). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia-Aplikasi Konsep Dan Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC..
- Kemenkes, Nasional, B. K. dan K. B., Statistik, B. P., & USAID. (2018). *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*. In Kemenkes (1st ed.). Kementrian Kesehatan.
- Manuba, Ida Bagus Gede. (2014). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan keluarga Berencana*. EGC : Jakarta.
- Marmi K, R,. (2015.). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mochtar R, (2012). *Sinopsis Obstetric Fisiologi dan Patologi* jilid 1. Jakarta : Penerbit buku kedokteran EGC.
- Nanny,Vivian. (2011). *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nemat, I., & Wafaa, T. (2018). The effect of Progresisive Muscule Relaxation on Post Caesarean Section Pain, Quality of Sleep and Physical Activities Limitation. *International Journal of Studies in Nursing*, Vol. 3 No. 3 , September 2018.
- Nursalam.(2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Peny, A., & Mastary. (2020). Efektivitas Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Intesitas Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di RSUD Sembiring. *Jurnal Kebidanan Kestra*, Vol. 2 No. 2, April 2020.
- Perkumpulan Obstetri Ginekologi (POGI) & Himpunan Kedokteran Feto Maternal (HKFM). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK): Ketuban Pecah Dini. Indonesia: POGI & HKFM. 2016; 1-17/
<http://www.alumniobgynunpad.com>
- Potter, P., & Perry, A. G. (2016). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik, Vol. 2. Jakarta: EGC.
- Riskesdas. (2018). Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (Riskesdas) (Vol. 44, Issue 8). <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- [Septyani, N., Roni, Y., & Susi, M. \(2019\). Jurnal Keperawatan Terapan \(e-journal\), Vol. 5, No. 02.](#)
- Sukarni, I K& Wahyu, P. (2013). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. NuhaMedika. Yogyakarta.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Winkjosastro, Hanifah.(2013). *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono : Jakarta.
- Zaleha, N. L. (2021). Pengaruh Teknik Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Nyeri Luka Post OP Sectio Caesarea. *Jurnal Bidanan Pintar*, Vol.2 No.2, November 2021.