

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN RASA AMAN NYAMAN  
: NYERI PADA PASIEN DENGAN *POST SECTIO CAESAREA***



**OLEH :  
LINDA EKA RATNASARI  
NIM : 2317059**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"  
YOGYAKARTA  
2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN RASA AMAN NYAMAN : NYERI**  
**PADA PASIEN DENGAN *POST SECTIO CAESAREA***

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan  
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

LINDA EKA RATNASARI  
NIM : 2317059

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Linda Eka Ratnasari

NIM : 2317059

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 3 Juli 2020

Pembuat pernyataan



Linda Eka Ratnasari

NIM : 2317059

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN RASA AMAN NYAMAN : NYERI  
PADA PASIEN DENGAN *POST SECTIO CAESAREA***

OLEH :  
LINDA EKA RATNASARI  
NIM : 2317059

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan  
Disetujui pada tanggal  
3 Juli 2020

Pembimbing I



Ana Ratnawati, AhPP.S.Kep.Ns.M.Kep  
NIK : 197205272002122001

Pembimbing II



Sari Candra Dewi, SKM.M.Kep  
NIK : 197708131999032001

**HALAMAN PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN RASA AMAN NYAMAN : NYERI  
PADA PASIEN DENGAN *POST SECTIO CAESAREA***

OLEH :

LINDA EKA RATNASARI

NIM : 2317059

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper “YKY”  
Yogyakarta Pada tanggal 4 Juli 2020

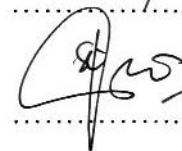
Dewan Penguji

Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns.M.Kep

Ana Ratnawati, AhPP.S.Kep.Ns.M.Kep

Sari Candra Dewi, SKM.M.Kep

Tanda Tangan



Mengesahkan

Direktur Akper “YKY” Yogyakarta



Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep

NIK 1141 03 052

## **MOTTO**

*“Sesungguhnya bersama kesulitan pasti ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai dari suatu urusan, tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain)”*

*(QS 94 : 6-7)*

*“Dan bahwasannya seorang manusia tiada memperoleh selain apa yang telah diusahakannya”*

*(An Najm : 39)*

*“Sedikit pengetahuan yang ditetapkan jauh lebih berharga ketimbang banyak pengetahuan yang tak dimanfaatkan”*

*(Kahlil Gibran)*

*“Manusia tak selamanya benar dan tak selamanya salah, kecuali ia yang selalu mengoreksi diri dan membenarkan kebenaran orang lain atas kekeliruan diri sendiri. Berusahalah jangan sampai terlengah walau sedetik saja, karena atas kelengahan kita tak akan bisa dikembalikan seperti semula”*

*(Penulis)*

## **PERSEMBAHAN**

Alhamdulillah kupanjatkan kepada Allah AWT, atas segala rahmat dan juga kesempatan dalam menyelesaikan Tugas Akhir saya berupa Karya Tulis Ilmiah dengan segala kekurangannya. Segala syukur kuucapkan kepadaMu Ya Rabb, karena sudah menghadirkan orang-orang berarti disekeliling saya. Yang selalu memberi semangat dan doa. Untuk karya yang sederhana ini saya persembahkan untuk :

1. Bapak Sugiarto dan ibu Muthiah, apa yang saya dapatkan hari ini belum mampu membayar semua kebaikan, keringat, dan juga air mata bagi saya. Terimakasih atas segala dukungan kalian, baik dalam bentuk materi amupun moril. Karya ini saya persembahkan untuk kalian, sebagai wujud rasa terimakasih atas pengorbanan dan jerih payah kalian.
2. Adikku Alvan Triyo Pamungkas, tiada waktu yang paling berharga dalam hidup selain menghabiskan waktu dengan kalian. Walaupun saat dekat kita sering bertengkar, tapi saat jauh kita saling merindukan.
3. Saudara saya Ema Rofi Amalia yang jauh disana, terimakasih sudah sering memberi semangat dan motivasi.
4. Sahabatku (Aura, Lisa, Apriyani, Intan, Oktri, Fika, Laily, Ester, Qonita, Sri, Liesty, Niken, Rohana) serta teman-temanku yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih atas dukungan, bantuan, doa dan motivasi kalian.
5. Teman seperjuanganku 1 kelompok (Meisitoh Anggraini dan Susi Susanti) yang saling mendukung dan membantu.

6. Keluarga besar kelas B yang telah menemani selama 3 tahun dengan berbagai hal yang tak terduga.
7. Teman teman angkatan 23 yang berjuang bersama selama 3 tahun, semoga ilmunya bermanfaat.
8. Almamaterku tercinta Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta



## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Studi Dokumentasi Gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*” dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kesulitan dan hambatan, tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak penyusunan tugas akhir ini dapat diselesaikan. Bersama kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep, selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Ana Ratnawati, AhPP.S.Kep.Ns.M.Kep selaku pembimbing 1 penulisan karya tulis ilmiah, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya.
3. Ibu Sari Candra Dewi, SKM.M.Kep selaku pembimbing 2 penulisan karya tulis ilmiah, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis,

sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya.

4. Ibu Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns.M.Kep selaku peguji dari Dosen Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
5. Semua pihak yang telah membantu atas terselesaikannya penulisan karya tulis ilmiah ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sepenuhnya masih banyak kelemahan dan kekurangan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini ini, baik dari isi maupun penulisannya. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini di masa yang akan datang dan semoga dapat bermanfaat bagi pembaca.

Yogyakarta, 1 Juli 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam.....	ii
Halaman Pernyataan Keaslian.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Halaman Motto.....	vi
Halaman Persembahan.....	vii
Kata Pengantar.....	ix
Halaman Daftar Isi.....	xi
Halaman Daftar Tabel.....	xiii
Halaman Daftar Gambar.....	xiv
Halaman Daftar Lampiran.....	xv
Abstrak.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Ruang Lingkup.....	6
E. Manfaat Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Landasan Teori.....	7
1. Gambaran Umum <i>Sectio Caesarea</i> .....	7
a. Definisi.....	7
b. Indikas.....	7
c. Etiologi.....	8
d. Klasifikasi.....	12
e. Teknik <i>Sectio Caesarea</i> .....	13
f. Komplikasi.....	16
g. Penatalaksanaan <i>Post Operasi</i> .....	17
2. Konsep <i>Post Partum</i> .....	21
a. Definisi.....	21
b. Tahapan <i>Post Partum</i> .....	21
c. Perubahan Fisiologis <i>Post Partum</i> .....	22
d. Perubahan Psikologis <i>Post Partum</i> .....	31
3. Gambaran Umum Nyeri.....	32
a. Definisi.....	32
b. Fisiologis Nyeri.....	33
c. Penyebab Nyeri.....	33
d. Pengalaman Nyeri.....	34
e. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri.....	36
f. Klasifikasi.....	39
g. Pengkajian Nyeri.....	48
h. Penanganan Nyeri.....	48

4. Asuhan keperawatan <i>post Sectio Caesarea</i> .....	50
a. Pengkajian Keperawatan.....	50
b. Diagnosa Keperawatan.....	58
c. Perencanaan Keperawatan.....	59
d. Pelaksanaan Keperawatan.....	60
e. Evaluasi Keperawatan.....	61
B. Kerangka Teori.....	62
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Rancangan Penelitian.....	63
B. Objek Penelitian.....	63
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	63
D. Definisi Operasional.....	64
E. Instrumen Penelitian.....	64
F. Teknik Pengumpulan Data.....	64
G. Analisa Data .....	65
H. Etika Penelitian .....	65
I. Kerangka Alur Penelitian.....	66
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil.....	67
B. Pembahasan.....	69
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	84
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA.....	87

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi Uteri.....	23
Tabel 2.2 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis.....	41
Tabel 2.3 Skala Nyeri menurut Hayward.....	43
Tabel 2.4 Pengkajian Nyeri.....	48
Tabel 2.5 Perencanaan Keperawatan.....	59
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	64

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Nyeri McGill ( <i>McGill Scale</i> ) .....	43
Gambar 2.2 <i>Wong-Baker FACES Rating Scale</i> .....	44
Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif.....	44
Gambar 2.4 Skala Penilaian Nyeri Numerik .....	45
Gambar 2.5 Skala Analog Visual.....	46
Gambar 2.6 Skala Menurut Bourbanis.....	46
Gambar 2.7 Kerangka Teori.....	62
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	66

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Lampiran 2 BAP Pelaksanaan Bimbingan kedua Pembimbing

Lampiran 3 Data Dokumen Asuhan Keperawatan KTI mahasiswa yang telah lulus  
yang digunakan sebagai studi kasus

Linda Eka Ratnasari. (2020). Studi Dokumentasi Gangguan Rasa Aman Nyaman : Nyeri Pada Pasien Dengan *Post Sectio Caesarea*

Pembimbing : Ana Ratnawati, Sari Candra Dewi

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** *Sectio Caesarea* yaitu proses persalinan melalui pembedahan dengan melakukan irisan diperut ibu (*laparotomi*) dan rahim (*histekrotomi*) untuk mengeluarkan bayi. Nyeri merupakan masalah keperawatan yang muncul karena adanya pembedahan. **Tujuan:** penelitian ini untuk mengetahui gambaran gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea* meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian. **Metode:** studi dokumentasi yang digunakan dengan memanfaatkan Karya Tulis Ilmiah tahun 2017 yang di dapat di kampus Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif kualitatif. **Hasil:** Ny. N mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri terasa panas, nyeri timbul saat bergerak dan ditekan bagian perut, skala nyeri 6 dari (1-10). Diagnosa Keperawatan yang ditegakkan sudah sesuai dengan kasus yaitu Nyeri akut. Kemudian disusun perencanaan meliputi tujuan : *Pain Control* dan intervensi : *Pain Management* yang dilakukan selama 3x24 jam. Pada intervensi dan implementasi tidak ditemukan peran keluarga. Evaluasi hasil masalah keperawatan nyeri akut teratasi. **Kesimpulan** pengkajian yang dilakukan sudah sesuai teori. Dari tujuan yang sudah dibuat terdapat ketidaksesuaian dengan teori. Evaluasi tidak sesuai teori karena ada 2 kriteria hasil mampu mengontrol nyeri tidak dituliskan secara *specific* dan mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri tanpa mengajarkannya terlebih dahulu.

Kata Kunci : Studi Dokumentasi, *Sectio Caesarea*, Nyeri Akut

---



Linda Eka Ratnasari. (2020). Documentation Study Comfort Safe Interference :  
Pain In Patients With Post Sectio Ceasarea

Guide : Ana Ratnawati, Sari Candra Dewi

### ABSTRACT

**Introduction:** *Sectio Caesarea* is the process of childbirth through the surgery with perform slices of the belly of the mother (laparotomy) and uterus (hysterectomy) to remove the baby. Pain is sa nursing problem that arise due to the surgery. **Purpose:** of this study was to determine the description of a safe-comfort feeling : pain in patients with Post Sectio Caesarea includes assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation and documentation. **Method:** documentation study used by utilizing Scientific Writing in 2017 obtained at the Yogyakarta YKY Nursing Academy campus. This research uses a descriptive qualitative design. **Results:** Ny. N said pain in the lower abdomen, pain felt hot, pain arises when moving and pressed the abdomen, pain scale 6 of (1-10). Diagnosis of nursing that enforced elready in accordance with the case is an Accute Pain. Then the plan is arranged including the objectives: Pain Control and intervention: Pain Management done for 3x24 hours. Evaluation of the problem nursing an accute pain been resolved. On the intervention and implementation the not found the fole of the family. **Conclusion:** of the assessment carried out is in accordance with the theory. Of the goals that have been made there are incompatible with the theory. Evaluation does not fit the theory because there are 2 criteria for being able to control pain not written specifically and being able to use deep breathing relaxation techniques if pain without teaching it first.

Keywords: Documentation Study, Caesarean Sectio, Acute Pain

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Trirestuti, 2018). Salah satu cara persalinan dengan *sectio caesarea* yaitu proses persalinan dengan melalui pembedahan dengan melakukan irisan diperut ibu (*laparotomi*) dan rahim (*histekrotomi*) untuk mengeluarkan bayi. Bedah *sectio caesarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko komplikasi medis lainnya (Hartati, 2015; Amalia & Mafticha, 2015).

Berdasarkan kondisi pasien, tindakan *Sectio Caesarea* (SC) dibedakan menjadi dua yaitu, *sectio caesarea* terencana (elektif) dan *sectio caesarea* darurat (emergensi). *Sectio caesarea* terencana (elektif) merupakan tindakan operasi yang sudah direncanakan jauh-jauh hari sebelumnya sedangkan *sectio caesarea* darurat (emergensi) adalah tindakan operasi yang didasarkan pada kondisi ibu saat tersebut (Basmanelly. Sari & Malini, 2017)

*Sectio Caesarea* dilakukan atas 2 faktor indikasi yaitu faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu antara lain panggul sempit dan distosia mekanis, pembedahan sebelumnya pada uterus, riwayat SC, perdarahan dan *toxemia*

*gravidarum*. Faktor janin antara lain gawat janin, cacat atau kematian janin sebelumnya, *insufisiensi plasenta*, *malpresentasi*, janin besar, *inkompatibilitas rhesus*, *postmortem caecarean*, dan infeksi virus *herpes* (Forte & Oxorn, 2010).

*World Health Organization* (WHO) (2013) menyatakan bahwa ibu hamil yang dilakukan tindakan *operasi sectio caesarea* meningkat 5 kali lipat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Selain itu menurut WHO prevalensi *sectio caesarea* meningkat 46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa, dan Amerika Latin. Penelitian yang dilakukan oleh Suryati (2012) bahwa angka persalinan *sectio caesarea* di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO sebesar 5-15%. Standar *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah kira-kira 11% sementara rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (WHO, 2015). Data dan Informasi dari Kemenkes RI, (2017) estimasi jumlah ibu bersalin/nifas menurut Provinsi Tahun 2017 sebanyak 5.082.537 ibu.

Hasil Riset kesehatan dasar/Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Angka persalinan ibu di Indonesia tahun 2018 mencapai 79,3% (RISKESDAS, 2018). Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI, 2018). Menurut Dinas Kesehatan DIY tahun 2013 secara umum jumlah persalinan *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah adalah 20-25% dari total persalinan, sedangkan di rumah sakit swasta jumlahnya sangat tinggi, yaitu sekitar 30-80% dari total persalinan (Suciati, 2015).

Masalah yang muncul pada tindakan setelah SC akibat insisi oleh robekan jaringan dinding perut dan dinding uterus dapat menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas sehingga ibu merasa nyeri karena adanya pembedahan. Pasien *post* SC akan mengeluh nyeri pada daerah insisi yang disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus. Nyeri punggung atau nyeri pada bagian tengkuk juga merupakan keluhan yang biasa dirasakan oleh ibu *post* SC, hal itu dikarenakan efek dari penggunaan anastesi epidural saat operasi (Pransiska, 2015).

Persalinan SC memberikan dampak positif dan juga negatif pada ibu. Dampak positif tindakan SC dapat membantu persalinan ibu, apabila ibu tidak dapat melakukan persalinan secara pervaginam. Dampak nyeri jika tidak di tangani dapat memengaruhi aspek psikologis meliputi kecemasan, takut, perubahan kepribadian, perilaku serta gangguan tidur. Aspek fisiologis nyeri mempengaruhi peningkatan angka morbiditas dan mortalitas (Wardani, 2014). Selain itu, dapat memberikan dampak negatif terhadap konsep diri ibu. Karena ibu kehilangan pengalaman melahirkan secara normal serta kehilangan harga diri yang terkait dengan perubahan citra tubuh akibat tindakan operasi (Utami, 2016). Beberapa dampak negatif yang ditimbulkan tindakan SC yaitu luka jahitan yang tidak menutup, infeksi luka operasi, mobilisasi fisik menjadi terbatas, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman sehingga pasien cenderung untuk berbaring selama menyusui akibat adanya nyeri (Anggorowati, dkk, 2007).

Nyeri yang dialami pasien post operasi bersifat akut dan harus segera ditangani. Manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Prosedur secara farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik, yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri (Yuliatun, 2008). Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi nafas dalam serta relaksasi distraksi untuk mengurangi rasa nyeri, pergerakan atau perubahan posisi, masase, akupressur, terapi panas atau dingin, *hypnobirthing*, music dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) (Kurlinawati, & Astutik, 2017).

Untuk mengatasi dampak yang timbul maka diperlukannya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap ibu nifas dengan *post sectio caesarea* yang meliputi pengkajian, diganosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Sehingga dapat mencegah terjadinya masalah pada ibu nifas *post sectio caesarea*. Perawat berperan besar dalam penanggulangan nyeri non farmakologis yakni melatih teknik relaksasi napas dalam akan mengurangi intensitas nyeri ibu post SC dan membantu relaksasi otot serta membantu pernafasan menjadi lebih baik yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan (Smeltzer & Bare, 2010).

Dukungan keluarga juga sangat penting untuk motivasi pasien dalam menangani nyeri, pada kenyataannya banyak keluarga yang kurang mengerti bagaimana cara merawat keluarga yang sakit. Oleh karena itu peran keluarga sangat perlu sekali dalam rangka untuk memberikan dukungan terhadap pasien

supaya terbebas dari penyakit dan komplikasi yang mungkin timbul setelah pasca operasi .

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Studi Dokumentasi Gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*”.

### **B. Rumusan Masalah Penelitian**

“Bagaimana studi dokumentasi gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*?”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum :

Mengetahui gambaran gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*.

#### 2. Tujuan Khusus :

Diketahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*.
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosis Keperawatan aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*.
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*.

- e. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi dan Pendokumentasian aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*.
- f. Hasil studi dokumentasi mengenai Peran Keluarga pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*.

#### **D. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Maternitas. Materi yang dibahas adalah gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea* atas Indikasi *Fetal Distress*, *Preeklamsi Berat* *Partial Hellp Sindrom* di Ruang Nusa Indah II RSUD Sleman Yogyakarta dengan metode studi dokumentasi menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus tahun 2017.

#### **E. Manfaat Penelitian**

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

##### 1. Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman : nyeri pada pasien *post sectio caesarea*.

##### 2. Praktis

Memberikan pengalaman secara nyata kepada penulis mengenai penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan pendekatan studi dokumentasi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Gambaran Umum *Sectio Caesarea***

###### **a. Definisi**

*Sectio Caesarea* adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Mitayani, 2012). *Sectio Caesarea* merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Solehati, 2015).

Beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin didalam rahim melalui insisi pada dinding dan rahim perut ibu dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh dan bobot janin diatas 500 gram.

###### **b. Indikasi**

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



1. Indikasi yang berasal dari ibu

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

2. Indikasi yang berasal dari janin

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

**c. Etiologi**

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

1. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

*Chepalo 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 khoriokarsinoma 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

Bagaian 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 fleksi 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  $90^\circ$ ). 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.

#### d. 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*.

**e. Teknik *Sectio Caesarea***

Sayatan yang paling sering dilakukan adalah sayatan transversal (*Pfannenstiel, Maylard, atau Cherney*). Sayatan vertikal biasanya dilakukan pada keadaan emergensi atau apabila kita perlu secepatnya membuka rongga perut (Krisnadi, dkk., 2012).

1. Sayatan *Pfannenstiel*

Digunakan pada pasien berdasarkan kenyataan bahwa operasi pertama dilakukan dengan teknik sayatan yang sama. Saat insisi dilakukan, jaringan subkutan akan terbuka dan perdarahan dihentikan dengan kauter atau dijahit. Selanjutnya lapisan fascia dibuka kemudian sayatan diperluas dengan menggunakan gunting/pisau.

Kemudian fascia ditarik ke arah kranial dan anterior, peritoneum dibuka, tampak uterus gravidus yang diinspeksi untuk melihat adanya torsi dan anatomis yang abnormal. Peritoneum visceral/kandung kemih disisihkan dari segmen bawah rahim. Segmen bawah rahim disayat transversal selanjutnya diperluas ke lateral baik secara tumpul maupun tajam dengan gunting.

Selaput ketuban dipecahkan dan bayi dilahirkan dengan meluksir kepala pada presentasi kepala dan menarik kaki pada

presentasi bokong. Hidung dan mulut dibersihkan, dilanjutkan dengan penjepitan dan pemotongan tali pusat. Plasenta dilahirkan dengan tarikan ringan atau secara manual. Uterus dikeluarkan dari rongga perut, kemudian rongga uterus dibersihkan dari kemungkinan adanya sisa plasenta. Segmen bawah rahim ditutup dengan dua lapis jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Uterus dikembalikan kedalah abdomen, usus dibersihkan dan dicuci, sesudah rongga abdomen bersih kemudian luka operasi ditutup. Fascia dijahit dengan benang yang dapat diserap. Jaringan subkutan didekatkan satu sama lain kemudian kulit ditutup.

## 2. Teknik Pelosi

Sayatan yang dilakukan adalah sayatan *Pfannenstiel*. Kauterisasi dilakukan untuk memisahkan jaringan subkutan dan fascia secara transversal. Muskulus rektus dipisahkan secara tumpul untuk memberi celah pada kedua jari telunjuk, selanjutnya membuka fascia. Peritoneum dibuka secara tumpul menggunakan jari, selanjutnya seluruh lapisan dinding perut diregangkan secara manual sesuai sayatan kulit. Kandung kencing tidak lagi disisihkan ke arah inferior.

Sayatan kecil transversal dilakukan menembus uterus, lalu diperluas ke arah lateral melengkung ke arah atas secara tumpul ataupun tajam menggunakan gunting. Bayi dilahirkan dengan

memberikan tekanan pada fundus uteri, diberikan oksitosin dan plasenta dikeluarkan sesudah terlepas secara spontan.

Dilakukan masase pada uterus, sayatan pada uterus dijahit dengan satu lapis jahitan kontinyu terkunci menggunakan chromic cargin nomor 1. Tidak dilakukan penjahitan peritoneum. Fascia dijahit secara kontinyu dengan *synthetic absorbable suture*. Apabila lapisan subkutan nya tebal, dilakukan jahitan satu-satu menggunakan benang diserap nomor 3-0.

### 3. Teknik Joel-Cohen

Berbeda dengan 2 teknik diatas pada beberapa hal. Sayatan Joel-Cohen dilakukan hanya pada kulit saja yaitu 3 cm dibawah spina iliaca anterior superior, lebih tinggi dari sayatan *pfannenstiel*. Lapisan subkutan hanya disayat dibagian tengah sepanjang 3cm. fascia disayat hanya pada bagian tengah yang selanjutnya diperluas ke lateral dengan menggunakan jari.

Tindakan ini dilakukan untuk memisahkan muskulus rektus secara vertikal dan lateral dan membuka peritoneum. Seluruh lapisan dinding perut diregangkan secara manual sesuai dengan sayatan kulit. Kandung kencing disisihkan kearah inferior, otot rahim disayat transversal pada bagian tengah tanpa menembus selaput amnion, diperluas ke lateral dengan jari. Jahitan satu-satu dilakukan untuk menutup uterus.



#### 4. Teknik Misgav-Ladach

Merupakan modifikasi dari teknik Joel-Cohen, dikembangkan oleh Stark dan kawan-kawan. Dilakukan sayatan Joel-Cohen, hanya fascia dibuka dengan menggunakan gunting bagian ujungnya. Membuka uterus sama seperti teknik Joel-Cohen, plasenta dikeluarkan secara manual. Uterus dikeluarkan. Jahitan uterus satu lapis secara kontinyu terkunci. Lapisan peritoneum tidak dijahit. Fascia dijahit secara kontinyu. Kulit dijahit dengan 2 atau 3 jahitan matras. Diantara jahitan-jahitan ini kulit didekatkan satu sama lain dengan menggunakan klem Allis sekitar 5 menit.

Dari berbagai pengamatan tindakan ini memberikan beberapa hal yang menguntungkan antara lain : waktu operasi yang singkat, penggunaan benang sedikit, perdarahan intraoperatif sedikit, nyeri pasca operatif menurun, kejadian luka infeksi berkurang, sedikit perlengketan.

#### f. Komplikasi

Menurut Chamberlain, (2012), komplikasi *section caesarea* yaitu :

1. Hemoragi, Paling buruk dari sudut insisi uterus atau pada plasenta previa.
2. Infeksi, Antibiotik profilaktik biasaya diberikan untuk *sectio 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

## **g. 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 vital 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 Ceftriaxone, 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. Konsep Dasar *Post Partum***

### **a. Definisi**

*Post partum* / masa nifas merupakan masa pemulihan setelah melalui masa kehamilan dan persalinan yang dimulai sejak setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat reproduksi kembali dalam kondisi wanita yang tidak hamil, rata-rata berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari (Handayani & Pujiastuti, 2016)

### **b. 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) :

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

**c. Perubahan Fisiologis *Post Partum***

Ketika hamil, ibu mengalami beberapa perubahan pada bentuk tubuhnya. Begitu juga pasca melahirkan akan terjadi banyak sekali perubahan dari kondisi saat hamil. Menurut Bobak dalam Indriyani,dkk (2016) perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu post partum antara lain:

## 1. Sistem Reproduksi dan Struktur Terkait

### a) Uterus

#### 1) Proses Involusi

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

#### 2) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respons terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar.

#### 3) *Afterpains*

Kondisi ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodic sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bisa bertahan sepanjang awal *puerperium*.

Tabel 2.1 Involusi Uterus

<b>Involusi Uterus</b>	<b>TFU</b>
Hari ke-1	Setinggi pusat
Hari ke-2	1-2 jari dibawah pusat
Hari ke-3	Pertengahan simpisis
Hari ke-7	3 jari diatas simpisis
Hari ke-9	1 jari diatas simpisis
Hari ke-10 atau ke-12	Tidak teraba dari luar

Sumber : Sarwono, 2007



b) Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskuler dan thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul dan tidak teratur. Pertumbuhan endometrium ke atas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka.

c) Lokhea

Lokhea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Terbagi menjadi 3 yaitu :

a) Lokhea Rubra berwarna merah

Lokhea yang terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah terang sampai dengan merah tua. Merupakan darah segar dan terdapat sisa-sisa selaput ketuban , sel-sel desidua, vetriks caseora, lanugo dan mechonium. Cairan ini berbau amis

b) Lokhea Serosa

Lokhea Serosa adalah pengeluaran secret berwarna merah muda sampai dengan kekuning-kuningan dan kemudian berubah menjadi kecoklatan terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 14 pasca persalinan.

c) Lokha Alba

Lokhea Alba adalah lokhea yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Berbentuk seperti cairan putih, merupakan keluaran yang hampir tidak berwarna.

d) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan, 18 jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi padat dan kembali ke bentuk semula.

e) Vagina dan Perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae.vagina yang semula sangat meregang akan kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir, rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke 4. Mukosa akan tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali.

f) Topangan Otot Panggul

Struktur penopang uterus dan vagina bisa mengalami cedera sewaktu melahirkan dan masalah ginekologi dapat timbul dikemudian hari.

## 2. Sistem Endokrin

### a) Hormone Plasenta

Dengan terjadi perubahan hormon yang menyebabkan penurunan

hormon-hormon yang diproduksi oleh organ tersebut.

### b) Hormone Hipofisis dan Fungsi Ovarium

Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolactin serum yang tinggi pada wanita menyusui dampaknya berperan dalam menekan ovulasi.

## 3. Abdomen

Abdomen akan terlihat menonjol ketika wanita berdiri di hari pertama setelah melahirkan dan tampak seperti masih hamil. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil.

## 4. Sistem Urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan fungsi ginjal meningkat, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan menurunkan fungsi ginjal selama post partum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah melahirkan. Diperlukan kira-kira 8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi pada ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil.

## 5. Sistem Cerna

### a) Nafsu Makan

Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan, sehingga diperbolehkan-

kan mengkonsumsi makanan ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anastesia, dan kelelahan kebanyakan ibu merasa sangat lapar.

### b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus otot dan motilitas otot tratus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

### c) Defekasi

BAB secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot menurun selama proses persalinan dan pada awal masa post partum. Diare setelah melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi.

## 6. Payudara

Konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesterone, human chorionic gonadotropin, prolaktin, kortisol dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Waktu yang dibutuhkan oleh hormone-

hormon ini untuk kembali ke keadaan sebelum hamil sebagian ditentukan oleh ibu apakah menyusui atau tidak.

a) Ibu tidak menyusui

Payudara biasanya teraba nodular (pada wanita tidak hamil teraba granular). Nodularitas bersifat bilateral dan difus. pada wanita tidak menyusui sekresi dan ekskresi kolostrum menetap selama beberapa hari pertama setelah melahirkan. Pada saat hari ke 3 atau ke 4 post partum bisa terjadi pembengkakan (*engorgement*). Payudara teregang (bengkak), keras, nyeri bila ditekan dan hangat bila diraba (kongesti pembuluh darah menimbulkan rasa hangat).

b) Ibu menyusui

Ketika laktasi terbentuk teraba suatu massa (benjolan). Tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak dan suatu cairan kekuningan, yaitu kolostrum, dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai payudara teraba keras dan hangat bila disentuh. Rasa nyeri akan menetap selama sekitar 48 jam. Susu putih kekuningan (tampak seperti susu krim) dapat dikeluarkan dari puting susu. Putting susu harus dikaji erektilitasnya, sebagai kebalikan dari inverse dan untuk menemukan adanya fisura atau keretakan.

## 7. Sistem Kardiovaskuler

### a) Volume Darah

Perubahan volume darah tergantung dari beberapa faktor, missal kehilangan daeah selama melahirkan dan mobilitas serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang tepat tetapi terbatas.

### b) Curah Jantung

Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat selama masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkuit euro plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran.

### c) Tanda-tanda Vital

Beberapa tanda vital bisa terlihat jika wanita dalam keadaan normal. Peningkatan kecil sementara, baik peningkatan darah sistole maupun diastole dapat timbul dan berlangsung selama sekitae 4 hari setelah wanita melahirkan.

### d) Varises

Varises di tungkai atau disekitar anus (*hemoroid*) sering dijumpai pada wanita hamil. Varises bukan varises vulva yang

jarang dijumpai akan mengecil dengan cepat setelah bayi lahir.

Operasi varises tidak dipertimbangkan selama hamil.

#### 8. Sistem Neurologi

Perubahan neurologis selama masa puerperium merupakan kebalikan adaptasi neurologis yang terjadi saat wanita hamil dan disebabkan trauma yang dialami wanita saat bersalin dan melahirkan.

#### 9. Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa post partum. Adaptasi ini mencakup hal-hal yang membantu relaksasi dan perubahan ibu akibat pembesaran rahim.

#### 10. Sistem Integumen

Kloasma yang muncul selama masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Hiperpigmentasi di areola dan di linea nigra tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, dan panggul mungkin memudar tetapi tidak hilang seluruhnya. Kelainan pembuluh darah seperti *spider angioma (nevi)*, *eritema palmar*, dan *epulis* biasanya berkurang sebagai respon terhadap penurunan kadar estrogen setelah kehamilan berakhir. Rambut halus yang lebat yang tumbuh pada waktu hamil biasanya akan menghilang setelah wanita melahirkan. Rambut kasar yang timbul selama

hamil biasanya akan menetap. Konsentrasi dan kekuatan kuku biasanya akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

#### **d. Perubahan Psikologis *Post Partum***

Masa nifas merupakan masa transisi peran seorang ibu dimana memerlukan adaptasi psikologis yang tidak mudah. Masa nifas merupakan masa rentan gangguan psikologis sehingga terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran dengan bertambahnya tanggung jawab. Masa nifas merupakan masa bertambahnya kecemasan ibu berhubungan dengan pengalaman unik selama persalinan. Fase perubahan psikologi masa nifas menurut Handayani & Pujiastuti, (2016) :

##### *1. Fase Taking In*

Merupakan periode ketergantungan (*dependent*), yang berlangsung hari 1 sampai 2 hari pertama, dengan ciri khas ibu fokus pada diri sendiri dan pasif terhadap lingkungan, menyatakan adanya rasa ketidaknyamanan yang dialami : rasa mules, nyeri luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan : istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi yang adekuat. Gangguan psikologi yang terjadi pada masa ini antara lain kekecewaan terhadap bayinya, ketidaknyamanan pada perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.



## 2. *Fase Taking Hold*

Berlangsung dalam 3 hari sampai sepuluh hari setelah melahirkan, menunjukkan bahwa ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan antara lain teknik komunikasi yang baik, dukungan moril, pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

## 3. *Fase Letting Go*

Merupakan fase dimana ibu mulai menerima tanggung jawab peran barunya, berlangsung setelah 10 hari setelah melahirkan, pada masa ini ibu mulai dapat beradaptasi dengan ketergantungan bayinya, terjadi peningkatan perawatan bayi dan dirinya, ibu merasa percaya diri, lebih mandiri terhadap kebutuhan bayi dan dirinya. Ibu memerlukan dukungan keluarga terhadap perawatan bayinya.

## 3. **Gambaran Umum Nyeri**

### a. **Definisi**

Menurut Mubarak, dkk (2015), nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat.

## **b. Fisiologis Nyeri**

Reseptor nyeri disebut *nociceptor* merupakan ujung-ujung syaraf bebas, tidak *bermielin* atau sedikit *bermielin* dari neuron afferen. *Nociceptor-nociceptor* tersebar luas pada kulit dan mukosa dan terdapat ada struktur yang lebih dalam seperti visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. *Nociceptor* memberi respon yang terpilih terhadap stimulasi yang membahayakan seperti stimulasi kimia, thermal, listrik atau mekanis. Yang tergolong stimulasi kimia terhadap nyeri adalah histamine, brakidinin, prostaglandin, bermacam-macam asam. Sebagian bahan tersebut dilepaskan oleh jaringan yang rusak. Anoksia yang menimbulkan nyeri adalah oleh kimia yang dilepaskan oleh jaringan anoksia yang rusak. Spasme otot menimbulkan nyeri karena menekan pembuluh darah yang menjadi anoksia. Pembengkakan jaringan menjadi nyeri karena tekanan (stimulasi mekanik) kepada *nociceptor* yang menghubungkan jaringan (Long dalam Padila, 2014)

## **c. Penyebab Nyeri**

Menurut Mubarak dkk (2015), penyebab nyeri yaitu :

### **1. Trauma**

- a) Mekanik, yaitu rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan. Misalnya akibat benturan, gesekan luka.

- b) Termal, yaitu nyeri yang timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas dan dingin. Misalnya uap air.
  - c) Kimia, yaitu timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat.
  - d) Elektrik, yaitu timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.
  - e) Peradangan, yakni nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan, missal abses.
2. Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah.
  3. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
  4. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
  5. Iskemi pada jaringan, missal terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
  6. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

#### **d. Pengalaman Nyeri**

Menurut Mubarak dkk (2015), pengalaman nyeri seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal :

### 1. Makna Nyeri

Nyeri memiliki makna yang berbeda bagi setiap orang, juga untuk orang yang sama disaat yang berbeda. Umumnya, manusia memandang nyeri sebagai pengalaman yang negatif, walaupun nyeri juga memiliki aspek positif. Beberapa makna nyeri antara lain berbahaya atau merusak, menunjukkan adanya komplikasi (misalnya infeksi).

### 2. Persepsi Nyeri

Nyeri merupakan salah satu bentuk refleksi guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa.

### 3. Toleransi Terhadap Nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan. Meskipun setiap orang memiliki pola penahan nyeri yang relatif stabil, tingkat toleransi berbeda tergantung pada situasi yang ada.

#### 4. Reaksi Terhadap Nyeri

Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah, dan cemas, ada pula yang menanggapi dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi. Sebagian orang merespons nyeri dengan menangis, mengerang dan menjerit-jerit, meminta pertolongan, gelisah di tempat tidur, atau berjalan mondar-mandir tak tentu arah untuk mengurangi rasa nyeri. Sementara yang lain tidur sambil menggemertakkan gigi, mengepalkan tangan, atau mengeluarkan banyak keringat ketika mengalami nyeri.

#### e. Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Menurut Mubarak dkk (2015), berikut faktor yang mempengaruhi nyeri :

##### 1. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri.

##### 2. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Anak-anak kurang mampu mengungkapkan nyeri yang

mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi dilingkungan tersebut dapat memperberat. Selain itu, dukungan keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

4. Pengalaman nyeri sebelumnya

Meinhart dan Mc.Caffery mendeskripsikan 3 fase pengalaman nyeri sebagai berikut :

a) Fase antisipasi (terjadi sebelum nyeri diterima)

Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dalam fase ini sangat penting, terutama dalam memberikan informasi pada pasien.

b) Fase sensasi (terjadi saat nyeri terasa)

Fase ini terjadi ketika pasien merasakan nyeri. Oleh karena nyeri itu bersifat subjektif, maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga akan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil, sebaliknya orang yang

toleransi terhadap nyerinya rendah akan mudah merasa nyeri dengan stimulus nyeri kecil. Keberadaan enkefalin dan endorfin membantu menjelaskan bagaimana orang yang berbeda merasakan tingkat nyeri dari stimulus yang sama. Kasus seperti itu tentunya membutuhkan bantuan perawat untuk membantu pasien mengkomunikasikan nyeri secara efektif.

c) Fase akibat (terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti)

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis, sehingga dimungkinkan pasien mengalami gejala sisa pasca nyeri. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang.

5. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertasi peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

6. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan dan tantangan.

Maka nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

#### 7. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun.

#### 8. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respons nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

### f. Klasifikasi Nyeri

Dibawah ini diuraikan beberapa karakteristik nyeri (Mubarak dkk, 2015).

#### 1. Menurut Tempat :

- a) *Periferal pain* : nyeri permukaan (*superficial pain*), nyeri dalam (*deep*), nyeri alihan (*reffered pain*), nyeri yang dirasakan pada area yang bukan merupakan sumber nyerinya.
- b) *Central pain*, terjadi karena perangsangan pada susunan saraf pusat, medula spinalis, batang otak dan lain-lain.



- c) *Psychogenic pain*, nyeri dirasakan tanpa penyebab organik, tetapi akibat dari trauma psikologis.
- d) *Phantom pain*, merupakan perasaan pada bagian tubuh yang sudah tak ada lagi. Contohnya pada amputasi, *phantom pain* timbul akibat dari stimulasi dendrit yang berat dibandingkan dengan stimulasi reseptor biasanya. Oleh karena itu, orang tersebut akan merasa nyeri pada area yang telah diangkat.
- e) *Radiating pain*, nyeri yang dirasakan pada sumbernya yang meluas ke jaringan sekitar.
- f) Nyeri somatis dan nyeri viseral, kedua nyeri ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (superfisial) pada otot tulang.

2. Menurut sifat :

- a) *Insidental* : timbul sewaktu-waktu dan kemudian menghilang.
- b) *Steady* : nyeri timbul menetap dan dirasakan dalam waktu yang lama.
- c) *Paroxysmal* : nyeri dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali serta biasanya menetap 10-15 menit, lalu menghilang dan kemudian timbul kembali.
- d) *Intractable pain* : nyeri yang resisten dengan diobati atau dikurangi. Contoh pada artritis, pemberian analgetik narkotik merupakan kontraindikasi akibat dari lamanya penyakit yang dapat mengakibatkan kecanduan.

### 3. Menurut Intensitas Rasa Nyeri :

- a) Nyeri ringan : dalam intensitas rendah.
- b) Nyeri sedang : menimbulkan suatu reaksi fisiologis dan psikologis.
- c) Nyeri berat : dalam intensitas tinggi.

### 4. Bentuk Nyeri

Menurut Mubarak, dkk (2015), bentuk nyeri terbagi atas nyeri akut dan nyeri kronis.

Tabel 2.2 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Suatu kejadian jika pasien baru pertama kali mengalami periode nyeri, persepsi pertama tentang nyeri akan mengganggu mekanisme kopingnya. Setiap orang belajar dari pengalaman nyerinya. Akan tetapi pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu membuat individu mampu menerima nyeri dengan mudah.	Jika pasien telah sering mengalami episode nyeri tanpa pernah sembuh atau pasien mengalami nyeri yang berat, rasa cemas, atau bahkan takut dapat muncul. Sebaliknya jika pasien pernah mengalami nyeri yang sama berulang-ulang dan ia berhasil mengatasinya, akan lebih mudah bagi pasien untuk menginterpretasikan sensasi nyeri yang muncul. Dengan demikian, pasien akan lebih siap untuk melakukan tindakan yang diperlukan guna menghilangkan nyeri.
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit yang berasal dari dalam	Sumber nyeri tidak diketahui atau tidak diubah atau pengobatan terlalu lama atau efektif. pasien sulit menentukan sumber-sumber karena pengindraan nyeri yang sudah lebih mendalam.
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, berkembang, dan tersembunyi (terselubung).
Durasi/waktu yang berlangsung	Lamanya dalam hitungan menit dan <i>transient</i> (sampai 6 bulan)	Lamanya dalam hitungan bulan, > 6 bulan hingga beberapa tahun.
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri umumnya	Daerah yang nyeri san yang

	tidak diketahui dengan pasti. Pasien yang mengalami nyeri ini sering kali merasa takut dan khawatir berharap nyeri dapat segera teratasi. Nyeri ini dapat hilang setelah area yang mengalami gangguan kembali pulih.	tidak, intensitasnya menjadi sangat sulit dievaluasi. Pasien yang mengalami nyeri ini sering merasa tidak aman karena mereka tidak tahu apa yang mereka rasakan. Dari hari ke hari pasien mengeluh mengalami keletihan, insomnia, anoreksia, depresi, putus asa, dan sulit mengontrol emosi.
Gejala klinis	Pola-pola respons yang khas dengan gejala-gejala yang lebih jelas.	Pola-pola respons bervariasi. Terkadang pasien bisa mengalami remisi (gejala hilang sebagian atau seluruhnya) dan eksaserbasi (gejala makin parah).
Perjalanan	Penderita biasanya mengeluh berkurang setelah beberapa waktu lama.	Berlangsung terus atau intermitten, intensitas bervariasi atau tetap konstan.
Prognosis	Baik dan mudah untuk dihilangkan.	Penyembuhan yang paling sempurna biasanya tidak mungkin.

## 5. Cara Mengukur Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Mubarak, dkk., 2015)

### a) Hayward (1975)

Mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (*painometer*) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya mencantumkan nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung

lainnya nilai 10 (untuk kondisi nyeri paling hebat). Untuk mengukurnya, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas nyeri ini sifatnya subjektif dan dipengaruhi oleh banyak hal, seperti tingkat kesadaran, konsentrasi, jumlah distraksi, tingkat aktivitas dan harapan keluarga. Intensitas nyeri dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori.

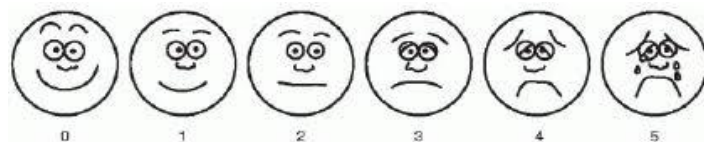
Tabel 2.3 Skala Nyeri menurut Hayward

Skala	Keterangan
Skala 0	Tidak nyeri
Skala 1-3	Nyeri ringan
Skala 4-6	Nyeri sedang
Skala 7-9	Sangat nyeri tapi masih dapat dikontrol oleh pasien dengan aktivitas yang biasa dilakukan
Skala 10	Sangat nyeri dan tidak terkontrol

Sumber : Mubarak dkk, (2015)

b) Skala Nyeri McGill (*McGill Scale*)

Mengukur intensitas nyeri dengan menggunakan 5 angka, yaitu 0 : tidak nyeri; 1: nyeri ringan; 2: nyeri sedang; 3: nyeri berat; 4: nyeri sangat berat; dan 5: nyeri hebat.

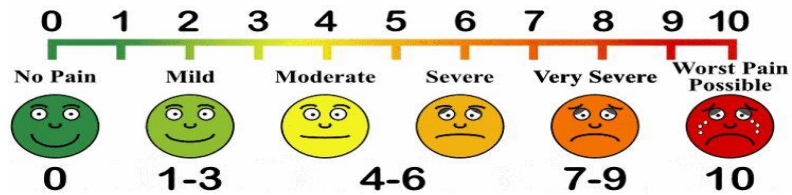


Gambar 2.1 Skala Nyeri McGill (*McGill Scale*)

Sumber : Mubarak dkk, (2015)

c) *Wong-Baker FACES Rating Scale*

Ditujukan kepada pasien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui skala angka.

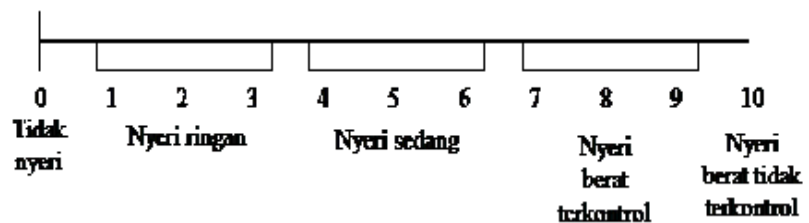


Gambar 2.2 *Wong-Baker FACES Rating Scale*

Sumber : Mubarak dkk, (2015)

d) Menurut Smeltzer dan Bare (2002), skala intensitas nyeri adalah sebagai berikut :

1) Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

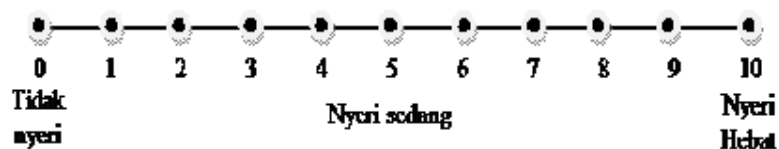


Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale-VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri atas 3

sampai 5 kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini di-ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan pasien skala tersebut dan meminta pasien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

## 2) Skala Penilaian Nyeri Numerik



Gambar 2.4 Skala Penilaian Nyeri Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales-NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992). Skala numerik paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah

diberikan teknik relaksasi progresif. Selain itu, selisih penurunan dan peningkatan nyeri lebih mudah diketahui dibanding skala yang lain.

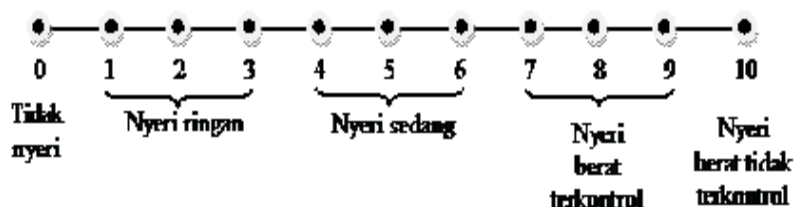
### 3) Skala Analog Visual



Gambar 2.5 Skala Analog Visual

Skala analog visual (*Visual Analog Scale-VAS*) tidak melabel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

### 4) Skala Menurut Bourbanis



Gambar 2.6 Skala Menurut Bourbanis

Keterangan :

- 0 :Tidak nyeri
- 1-3 :Nyeri ringan, secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 :Nyeri sedang, secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 :Nyeri berat, secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respons terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 :Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan banyak waktu saat pasien melengkapinya. Apabila pasien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bukan bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, melainkan juga mengevaluasi perubahan kondisi pasien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan.



### g. Pengkajian Nyeri

Menurut Mubarak, dkk., (2015) pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan yang efektif. Oleh karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas 2 komponen utama, yakni (1) riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari pasien dan (2) observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis pasien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah PQRST.

Tabel 2.4 Pengkajian Nyeri

P ( <i>provoking</i> atau pemicu)	Yaitu faktor yang memperparah atau meringankan nyeri.
Q ( <i>quality</i> atau kualitas)	Yaitu kualitas nyeri (misal, tumpul, tajam, merobek).
R ( <i>region</i> atau daerah)	Yaitu daerah penjalaran nyeri
S ( <i>severity</i> atau keganasan)	Yaitu intensitasnya.
T ( <i>time</i> atau waktu)	Yaitu serangan, lamanya, frekuensi, dan sebab.

### h. Penanganan Nyeri

#### 1. Farmakologi

##### a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri atas berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini membuat

ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun, penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernafasan dimedula batang otak sehingga perlu perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernafasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

b) Analgesik nonnarkotik

Analgetik nonnarkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibu profen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki antiinflamasi dan antipiretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi (Smeltzer dan Bare, 2001).

2. Nonfarmakologi

a) Relaksasi progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri.

b) Stimulasi kutaneus plasebo

Plasebo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologis dalam bentuk yang dikenal oleh pasien sebagai obat seperti kapsul,

cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri atas larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa.

c) Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami.

#### **4. Asuhan keperawatan *Post Sectio Caesarea***

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan (Falentina, 2019).

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dokumentasi Keperawatan, 2017), yang meliputi sebagai berikut :

### 1. Identitas Ibu

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

### 2. Keluhan Utama

Pada umumnya Ibu dengan *Post Sectio Caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST.

### 3. Riwayat Kesehatan

#### a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya *operasi Sectio Caesarea* misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar (*multiple pregnancy*), preeklampsia eklampsia berat, ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

#### b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit dahulu adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit konis, menular, dan menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin. Ada tidaknya

riwayat operasi umum/ lainnya maupun operasi kandungan (*sectio caesarea*, miomektomi, dan sebagainya).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari genogram keluarga apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

4. Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat. Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

5. Riwayat Kontrasepsi

Hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

## 6. Pola Kesehatan Fungsional

### a. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

### b. Pola Aktifitas

Pada pasien *post Sectio Caesarea* aktifitas masih terbatas, ambulasi dilakukan secara bertahap, setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Kemudian ibu dapat diposisikan setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya ibu dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

### c. Pola Eliminasi

Pada pasien *post Sectio Caesarea* sering terjadi adanya konstipasi sehingga pasien takut untuk melakukan BAB.

### d. Istirahat dan Tidur

Pada pasien *post Sectio Caesarea* terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi dan nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan.

### e. Pola Sensori

Pasien merasakan nyeri pada abdomen akibat luka pembedahan yang dilakukan.

f. Pola Status Mental

Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi pasien, proses berpikir, kemauan atau motivasi, serta persepsi pasien.

g. Pola Reproduksi dan Sosial

Pada pasien *post Sectio Caesarea* terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan masa nifas.

h. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.

2) Mata

Pemeriksaan mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan. Biasanya ada keadaan dimana konjungtiva anemis karena proses persalinan yang mengalami perdarahan.

3) Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret,

perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan.

4) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

5) Leher

Pemeriksaan leher meliputi kelenjar tiroid, vena jugularis, biasanya pada pasien post partum terjadi pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

6) Dada

a) Jantung

Bunyi jantung I dan II regular atau ireguler, tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop.

b) Paru-paru

Bunyi pernafasan vesikuler atau tidak, apakah ada suara tambahan seperti ronchi dan wheezing. Pergerakan dada simetris, pernafasan regular, frekuensi nafas 20x/menit.

7) Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak, dan pada hari ke-3 postpartum, payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III),



keras dan nyeri, adanya hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papila mammae. Ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila areola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, engorgement (bengkak) akan berkurang dalam 2-3 hari, puting mudah erektile bila dirangsang. Pada ibu yang tidak menyusui akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

#### 8) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea, apakah ada terjadinya *Diastasis Rectus Abdominis* yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, cara pemeriksaannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti *diastasis rectie* ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk

mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak. Intensitas kontraksi uterus meningkat segera setelah bayi lahir kemudian terjadi respons uterus terhadap penurunan volume intra uterine kelenjar hipofisis yang mengeluarkan hormone oksitosin, berguna untuk memperkuat dan mengatur kontraksi uterus dan mengkrompesi pembuluh darah. Pada 1-2 jam pertama intensitas kontraksi uterus berkurang jumlahnya dan menjadi tidak teratur karena pemberian oksitosin dan isapan bayi.

#### 9) Genitalia

Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

#### 10) Anus

Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid atau tidak.

#### 11) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit.

## 12) Ekstremitas

Pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda Homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

### b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk meunliskan masalah/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, luka *post operasi Sectio Caesarea*.
2. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI.
3. Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar b.d Kurang Terpapar Informasi
4. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri, terpasang alat invasif.
5. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal.

6. Gangguan eliminasi urine b.d efek tindakan medis, anastesi.
7. Gangguan pola tidur b.d nyeri akibat luka post Sectio Caesarea.
8. Risiko infeksi b.d efek prosedur pembedahan Sectio Caesarea.
9. Risiko ketidakseimbangan cairan b.d prosedur pembedahan mayor, pembatasan cairan peroral.

c. Perencanaan Keperawatan

Setelah perumusan diagnosa keperawatan maka perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien.

Tabel 2.5 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut (D.0077) Faktor yang berhubungan agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)	NOC : <i>Pain Level</i> <i>Pain Control</i> <i>Comfort Level</i> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Pasien melaporkan nyeri berkurang 2. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab	NIC : <i>Pain Management</i> 1. Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 2. Observasi reaksi non verbal dari pasien. 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan

	<p>nyeri, mampu menggunakan nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>3. Pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>4. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>5. Pasien dapat istirahat dan tidur</p> <p>6. Tanda tanda vital dalam batas normal</p>	<p>kebisingan.</p> <p>5. Kurangi faktor presipitasi nyeri.</p> <p>6. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>7. Pemberian analgesik dengan tepat.</p> <p>8. Tingkatkan istirahat.</p> <p><i>Analgesic Administration</i></p> <p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>2. Cek tentang instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>3. Cek riwayat alergi</p> <p>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>5. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal</p> <p>6. Pilih rute pemberian IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p>
--	--	---

NANDA, (2015)

#### d. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dokumentasi Keperawatan, 2017).

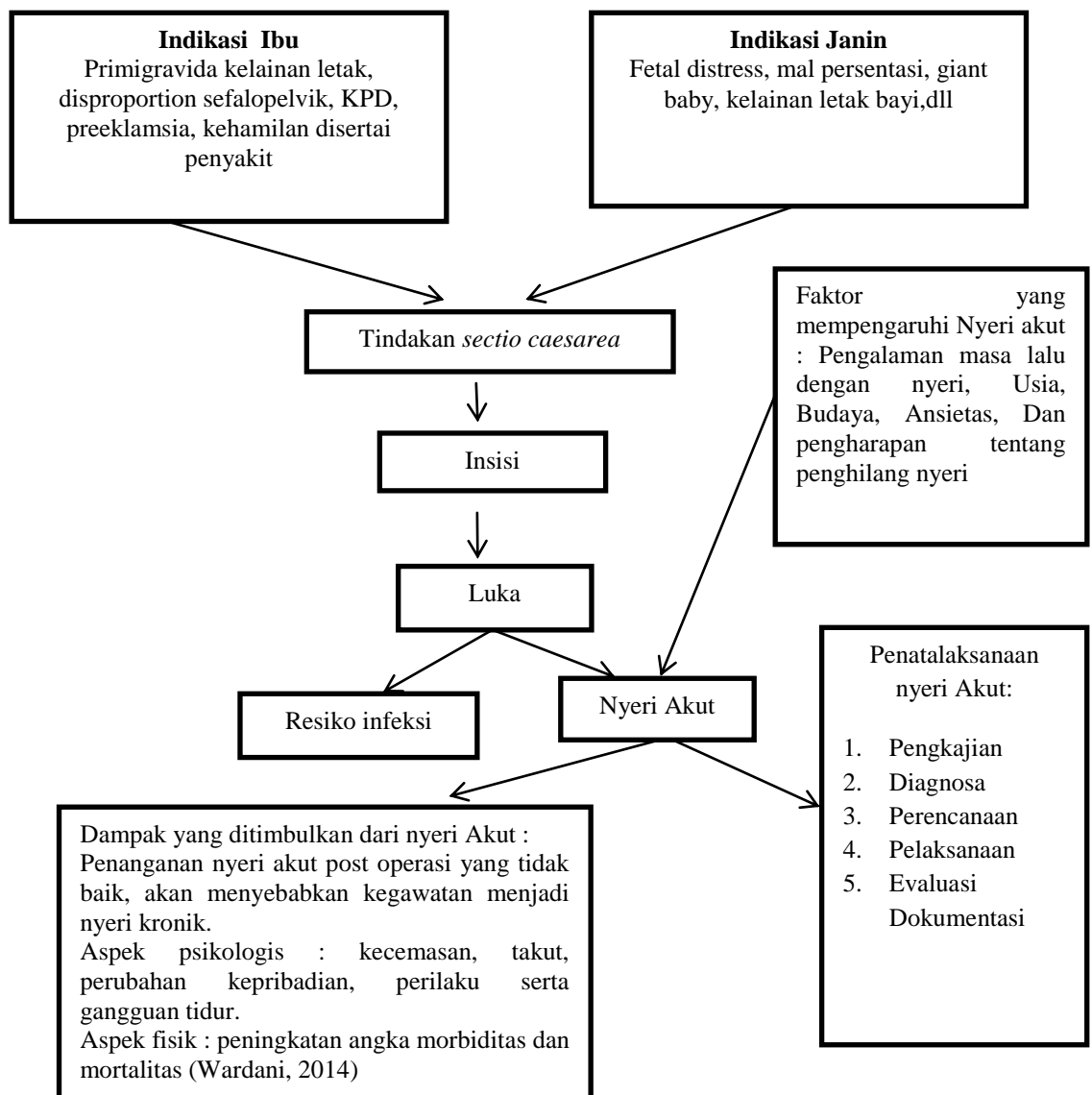
e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (respon verbal pasien terhadap tindakan), obyektif (respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), analisis data (menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang atau muncul masalah baru) dan perencanaan (perencanaan atau tindak lanjut

tindakan yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan hasil analisa dari respon pasien)

## 5. Kerangka Teori



Gambar 2.7 Kerangka Teori

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif kualitatif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan satu dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan Karya Tulis Ilmiah alumni atas nama Saudari. Tri pada pasien dengan gangguan rasa aman nyaman : nyeri dengan *Post Sectio Caesarea* atas Indikasi *Fetal Distress*, Preeklamsi Berat *Partial Hellp Sindrom* di Ruang Nusa Indah II RSUD Sleman Yogyakarta yang diambil pada tanggal 10 Juli 2017.

#### **B. Objek Penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan dengan menggunakan 1 pasien yang didapat dari kampus pada tanggal 15 April 2020 dari Karya Tulis Ilmiah Saudari. Tri yang dilaksanakan di Ruang Nusa Indah II RSUD Sleman Yogyakarta pada tanggal 10 Juli 2017.

#### **C. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada tanggal 6 Februari 2020 sampai dengan bulan Juni, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).



## D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variable	Definisi
Gangguan rasa aman nyaman : Nyeri	sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan akibat operasi SC
<i>Pasien post Sectio Caesarea</i>	Pasien post SC adalah pasien yang mengalami proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu dan rahim untuk mengeluarkan bayi.

## E. Instrumen Penelitian

Pada penelitian studi kasus ini, instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

## F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan

Program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta yang diambil pada tanggal 15 April 2020 berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan didalam KTI mahasiswa atas nama Sdri. Tri yang sudah lulus pada tahun 2017.

### **G. Analisa Data**

Teknik analisa data menggunakan tehnik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

### **H. Etika Penelitian**

Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

a. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

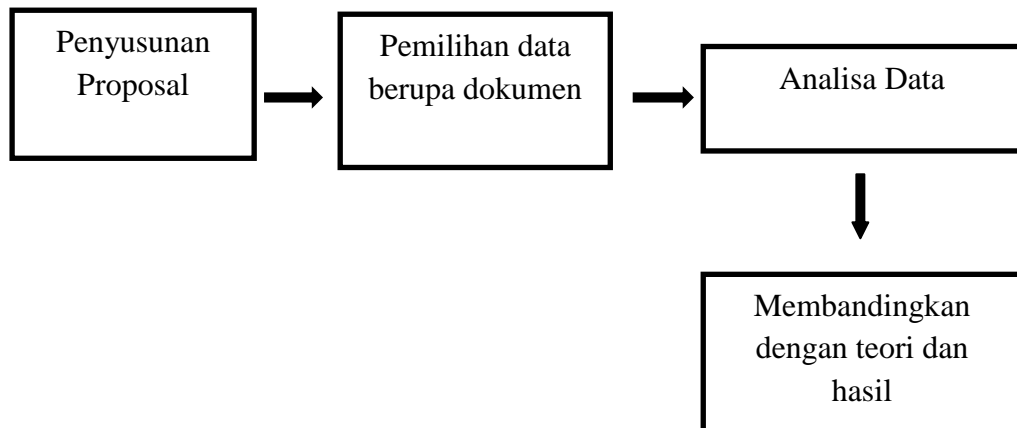
Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

b. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya

oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

### I. Kerangka Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### Gambaran Asuhan Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada hari Senin tanggal 10 Juli 2017 didapatkan data dari rekam medik pada tanggal 7 Juli 2017 pasien G1P0A0 umur kehamilan 38 minggu dirujuk dari Klinik Nurani ke RSUD Sleman dengan Preeklamsi Berat.

Menurut rekam medis pasien menjalani *operasi sectio caesarea* pada tanggal 9 Juli 2017 dari jam 19.30 sampai jam 20.30 WIB. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, rasa nyeri panas, timbul saat digunakan untuk bergerak dan saat ditekan perutnya, skala nyeri 6 dari (1-10). Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 140/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 18x/menit, Suhu : 36,5°C. Setelah dilakukan inspeksi pada bagian abdomen terdapat luka *post sectio caesarea* tertutup balutan 15 cm di perut bagian bawah, balutan bersih, tidak merembes dan hasil palpasi ada nyeri tekan. Pasien tampak meringis kesakitan saat nyeri. Terapi medis yang diberikan tanggal 10 Juli 2017 Tramadol 100 mg/8 jam/IV, tanggal 11 Juli 2017 Paracetamol 500 mg/8 jam/ Oral, tanggal 12 Juli 2017 Paracetamol 500 mg/8 jam/ Oral.

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan prioritas Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan : DS : pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah,

pasien mengatakan rasa nyeri panas, pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak dan ditekan bagian perut, pasien mengatakan skala nyeri 6 dari (1-10). DO : terdapat luka post SC pada 9 Juli 2017, meringis kesakitan saat nyeri, TD : 140/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 18x/menit, Suhu : 36,5°C.

Perencanaan Keperawatan yang dibuat pada pasien *Post Operasi Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu *Pain Control* : mampu mengontrol nyeri, tidak meringis kesakitan, mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2 (1-10), tanda-tanda vital dalam batas normal. TD : 110/70 mmHg-120/80 mmHg, Nadi 80-100x/menit, Respirasi 18-24x/menit, Suhu : 36,5-37°C. Rencana tindakan *Pain Management* : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ukur tanda-tanda vital, observasi reaksi nonverbal, anjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, evaluasi nyeri, kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik.

Implementasi yang dilakukan selama 3 hari yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, memberikan injeksi Tramadol 100 mg/IV, mengobservasi reaksi nonverbal, mengevaluasi nyeri, mengukur TTV, memberikan obat paracetamol 500 mg/oral.

Evaluasi keperawatan dari pelaksanaan tindakan selama 3x24 jam yaitu masalah nyeri akut teratasi. Pasien mengatakan masih nyeri di perut bagian bawah berkurang, pasien mengatakan skala nyeri 2 dari (1-10), pasien

tidak meringis kesakitan saat nyeri timbul tapi melakukan relaksasi nafas dalam.

## **B. Pembahasan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa Ny. N berusia 23 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian Khodijah, dkk (2014) yang berjudul hubungan karakteristik ibu dengan *Sectio Caesarea* di RS TK IV Kesdam I/BB Permatangsiantar bahwa mayoritas kejadian SC berusia 20-35 tahun sebanyak 184 ibu (80%). Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Muhammad (2016) tentang karakteristik ibu yang mengalami persalinan dengan *sectio caesarea* di RSUD Moewadi Surakarta menurut umur paling tinggi pada kelompok umur 20-35 tahun (tidak beresiko) dengan jumlah 56 responden (64,4%) kemudian Paling rendah 31 responden (35,6%) pada kelompok umur <20 tahun dan >35 tahun (beresiko). Penyebab terjadinya SC di umur 20-35 tahun bisa karena faktor komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya. Komplikasi yang mungkin timbul saat kehamilan juga dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga *sectio caesarea* dianggap sebagai cara terbaik untuk melahirkan janin. Komplikasi tersebut antara lain Disproporsi Fetavelvik persalinan tidak maju, pre eklamsi, KPD, gawat janin. Sementara itu ibu yang berumur dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun sangat beresiko untuk persalinan patologis sebagai indikasi SC. Ibu yang hamil terlalu muda keadaan tubuhnya belum siap

menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 atau lebih akan menghadapi resiko seperti kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh karena jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan (Andriani, 2012).

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa Ny. N pendidikan terakhir SLTA. Hal ini sesuai dengan penelitian Muhmamad (2016) tentang karakteristik ibu yang mengalami persalinan dengan *sectio caesarea* di RSUD Moewadi Surakarta hasil penelitian diketahui jumlah responden menurut tingkat pendidikan paling banyak 52 responden (59,8%) pada SLTA dan paling sedikit pada Diploma dengan 5 responden (5,7%). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin cepat memahami tentang resiko persalinan yang akan dihadapi. Pada penelitian ini yang paling banyak responden berpendidikan tinggi dengan latar belakang pekerjaan swasta sehingga besar kemungkinan bagi mereka untuk dapat mengantisipasi resiko pada persalinan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah baginya untuk mengerti dan memahami tentang resiko-resiko yang akan dialami pada proses persalinan yang akan dihadapi dengan demikian mereka akan cepat pergi ke tempat pelayanan kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit. Pendidikan adalah sesuatu yang dapat membawa seseorang untuk memiliki ataupun meraih wawasan dan pengetahuan seluas-luasnya. Orang-orang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki wawasan dan

pengetahuan yang lebih luas dibandingkan yang lebih rendah (Notoatmojo, 2012). Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Mulidah (2012), tentang hubungan antara kelengkapan pelaksanaan deteksi resiko tinggi dan persalinan lama di Kabupaten Purworejo yang mendapati persalinan tindakan beresiko lebih tinggi pada ibu dengan riwayat pendidikan rendah dibanding ibu dengan riwayat pendidikan tinggi. Hal ini terjadi karena kurangnya pengertian mereka akan bahaya yang akan menimpa ibu terutama dalam hal kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan.

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa Ny. N bekerja sebagai karyawan swasta. Sesuai dengan penelitian Khodijah, dkk (2014) yang berjudul hubungan karakteristik ibu dengan  *Sectio Caesarea* di RS TK IV Kesdam I/BB Permatangsiantar hasil penelitian ini menemukan mayoritas responden bekerja sebagai wiraswasta (44,3%) paling rendah pada PNS (12,2%). Didukung oleh penelitian Muhammad (2016) tentang karakteristik ibu yang mengalami persalinan dengan *sectio caesarea* di RSUD Moewadi Surakarta hasil penelitian diketahui paling banyak kelompok dengan status ibu bekerja 70 responden (80,5%), kemudian paling sedikit 17 responden (19,5%) tidak bekerja. Teori mengatakan ibu yang bekerja mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dari pada ibu yang tidak bekerja karena ibu yang bekerja akan lebih banyak memiliki kesempatan untuk berinteraksi dengan orang lain, sehingga lebih mempunyai banyak peluang untuk mendapat informasi. Hal ini sesuai



dengan teori yang menyatakan ibu tidak bekerja memiliki risiko lebih tinggi untuk bersalin tindakan. Kemungkinan ini bisa disebabkan karena adanya indikasi ibu dan janin. Berbeda dengan penelitian Rachma & Kamsatun (2018) yang menyatakan bahwa mayoritas responden tidak bekerja atau sebagai Ibu Rumah Tangga dengan jumlah sebanyak 25 orang (80,6%) lebih banyak jumlahnya dibandingkan dengan ibu yang bekerja sebagai karyawan swasta. Pekerjaan merupakan salah satu penyebab dilakukannya tindakan sesar dalam proses persalinan, ibu yang memiliki pekerjaan berat selama kehamilan, besar kemungkinan akan mengalami komplikasi pada kehamilannya.

Data hasil dari pengkajian didapatkan bahwa Ny. N mengatakan nyeri dibagian perut bawah, rasa nyeri panas, timbul saat digunakan untuk bergerak dan saat ditekan perutnya, skala nyeri 6 dari (1-10)”. Dan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian abdomen terdapat luka *post sectio caesarea* tertutup balutan 15 cm di perut bagian bawah, balutan bersih, tidak merembes. Menurut Pransiska (2015) hal ini bisa terjadi karena tindakan setelah SC akibat insisi oleh robekan jaringan dinding perut dan dinding uterus dapat menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas sehingga ibu merasa nyeri karena adanya pembedahan. Nyeri punggung atau nyeri pada bagian tengkuk juga merupakan keluhan yang biasa dirasakan oleh ibu *post SC*, hal itu dikarenakan efek dari penggunaan anastesi epidural saat operasi. Berdasarkan studi dokumentasi pada Ny.N terdapat ketidaksesuaian tentang rentang nyeri (1-10), menurut Mubarak,

dkk (2015) skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales-NRS*). Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

Menurut Mubarak, dkk (2015), Pengukuran skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)* skala 6 (0-10) diinterpretasikan sebagai nyeri sedang yang dirasakan oleh pasien. Nyeri merupakan perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Menurut penelitian (Mampuk, dkk 2017) bahwa setiap nyeri yang dirasakan oleh individu masing-masing sangatlah berbeda-beda, sesuai dengan persepsi individu dalam merasakan nyeri yang dialaminya, berdasarkan karena faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas nyeri itu sendiri, dalam teori Smeltzer and Bare (2010). Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri berasal dari usia, perhatian, ansietas, makna nyeri, pengalaman masa lalu dan pekerjaan, pengetahuan, dukungan keluarga dan sosial (Mampuk, 2017) .

Pengukuran tanda – tanda vital Ny. N didapatkan hasil Tekanan Darah:140/80mmHg, Nadi:80 x/mnt, Respirasi:18 x/mnt, Suhu:36,5°C serta pasien tampak meringis kesakitan saat nyeri. Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa tekanan darah melebihi batas normal, sedangkan nadi, respirasi dan suhu pasien dalam batas normal. Sesuai dengan penelitian

Puri & Anita (2016) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan *Sectio Caesarea* di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung bahwa terdapat hubungan PEB dengan *Sectio Caesarea* dengan *Odds Ratio* (OR)= 2,947 yang berarti responden yang PEB mempunyai peluang 2,947 kali untuk kejadian SC dibandingkan dengan yang tidak PEB untuk di SC. Didukung penelitian Sihombing, dkk (2017) yang berjudul Determinan persalinan *sectio caesarea* di Indonesia, komplikasi kehamilan berhubungan dengan kejadian persalinan sesar di Indonesia. Ibu dengan komplikasi kehamilan lebih cenderung melahirkan secara operasi sesar dibandingkan ibu tanpa komplikasi kehamilan. Komplikasi kehamilan yang dapat dialami ibu seperti anemia, masalah pada janin, gejala dan tanda *preeclampsia* seperti tekanan darah meningkat, bengkak dan nyeri kepala. Penelitian di Peru menunjukkan bahwa ibu dengan preeklamsia lebih mungkin melahirkan secara operasi sesar dibandingkan persalinan pervaginam. Teori yang dikemukakan oleh Jackson & Jackson (2011) untuk tekanan darah normal dewasa tekanan sistolik <120-139mmHg dan tekanan diastolik <80-89mmHg, frekuensi nadi normal dewasa 60-100 x/mnt dan frekuensi pernafasan normal 16-24 x/mnt. Nyeri mengakibatkan respon fisik yang dapat diobservasi dari pasien seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, takikardi, takipnea, melindungi bagian tubuh yang nyeri, dan fokus pada nyeri. Sama dengan teori Long dalam Padila, (2014) *Nociceptor-nociceptor* tersebar luas pada kulit dan mukosa dan terdapat ada struktur yang lebih dalam

seperti visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. *Nociceptor* memberi respon yang terpilih terhadap stimulasi yang membahayakan seperti stimulasi kimia, thermal, listrik atau mekanis. Anoksia yang menimbulkan nyeri adalah oleh kimia yang dilepaskan oleh jaringan anoksia yang rusak. Spasme otot menimbulkan nyeri karena menekan pembuluh darah yang menjadi anoksia. Pembengkakan jaringan menjadi nyeri karena tekanan (stimulasi mekanik) kepada *nociceptor* yang menghubungkan jaringan.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Hasil analisa data pada Ny. N masalah keperawatan yang muncul adalah "Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan : DS : pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, pasien mengatakan rasa nyeri panas, pasien mengatakan rasa nyeri panas, pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak dan ditekan bagian perut, pasien mengatakan skala nyeri 6 dari (1-10). DO : terdapat luka post SC pada 9 Juli 2020, meringis kesakitan saat nyeri, tekanan darah:140/80 mmHg, nadi: 80x/mnt, reapiisasi 18x/mnt, suhu: 36,5°C". Sesuai teori Mulyanti (2017) termasuk diagnosa keperawatan Aktual menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsur PES. Symptom (S) harus memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa NANDA. Hal ini sesuai dengan teori Dokumentasi Keperawatan (2017), bahwa metode Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

meliputi : tuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien, masalah yang dialami pasien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata “sehubungan dengan atau berhubungan dengan”, setelah masalah (*problem*) dan penyebab (*etiologi*), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (*symptom*) yang dihubungkan dengan kata “ditandai dengan”, tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017 nyeri akut merupakan pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Gejala dan tanda mayor subjektif : mengeluh nyeri, objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Gejala dan tanda mayor objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses pikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. Menurut teori Mubarak, dkk (2015) cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah PQRST yaitu P (*provoking* atau pemicu), Q (*quality* atau kualitas), R (*region* atau daerah), S (*severity* atau keganasan), T (*time* atau waktu).

### 3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan dibuat sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien dengan nyeri Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC". Rencana keperawatan pada Ny. N meliputi tujuan (NOC) dan intervensi (NIC). Tujuan (NOC) pada Ny.N yaitu *Pain Control* : mampu mengontrol nyeri, tidak meringis kesakitan, mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2 (1-10), tanda-tanda vital dalam batas normal. TD : 110/70 mmHg-120/80 mmHg, Nadi 80-100x/menit, Respirasi 18-24x/menit, Suhu : 36,5-37°C. Rencana tindakan *Pain Management* : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ukur tanda-tanda vital, observasi reaksi nonverbal, anjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, evaluasi nyeri, kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik.

Dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat, terdapat ketidaksesuaian antara kriteria hasil dan intervensi keperawatan yang akan dilaksanakan, yaitu pada kriteria hasil pasien mampu mengontrol nyeri, mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri. Menurut teori Mulyanti (2017) dalam menentukan tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu : S= *Spesific* (tidak memberikan makna ganda), M= *Measurable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan, ataupun dibantu), A= *Achievable* (secara realistis dapat dicapai), R= *Reasonable*

(dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah), T= *Time* (punya Batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien).

Menurut *North American Nursing Diagnosis Assosiation* atau NANDA (2015) kriteria hasil / NOC yang dapat dituliskan : mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) dan intervensi/NIC : kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, kurangi faktor presipitasi nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Menurut Standar Ilmu Keperawatan Indonesia atau SIKI DPP PPNI (2018) terdapat kesesuaian dengan NANDA (2015) dukungan nyeri akut : Manajemen Nyeri meliputi : Observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal. Terapeutik: berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Edukasi: ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgetik.

Menurut penelitian Agung, dkk. (2016) terdapat pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anastesi umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta menunjukkan adanya penurunan skala intensitas nyeri NRS 0-10, sebelum

dilakukan pemberian teknik relaksasi nafas dalam skala intensitas 4,5,6 dan 7, setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam skala intensitas nyeri menurun menjadi 2,3,4 dan 5. Hal ini didukung oleh penelitian (Mampuk, dkk 2017) yang berjudul pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi section caesarea di Ruang Maria RS Pancaran Kasih GMIM Kota Manado bahwa skala nyeri ibu nifas post SC setelah dilakukan yang terbanyak dengan nyeri sedang berjumlah 56,3%, sedangkan nyeri ringan berjumlah 43,8%, hal ini menandakan bahwa terjadi penurunan skala intensitas nyeri pada setiap pasien post SC. Hal ini diperkuat oleh penelitian Amita, (2018) yang berjudul pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien *post operasi sectio caesarea* di RS Bengkulu menyatakan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien *post operasi sectio caesarea*. Saat dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik. Kemudian juga mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin, yang mana opioid ini berfungsi sebagai analgesik alami, untuk memblokir reseptor pada sel-sel saraf sehingga mengganggu transmisi sinyal rasa sakit. Maka dapat menyebabkan frekuensi nyeri pada pasien *post operasi sectio caesarea* dapat berkurang (Smeltzer & Bare, 2010).



#### 4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilaksanakan kepada Ny. N sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan menurut NANDA 2015. Pelaksanaan keperawatan pada Ny. N dengan masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC dilaksanakan selama 3x24 jam.

Pelaksanaan yang pertama yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. Tindakan ini dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Perencanaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi nyeri dengan pengkajian P (*provoking*) : faktor yang memperparah atau meringankan nyeri. Q (*quality*) : kualitas nyeri (misal, tumpul, tajam, merobek), R (*region*) : daerah penjalaran nyeri, S (*severity*) : intensitasnya, T (*time*) : serangan, lamanya, frekuensi, dan sebab. Menurut Black & Hawks (2014), pengkajian nyeri yang dilakukan secara komprehensif bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab nyeri, untuk memahami persepsi pasien tentang nyeri, untuk mengukur karakteristik nyeri, untuk memutuskan tingkatan nyeri sehingga perawat mengerti pengalaman nyeri yang dirasakan oleh pasien dan merencanakan tindakan untuk menangani nyeri agar pasien dapat meneruskan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Living*).

Pelaksanaan selanjutnya yaitu menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri. Tindakan ini dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Intervensi ini dibuat untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.

Menurut peneliti, intensitas nyeri setelah dilakukan intervensi mengalami penurunan karena intervensi teknik relaksasi nafas dalam ini mampu mengontrol ataupun menghilangkan nyeri pada pasien *sectio caesarea*. Hal ini disebabkan oleh karena pemberian teknik relaksasi nafas dalam itu sendiri, jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan secara benar maka akan menimbulkan penurunan nyeri yang dirasakan sangat berkurang atau optimal dan pasien sudah merasa nyaman disbanding sebelumnya, sebaliknya jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan tidak benar, maka nyeri yang dirasakan sedikit berkurang namun masih terasa nyeri dan pasien merasa tidak nyaman dengan keadaannya. Hal ini dapat memengaruhi intensitas nyeri, karena jika teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan secara berulang akan dapat menimbulkan rasa nyaman yang pada akhirnya akan meningkatkan toleransi persepsi dalam menurunkan rasa nyeri yang dialami. Jika seseorang mampu meningkatkan toleransinya terhadap nyeri maka seseorang akan mampu beradaptasi dengan nyeri, dan juga akan memiliki pertahanan diri yang baik pula.

Pelaksanaan selanjutnya yaitu memberikan injeksi Tramadol 100 mg via IV dan Paracetamol 500 mg via oral. Tindakan ini diberikan setiap shift selama 3x24 jam. Tramadol 100 mg via IV hanya diberikan hari pertama dan selanjutnya Paracetamol 500 mg via oral. Menurut Black & Hawks (2014), dalam penanganan nyeri pada pasien dapat menggunakan terapi farmakologi, yaitu pemberian terapi untuk mengontrol nyeri dengan

pemberian obat analgetik. Analgetik adalah obat yang berfungsi untuk meredakan nyeri

Pelaksanaan yang selanjutnya adalah mengobservasi reaksi nonverbal. Tindakan ini dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Hal ini untuk mengetahui data subjektif dari pasien dengan mengobservasi reaksi ekspresi wajah pasien

Pelaksanaan yang selanjutnya adalah mengukur TTV. memonitor tanda-tanda vital yang dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Menurut Black & Hawks (2014), nyeri yang dirasakan oleh pasien akan menimbulkan berbagai respon fisik dan perilaku yang dapat diobservasi seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, peningkatan atau penurunan denyut nadi, peningkatan frekuensi nafas, dilatasi pupil, kelemahan dan penurunan kesadaran (respon fisiologis), gelisah, meringis, menangis, merintih, menggertakkan gigi, menutup mata dengan rapat, fokus terhadap nyeri, tingkat perhatian menurun, dan gangguan pada pola tidur (respon perilaku). Tujuan mengobservasi untuk mengetahui perkembangan mengenai kondisi pasien dari program pengobatan yang telah diberikan.

Pada perencanaan dan pelaksanaan yang dilakukan oleh Saudari Tri tidak ditemukan intervensi peran keluarga. Menurut pendapat Aziizah (2018) dukungan keluarga adalah salah satu faktor yang mempengaruhi nyeri. Dukungan keluarga dan suami sangatlah penting bagi pasien yang mengalami nyeri, karena dengan keadaan nyeri, seorang pasien akan

sangat bergantung kepada suami atau anggota keluarga, untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan. Terutama bagi ibu nifas yang *post sectio caesarea*, yang sangat membutuhkan dukungan dan perlindungan seorang suami. Seorang pendamping harus mempersiapkan mental untuk menyiapkan suasana yang menyenangkan bagi pasien. Keberadaan keluarga membawa dampak yang baik pada proses penurunan nyeri karena dapat memberikan dukungan semangat rasa aman, sebaliknya tanpa adanya pendampingan dengan baik pasien tidak bisa mengekspresikan diri, tentang apa yang sedang dirasakan saat ini.

Dukungan dari keluarga atau suami dapat ditunjukkan dengan berbagai cara seperti memberikan ketenangan pada pasien, memberikan sentuhan dan mengungkapkan kata-kata yang dapat memacu motivasi pasien (Jhaquin, 2010). Kehadiran seorang pendamping memberikan pengaruh pada pasien *post sectio caesarea* karena dapat membantu serta dapat memberikan perhatian, rasa aman, nyaman, semangat, menentramkan hati, mengurangi ketegangan atau status emosional menjadi lebih baik sehingga dapat mengurangi rasa nyeri (Nolan, 2008).

##### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Evaluasi hasil yang dilakukan pada Rabu, 12 Juli 2017 pukul 16.00 WIB masalah nyeri akut Ny. N pada studi

kasus ini nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC” teratasi. Dari ke lima kriteria hasil yang diharapkan tercapai semuanya yaitu pasien mampu mengontrol nyeri, tidak meringis kesakitan, mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2 (1-10), tanda-tanda vital dalam batas normal.

### **C. Keterbatasan Studi Kasus**

Penulis menyadari bahwa hasil penelitian ini masih terdapat beberapa kekurangan dan kelemahan yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

- a. Karena dampak adanya pandemi COVID-19 seperti proses bimbingan yang tidak bisa dilakukan secara tatap muka langsung hanya melalui media online membuat bimbingan tidak maksimal.
- b. Pengetahuan penulis tentang metode penelitian yang baru menggunakan studi dokumentasi masih kurang karena ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian ini.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil studi dokumentasi, didapatkan kesimpulan bahwa Ny. N mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri terasa panas, nyeri timbul saat bergerak dan ditekan bagian perut, skala nyeri 6 dari (1-10). Dengan demikian pengkajian yang dilakukan oleh Saudari. Tri sudah sesuai teori. Oleh sebab itu, disusun perencanaan meliputi tujuan dan intervensi yang akan dilakukan selama 3x24 jam. Tujuan *Pain Control* : mampu mengontrol nyeri, tidak meringis kesakitan, mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2 (1-10), tanda-tanda vital dalam batas normal. Dari tujuan yang sudah dibuat terdapat ketidaksesuaian dengan teori. Intervensi *Pain Management* : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ukur tanda-tanda vital, observasi reaksi nonverbal, anjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, evaluasi nyeri, kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik.

Implementasi dilaksanakan selama 3x24 jam. Pada intervensi dan implementasi tidak ditemukan peran keluarga. Evaluasi hasil dilakukan hari ke 3 pada shift siang yaitu hari Rabu, 12 Juli 2017 jam 16.00 WIB masalah keperawatan nyeri akut teratasi. Hal ini tidak sesuai teori karena ada 2 kriteria hasil mampu mengontrol nyeri tidak dituliskan secara *specific* dan mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri tanpa mengajarkannya terlebih dahulu.

## **B. Saran**

Berdasarkan pengalaman nyata penulis dalam melaksanakan penelitian dengan Studi Dokumentasi pada Ny.N dengan *Post Operasi Sectio Caesarea* atas indikasi *Fetal Distress*, Preeklamsi Berat *Partial Hellp Sindrom*, maka penulis memandang perlu untuk menyampaikan beberapa saran sebagai bahan pertimbangan diantaranya adalah :

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan supaya memperbanyak literature buku atau sumber-sumber buku obstetri terbitan terbaru agar mempermudah mahasiswa dalam menyusun tugas akhir.

2. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan agar lebih memperhatikan sumber-sumber literature terbaru dalam menyusun tugas akhir agar pembaca mendapatkan ilmu kesehatan terbaru.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, A., & Mafticha, E. (2012). Jenis Persalinan Dengan Skala Nyeri Involusi Uterus Masa Nifas Di RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari Mojokerto. *Jurnal Hospital Majapahit*. Vol 4 No. 2 November 2012
- 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: 26-28. Diakses pada tanggal 13 Mei 2020
- Amin, Hardi. (2013). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : Mediacion
- Andriani, D. (2012). *Faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan sectio caesarea*. Diakses pada 29 Juni 2020. <http://lib.ac.id/file?file=digital/20356130-S-Dewi%20Andriani.pdf>
- Anggorowati, dkk. (2007). Efektifitas pemberian intervensi spiritual “spirit ibu” terhadap nyeri post sectio caesarean (SC) pada rs sultan agung dan rs roemani semarang. *Journal Media Ners,1* (1)
- Aziizah, N. (2018). Karya Tulis Ilmiah Penerapan Tindakan Dukungan Keluarga Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di RSU Dewi Sartika Kendari. Diakses pada 15 Juli 2020
- Basmanelly, Sari, F.S & Malini, H (2017). Mekanisme Koping Primipara saat diputuskan *section caesarea* Darurat. *Jurnal Ipteks Terapan*. Fakultas Keperawatan Unand. 2017. Diakses pada 23 Februari 2020
- Black, J., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Sigapore : Elsevier
- Chamberlain, G. (2012). *ABC Asuhan Persalinan*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC
- Chrisna Trirestuti, (2018). *Asuhan Kebidanan 2*. Trans Info Media : Jakarta
- Data dan Informasi Kemenkes RI, (2017). Jumlah ibu bersalin/nifas menurut provinsi Tahun 2017. [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi\\_Profil-Kesehatan-Indonesia](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia) 2017. pdf. Diakses pada 26 Februari 2020



- Depkes RI, (2018). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Depkes RI. Diakses pada tanggal 26 Februari 2020.  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materirakorpop2018/hasil%20Riskasdas202018.pdf>
- Dinkes DIY, (2013). *Profil Kesehatan Provinsi DIY*. Yogyakarta : Dinas Kesehatan
- Dokumentasi Keperawatan, (2017). <http://bppsdk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>. (Diakses 27 Februari 2020)
- Forte, R & Oxorn, H. (2010). *Ilmu Kebidanan : Patologi persalinan*. Yogyakarta : CV. Andi Offset
- Falentina, D. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea di Ruang Mawar Nifas RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Diakses pada 25 Februari 2020.  
<http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/284/1/Untitles.pdf>
- Handayani, E & Pujiastuti W. (2016). *Asuhan Holistik Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : Trans Medika
- Hartati, (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Seksio Sesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort)*. Jakarta Timur : CV. Trans Info Media
- Hartanti S, (2014). Penatalaksanaan Post Op Sectio Caesarea pada ibu. Published thesis for University Of Muhammadiyah Purwokerto
- Indriyani, dkk (2016). *Edukasi Post Natal*. Yogyakarta : Trans Medika
- Jackson, M.,& Jackson, L. (2011). *Keperawatan Klinis*. Jakarta : Erlangga
- Krisnadi, dkk. (2012). *Obstetri Emergensi*. Jakarta : CV Sagung Seto
- Kurlinawati, E., & Astutik, P. (2017). Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol. 6 No. 2 Desember 2017*. Diakses pada 21 Februari 2020 dari <http://jurnal.strada.ac.id/sjik>

- Mampuk, dkk. (2017). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi section caesareadi Ruang Maria RS Pancaran Kasih GMIM Kota Manado. *Journal Of Community & Emergency, Volume 5 Nomor 1 Mei 2017*. Diakses pada 15 Mei 2020
- Maryunani, A (2017). Asuhan Ibu Nifas Dan Asuhan Ibu Menyusui. Bogor : In Media
- Mitayani, (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Mubarak, dkk, (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta : Salemba Medika
- Muhammad, R. (2016). *Karakteristik ibu yang mengalami persalinan dengan sectio caesarea di RSUD Moewardi Surakarta tahun 2014*. Diakses pada 29 Juni 2020
- Mulyanti, Y & Dinarti. (2017). Bahan Ajar Keperawatan Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Edisi Tahun 2017
- NANDA Internasional, (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta : EGC
- Nurhayati, dkk (2015). *Relaksasi autogenik terhadap penurunan skala nyeri pada ibu post operasi sectio caesarea*. Artikel Penelitian
- Notoatmodjo, (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Padila, (2014). *Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Pransiska/1680200018, (2015). *Terapi Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea*. [yohana.yn39@gmail.com](mailto:yohana.yn39@gmail.com)
- Puri & Anita. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan *Sectio Caesarea* di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung
- Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. (2015). *Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial untuk kebidanan*. Perpustakaan Nasional RI : Katalog dalam Terbitan (KDT). Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), (2018). Badan Penelitian dan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Diakses pada 21 Februari 2020

- Salfariani, (2012). *Fator Pemilihan Persalinan Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis Di RSUD Bunda Thamrin Medan*. <http://jurnal.usus.ac.id>
- Sihombing, dkk (2017). Determinan Persalinan Sectio Caesarea Di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*
- Smetzer S C, Bare B G, (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Volume 2*. Jakarta : EGC
- Solehati, (2015). *Konsep dan Aplikasi Relaksasi dalam Keperawatan Maternitas*. Bandung : PT. Refika Aditama
- Suciati, Y., (2015). *Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin Sectio Caesarea Di RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alma Ata Program Studi DIII Kebidanan Yogyakarta
- Suryati, T. (2012). *(Analisis Lanjut Data Riskesdas 2010) Presentase Operasi Caesarea di Indonesia Melebihi StandardvMaksimal, Apakah Sesuai Indikasi Medis?. Out Put File-e-journal Badan Penelitian dan Pengembangan*. <http://www.google.com/fejournal.litbang.depkes.go.id>. Di akses pada 25 Februari 2020
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Definisi dan Tindakan Keperawatan*
- Tri, (2017). *Post Operasi Sectio Caesarea atas indikasi Fetal Distress, Preeklamsi Berat Partial Hellp Sindrom di Ruang Nusa Indah II RSUD Sleman Yogyakarta*. KTI AKPER YKY Yogyakarta 2017 tidak dipublikasikan
- Utami, N. W. A., (2016). *Pemberdayaan Kader Desa dan Tokoh Masyarakat dalam Implementasi Strategi Deteksi Dini Kasus Malnutrisi Anak Balita di Desa Bukit Karangasem*. *Jurnal Udayana Mengabdikan*. Diakses pada 20 Februari 2020
- Wardani, N.P., (2014). *Manajemen Nyeri Akut*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana RSUP Sanglah Denpasar 2014

WHO, (2015). World Health Statistics 2015.  
[http://www.who.int/world\\_health\\_statistics/2015](http://www.who.int/world_health_statistics/2015)

Yuliatun, L. (2008). *Penanganan Nyeri Persalinan Dengan Metode Nonfarmakologi*. Malang : Bayumedia Publishing

# LAMPIRAN

### JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN

NO	KEGIATAN	FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Studi Pendahuluan																								
2	Pengajuan Judul																								
3	Bimbingan Penyusunan Proposal																								
4	Seminar Proposal																								
5	Revisi Proposal																								
6	Pengumpulan Proposal																								
7	Pengambilan Data																								
8	Penyusunan KTI																								
9	Bimbingan KTI																								
10	Seminar KTI																								
11	Revisi KTI																								
12	Pengumpulan KTI																								



**LEMBAR BIMBINGAN KTI**





Nama Mahasiswa : Linda Eka Ratnasari

NIM : 2317059

Nama Pembimbing 1 : Ana Ratnawati, AhPP.S.Kep.Ns.M.Kep

Judul KTI : Studi Dokumentasi Gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea*

Tanggal bimbingan	Materi bimbingan	Metode bimbingan	Saran bimbingan	Tanda Tangan dan Nama	
				Pembimbing	Mahasiswa
6 Februari 2020	Pengajuan Judul KTI	Tatap Muka			
11 Februari 2020	Konsul BAB 1	Tatap Muka			
20 Februari 2020	Revisi BAB 1 dan konsul BAB 2-3	Tatap Muka			
23 Februari 2020	Konsul revisi BAB 1	Tatap Muka			
3 Maret 2020	Konsul revisi BAB 1-3	Tatap Muka	ACC Ujian		
17 Mei 2020	Konsul KTI BAB 1-5	Email			
26 Juni 2020	Bimbingan KTI BAB 1-5 sesuai metode baru (studi dokumentasi)	Google Meet			
30 Juni 2020	Konsul KTI BAB 1-5 sesuai masukan	Email			
3 Juli 2020	Revisi BAB 1-5 ACC Ujian	Email			
9 Juli 2020	Konsul KTI setelah	Email			

	USID				
13 Juli 2020	ACC KTI	Whatsapp	Boleh print, ttd bu ana dan bu sari dihilangkan, ttd ganti asli		
14 Juli 2020	Konsul Naskah Publikasi	Whatsapp			

Yogyakarta, 23 Juli 2020  
Pembimbing I



(Ana Ratnawati, Ahpp. S. Kep. Ns. M. Kep.)













**FORMAT BIMBINGAN KTI**

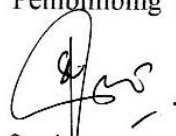
Nama Mahasiswa : Linda Eka Ratnasari  
NIM : 2317059  
Nama Pembimbing 2 : Sari Candra Dewi, SKM.M.Kep  
Judul KTI : Studi Dokumentasi Gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada pasien  
Jenis : *gan Post Sectio Caesarea*

Tanggal bimbingan	Materi bimbingan	Metode bimbingan	Saran bimbingan	Tanda Tangan dan Nama	
				Pembimbing	Mahasiswa
Februari 20	Pengajuan Judul KTI	Tatap Muka	Susun BAB I		
Februari 20	Konsul BAB I	Tatap Muka			
Februari 20	Konsul BAB 2-3	Tatap Muka			
Februari 20	Revisi BAB I	Tatap Muka			
Februari 20	Revisi BAB 1-3	Tatap Muka	Perbaiki, cek buku panduan		
Maret 20	Revisi sesuai saran		ACC Ujian		
Mei 20	Konsul KTI BAB 1-5	Email			
Juni 20	Bimbingan KTI BAB 1-5 sesuai	Google meet			

	metode baru (studi dokumentasi)				
Juni	Konsul KTI BAB 1-5 sesuai masukan	Email			
2020	Revisi BAB 1-5 ACC Ujian	Email			
2020	Konsul KTI setelah USID	Email	Kirim notulen masukan 3 penguji		
li 2020	Perbaikan KTI	Whatsapp	Perbaiki, jika sudah kemudian diprint untuk ditanda tangani. Perhatikan pengetikan, tata tulis penomoran dan penomoran halaman. Untuk naskah publikasi juga disesuaikan dengan perbaikannya.		

Yogyakarta, 23 Juli 2020

Pembimbing 2

  
 (Sari Candra Dewi, SKM.M. Kep.)

## BAB III TINJAUAN

### KASUS

Nama Mahasiswa : -  
Sumber Data : Pasien, Keluarga Pasien, Tim Kesehatan Lain,  
dan Rekam Medis  
Tempat Praktek : Nusa Indah II RSUD Sleman Yogyakarta  
Tanggal Praktek : 10 Juli – 12 Juli 2017  
Metode : Wawancara, Pemeriksaan Fisik, Observasi,

---

Studi Dokumentasi

---

### PENGAJIAN

#### Data Demografi

##### 1. Identitas Pasien

- a. Nama klien : Ny.N
- b. Umur klien : 23 tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Agama : Islam
- e. Suku : Jawa
- f. Pendidikan : SLTA
- g. Pekerjaan : Karyawan Swasta
- h. Diagnosa medik : *Post Operasi Sectio Caesarea* atas indikasi *Fetal Distress, Preeklamsi Berat Partial Hellp Sindrom*
- i. Tanggal masuk RS: 7 Juli 2017

- j. No. RM : 3290xx  
k. Tgl Pengkajian : 10 Juli 2017

## 2. Penanggung Jawab

- a. Nama : Tn. D  
b. Umur : 25 tahun  
c. Alamat : Tumut Rt 05/Rw 13 Sumbersari Moyudan Sleman  
d. Pendidikan : SLTA  
e. Pekerjaan : Karyawan swasta  
f. Agama: Islam  
g. Status perkawinan : Menikah  
h. Hubungan dengan pasien : Suami

### **Alasan masuk RS**

Menurut data dari Rekam Medik, pada 7 Juli 2017 pasien G1P0A0 umur kehamilan 38 minggu dirujuk dari Klinik Nurani ke RSUD Sleman dengan Preeklamsi Berat. Tekanan darah 170/80 mmHg, Nadi 90 x/menit, Respirasi 20 x/menit, Suhu 36 C. Pemeriksaan Leopold :TFU 29 cm, Posisi Punggung kiri, Presentasi kepala, DJJ 152 x.

### **Keluhan Utama Saat Ini**

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri dibagian perut bagian bawah, rasa nyeri panas, timbul saat digunakan untuk bergerak dan saat ditekan perutnya, skala nyeri 6 dari (1-10). Menurut rekam medis pasien menjalani operasi sectio caesarea pada tanggal 9 Juli 2017 dari jam 19.30 sampai jam 20.30 WIB.

### **A. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan pada tahun 2014 pernah opname selama 5 hari di Rumah Sakit Palang Biru Kebumen karena menjalani operasi usus buntu.

### **Riwayat Persalinan dan Kelahiran Saat Ini**

1. Posisi fetus

Posisi punggung kiri, Letak memanjang, Presentasi kepala

2. Tipe kelahiran

Sectio Caesarea

3. Penggunaan analgesik dan anestesi

Regional Anestesi

4. Masalah selama persalinan (perdarahan)

Tidak terjadi perdarahan dengan ditandai kontraksi uterus yang kuat.

### **Data Bayi Saat Ini**

5. Keadaan umum bayi baru lahir

- |                        |             |
|------------------------|-------------|
| a. Jenis kelamin       | : Laki-laki |
| b. Berat badan         | : 2550 gram |
| c. Panjang badan       | : 47 cm     |
| d. Lingkar kepala      | : 31 cm     |
| e. Lingkar dada        | : 31 cm     |
| f. Lingkar perut       | : 28 cm     |
| g. Lingkar lengan atas | : 10,5 cm   |

## 6. Apgar Score

Tabel 1.2 Apgar Score

No	Tgl/Jam	Karakteristik Penilaian	Menit 1	Menit 5
1.	9 Juli 2017	Denyut jantung	2	2
2.	9 Juli 2017	Pernapasan	2	2
3.	9 Juli 2017	Refleks	1	2
4.	9 Juli 2017	Tonus otot	1	2
5.	9 Juli 2017	Warna kulit	1	1
Total			7	9
Kesimpulan: Tidak terjadi abnormalitas neonatus				

**Keadaan Psikologis Ibu**

Pasien mengatakan bahagia karena anak pertama sudah lahir meskipun dengan operasi sectio caesarea . Tetapi pasien juga merasa sedih karena dirinya belum menemui anaknya yang berada di ruang bayi. Pasien mengatakan ingin sekali melihat dan menggendong anaknya tetapi dirinya masih lemah. Pasien mengatakan khawatir dengan bekas operasi sectio caesarea karena baru anak pertama. Pasien tampak gelisah.

**Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien dan keluarga mengatakan dalam silsilah keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit menurun seperti Hipertensi, Diabetes Melitus, Asma dan tidak ada yang mempunyai penyakit menular seperti HIV, AIDS, TBC.

**Riwayat Ginekologi**

Pasien mengatakan pertama kali menstruasi (Menarche) saat kelas 1 SMP atau sekitar usia 13 tahun, lama menstruasi 6 – 7 hari, siklus menstruasi 28 hari. Pasien mengatakan setiap kali menstruasi pada hari ke 1 – 2 mengeluh nyeri pinggang dan darah keluar banyak berwarna merah, dalam sehari ganti

pembalut 4 – 5 kali tetapi belum pernah pingsan saat nyeri menstruasi. Pasien mengatakan pernah memeriksakan ke Bidan sebanyak 1 kali tetapi hasil pemeriksaannya pasien tidak mengalami kelainan pada kesehatan reproduksi.

### Riwayat Obstetri

Tabel 1.3 Riwayat obstetri

No	Proses persalinan	Lama persalinan	Tempat persalinan/ penolong	Masalah persalinan	Masalah nifas dan laktasi	Masalah bayi	Keadaan anak saat ini
1	Sectio Caesare	1 Jam	RSUD Sleman/ Dokter	Preeklamsi Berat	ASI belum keluar	-	Hidup

### Riwayat dan Rencana Keluarga Berencana

Pasein mengatakan dari awal menikah sampai sekarang tidak memakai alat kontrasepsi karena merasa masih bingung mau pakai alat kontrasepsi apa. Selain itu pasien dan suaminya mempunyai kesepakatan untuk tidak memakai alat kontrasepsi.

### Review of System dan Pemeriksaan Fisik

1. Penampilan umum : Lemah,  
Kesadaran Compos Mentis (GCS  
E=4 V=5 M=6)
2. Berat badan : 73 Kg

3. Tinggi badan : 157  
cm

4. IMT :

$$\frac{BB}{TB^2} = \frac{73}{1,57^2} = \frac{73}{2,46} = 29,67 \text{ (Obesitas)}$$

5. Tanda-tanda vital : Tekanan

Darah : 140/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 18 x/menit

Suhu : 36,5 C

6. Pemeriksaan Cepalo Caudal

a. Kulit

Warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis < 3 detik

b. Kuku

Kuku tidak panjang, bersih.

c. Kepala

Bentuk kepala mesocephal, di daerah kepala tidak ada benjolan, meringis kesakitan saat nyeri.

d. Rambut

Rambut pasien panjang, warna hitam, pertumbuhan rambut merata, tidak berketombe.

e. Mata



Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak memakai kaca mata. Fungsi penglihatan baik ditandai dengan melihat benda yang jaraknya jauh sekitar 6 meter.

f. Hidung

Tidak terpasang ala bantu nafas, pertumbuhan rambut halus merata, hidung tampak bersih, pasien tidak sesak nafas.

g. Mulut dan Tenggorokan

Bibir simetris, tidak terdapat stomatitis, membrane mukosa lembab, tidak ada karies gigi dan bersih. Tidak ada kesulitan menelan.

h. Telinga

Telinga kanan dan kiri simetris, terdapat serumen. Fungsi pendengaran baik ditandai dengan pasien menjawab sesuai pertanyaan dan tidak meminta mengulangi pertanyaan yang diberikan.

i. Leher dan Tengkok

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid. Tidak ada luka, tidak kaku pada tengkok.

j. Thorax dan Paru – Paru

1) Inspeksi

Pengembangan paru dextra dan sinistra simetris, tidak retraksi dada, tidak ada lesi, tidak ada luka.

2) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan pada dada

3) Perkusi

Suara paru sonor

4) Auskultasi

Suara nafas vesilkuler, tidak ada suara nafas tambahan, bunyi jantung lup dup lup dup.

k. Payudara

1) Inspeksi

Payudara kanan kiri simetris, besarnya sama, puting susu tidak menonjol, tidak keluar ASI, tidak keluar nanah maupun darah.

2) Palpasi

Saat palpasi teraba sedikit keras, tidak ada benjolan tambahan, ada nyeri tekan.

l. Punggung

Tidak ada kelainan bentuk punggung.

m. Abdomen

1) Inspeksi

Terdapat luka post sectio caesarea tertutup balutan 15 cm di perut bagian bawah, balutan bersih, tidak merembes.

2) Palpasi

Ada nyeri tekan, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah umbilikus.

Kontraksi uterus kuat.

3) Perkusi

### Suara Tympani

#### 4) Auskultasi

Bising usus 12 x/menit

#### n. Genetalia

Tampak kotor, keluar lochea rubra ½ pembalut, terpasang kateter sejak 9 Juli 2017 di salurkan ke kantong urine.

#### o. Anus dan Rektum

Tidak ada hemoroid, tidak ada cairan yang keluar dari anus, tidak ada kelainan pada anus.

#### p. Ekstremitas

##### 1) Atas

Alat gerak bagian atas lengkap, simetris, terpasang infus RL 20 tpm sejak 7 Juli 2017 di tangan sebelah kiri, terpasang cairan infus 1 setelah keluar dari kamar operasi, tidak ada tanda infeksi pada luka tusukan infus, jumlah jari normal, tonus otot 5/5.

##### 2) Bawah

Alat gerak bagian bawah lengkap simetris, kaki kanan kiri oedema (dari inspeksi dan palpasi), jumlah jari normal, mampu menggerakkan kedua kaki secara perlahan, tonus otot 5/5

## **Riwayat Kesehatan**

### 1. Pola Persepsi Kesehatan-Pemeliharaan Kesehatan

#### a. Sebelum Sakit

Pasien dan keluarga mengatakan kesehatan itu sangatlah penting bagi tubuh karena jika kita sakit tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa. Pasien mengatakan jika salah satu anggota keluarganya yang sakit langsung periksa ke pelayanan kesehatan seperti Bidan, Puskesmas, Dokter, Rumah Sakit.

b. Selama Sakit

Saat pasien sakit suami pasien yang merawat dan menemani sampai sekarang. Pasien mengatakan keadaan saat ini masih lemah karena baru operasi Sectio Caesarea pada 9 Juli 2017 dan harus banyak istirahat, makan dan minum yang cukup karena untuk memulikan kesehatannya.

2. Pola Nutrisi-Metabolisme

a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari yang berupa nasi dan lauk, makan cemilan, buah. Pasien mengatakan minum 8 gelas dalam sehari berupa 1 gelas susu, sisanya air putih. Suami pasien mengatakan pasien tidak suka sayuran, yang disukai hanya sayur bayam dan kangkung.

b. Selama Sakit

Suami pasien mengatakan selama dirawat pasien hanya habis  $\frac{1}{2}$  sampai  $\frac{3}{4}$  porsi berupa nasi dan lauk (telur hanya dimakan  $\frac{1}{4}$  bagian),

sayuran tidak dimakan. Suami pasien mengatakan selama dirawat pasien minum 1500 ml.

### 3. Pola Aktifitas-Latihan

#### a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan melakukan aktivitas secara mandiri seperti berjalan, berpindah posisi, ke kamar mandi, ke dapur.

#### b. Selama Sakit

Pasien beraktivitas di atas tempat tidur. Pasien baru bisa miring kanan kiri dengan dibantu setelah menjalani operasi pada 9 Juli 2017 pukul 20.30 WIB. Aktivitas pasien dengan dibantu.

### 4. Pola Eliminasi

#### a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari pada pagi hari (feses lunak, warna kuning kecoklatan, bau khas feses) dan BAK 5 kali sehari (warna kuning jernih, bau khas urine).

#### b. Selama Sakit

Pasien mengatakan setelah operasi sectio caesarea belum BAB, BAK dengan menggunakan Dower Cateter (DC) yang disambungkan dengan kantong urine, warna urin kuning jernih (dari jam 08.00 sampai jam 16.00 sebanyak 1500 ml).

### 5. Pola Isitirahat-Tidur

#### a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tidur malam dari jam 21.00 bangun jam 04.00 pagi, tidur nyenyak, merasa puas setelah bangun tidur. Pasien mengatakan jarang tidur siang karena kerja.

b. Selama Sakit

Pasien mengatakan selama di rawat di Rumah Sakit bisa tidur dari jam 21.00 bangun 03.30 terjaga 1-2 kali karena di ruangan yang dipakai pasien ada 4 bilik yang terdiri dari pasien lain, keluarga pasien yang lain, terkadang karena terasa nyeri bekas luka operasi.

6. Pola Persepsi-Kognitif

a. Sebelum Sakit

Sewaktu hamil pasien rutin memeriksakan kehamilannya di Bidan sebanyak 10 kali. Pasien mengatakan setiap periksa di beri pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu hamil, aktivitas yang dianjurkan pada ibu hamil, sampai persiapan persalinan.

b. Selama Sakit

Pasien mengatakan penjelasan dokter melakukan tindakan operasi section caesarea karena kondisi pasien sudah kelelahan, serta Detak Jantung Janinnya tinggi.

7. Pola Persepsi Terhadap Diri

a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sehat, tetap harus menjaga kesehatan misal kebersihan, olahraga.

b. Selama Sakit

Keadaan pasien masih lemah se usai operasi section caesarea, pasien tidak peduli dengan kebersihan dirinya seperti rambut tidak rapi, belum mandi, badan lengket.

#### 8. Pola Hubungan-Peran

##### a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sewaktu hamil, keluarga sangat perhatian dengannya terutama suaminya, hubungan dan komunikasi pasien dengan keluarga baik. Pasien mengatakan dirumah berperan sebagai istri, anak menantu.

##### b. Selama Sakit

Pasien mengatakan sangat senang karena keluarga terutama suaminya sangat perhatian, menemani, serta merawatnya selama dirawat. Pasien mengatakan tidak hanya sebagai seorang istri tetapi sebagai ibu. Pasien mengatakan akan menyayangi dan merawat anaknya dengan baik. Hubungan pasien dengan keluarga, perawat, dokter terjalin dengan baik.

#### 9. Pola Seksualitas-Reproduksi

##### a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan melakukan hubungan seksual dengan suami tanpa menggunakan alat kontrasepsi. Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada sistem reproduksinya.

b. Selama Sakit

Pasien mengatakan bahwa dirinya baru menjalani masa nifas, sehingga pasien tidak boleh melakukan hubungan seksual. Pasien mengatakan bagi ibu masa nifas dapat melakukan hubungan seksual jika masa nifas sudah selesai yang ditandai dengan tidak keluarnya darah.

10. Pola Stress-Koping

a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan jika ada masalah yang membuatnya stress, pasien langsung menceritakan pada suaminya agar lega.

b. Selama Sakit

Pasien mengatakan kepiikiran dengan anaknya karena pasien belum melihat anaknya. Untuk mengatasi itu suami pasien memberi penjelasan bahwa anaknya sangat lucu, sehat. Jika pasien merasa bosan, pasien bermain HP.

11. Pola Kepercayaan-Nilai-Nilai

a. Sebelum Sakit

Pasien mengatakan selalu ibadah salat 5 waktu di rumah, kadang – kadang mengikuti pengajian. Keluarga mengatakan saat pasien hamil, pada usia kehamilan 7 bulan di adakan tingkep sebagai rasa syukur.

b. Selama Sakit



Pasien mengatakan selama dirawat tidak melakukan ibadah salat karena sakit. Keluarga pasien mengatakan akan menggelar aqiqah setelah bayinya usia 35 hari atau yang sering disebut dengan selapanan sebagai rasa syukur atas kelahiran anak atau cucu. Keluarga mengerti jumlah kambing yang digunakan untuk aqiqah yaitu perempuan dengan 1 ekor dan laki – laki 2 ekor. Ayah pasien mengatakan sudah menyiapkan nama yang baik untuk anaknya.

### **Profil Keluarga**

#### 7. Pendukung keluarga

Pasien mengatakan selalu mendapat dukungan atau nasihat dari suami.

#### 8. Jumlah anak

Jumlah anak 1.

#### 9. Tipe rumah dan komunitas

Pasien mengatakan tipe tempat tinggal permanen, penduduk di dusun pasien terdiri balita, anak-anak, remaja, dewasa, lansia.

#### 10. Pekerjaan

Pasien dan suami pasien bekerja sebagai karyawan swasta.

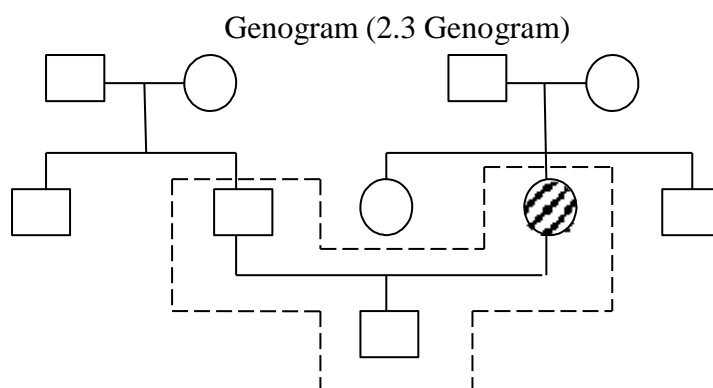
#### 11. Tingkat pendidikan

Pasien mengatakan pendidikan terakhir adalah SLTA.

#### 12. Tingkat sosial ekonomi

Keluarga mengatakan semua anggota keluarga sering bersosialisasi dengan warga desa. Suami pasien mengatakan gaji yang didapatkan mampu mencukupi kebutuhan dirinya, istri, anak.

13.



Keterangan :

- : Laki-laki  
 : Perempuan  
 : Pasien  
 - - - - : Tinggal satu rumah

### Pemeriksaan Laboratorium atau Hasil Pemeriksaan Diagnostik Lainnya

Tabel 1.4 Hasil pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Normal	Interpretasi
7 Juli 2017	Hematologi	Hemoglobin	12,3 gd/dl	12,0-16,0	Normal
		Hematokrit	38 %	37-47	Normal
		Leukosit	5,9ribu/uL	4,5-11,0	Normal
		Eritrosit	5,04juta/uL	4,2-5,4	Normal
		Trombosit	224ribu/uL	150-440	Normal
	Index eritrosit	MPV	11,3 fL	7,2-11,1	Lebih
		PDW	14,4 fL	9-13	Lebih
RDW-CV		15,9%	11,5-14,5	Lebih	

		MCV	75,4 fL	80-100	Kurang
		MCH	24,4 pg	26-34	Kurang
		MCHC	32,4 %	32-36	Normal
	Hitung jenis leukosit	Basofil	0,3%	0-1	Normal
		Monosit	1,2%	4-8	Kurang
		Eosinofil	0,8%	1-6	Kurang
		Limfosit	0,3%	22-40	Lebih
		Neutrophil	97,4%	40-70	Lebih
	Fungsi hati	SGOT	23U/L	0-32	Normal
		SGPT	7U/L	0-33	Normal
		Albumin	3,4g/dL	3,5-5,2	Kurang
	Fungsi jantung	LDH	745U/L	240-480	Lebih
	Fungsi ginjal	Ureum	16,0mg/dL	10-50	Normal
		Kreatinin	0,56mg/dL	0,5-0,9	Normal
	Karbohidrat	GDS	84mg dL	74-106	Normal
Urine	Protein urin	3+/500mg/dL	negatif	Lebih	

Tabel 1.4 Hasil pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Normal	Interpretasi
10 Juli 2017	Hematologi	Hemoglobin	12,1 gr/dl	12,0-16,0	Normal
		Urine lengkap	Warna urine	Kuning	Kuning
	Kejernihan urine		Keruh	Jernih	Tidak normal
	Kimia urine	Glukosa urine	Negatif	Negatif	Normal
		Bilirubin urine	Negatif	-	-
		Keton urine	Negatif	Negatif	Normal
		Berat jenis urine	Negatif	Negatif	Normal
		Blood urine	1+/100	Negatif	Lebih
		pH urine	6,0	5-8	Normal
		Protein urine	2+/200 mg/dl	Normal	Lebih
		Nitrit urine	Negatif	Negatif	Normal
	Mikroskopis urine	Leukosit	25 leu/ul	Negatif	Lebih
		Lekosit	+(5-10 plp	<15	Normal
		Eritrosit	+(0-3 leu/ul	1-3	Normal
		Sel epitel	+(1-2 leu/ul	Negatif	Lebih
		Silinder	Negatif	0-1	Normal
		Kristal	-	0-1	Normal
		Bakteri	-	-	Normal

### Terapi Medis yang Diberikan

Tabel 1.5 Terapi yang diberikan

Tanggal	Jenis Terapi	Rute Terapi	Dosis	Indikasi Terapi
10 Juli 2017	Tramadol Ceftriaxone	IV IV	100 mg/ 8 jam 1 gram/ 12 jam	Analgetik Antibiotik
11 Juli 2017	Ceftriaxone Paracetamol	IV Oral	1 gram/ 12 jam 500 mg/ 8 jam	Antibiotik Analgetik
12 Juli 2017	Paracetamol Amoxillin	Oral Oral	500 mg/ 8 jam 500 mg/ 12 jam	Analgetik Antibiotik

## I. ANALISA DATA

Tabel 1.6 Analisa Data

ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
DS: - Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah - Pasien mengatakan rasa nyeri panas - Pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak dan ditekan bagian perut - Pasien mengatakan skala nyeri 6 dari (1-10) DO: - Terdapat luka post SC pada 9 Juli 2017 - Meringis kesakitan saat nyeri	Agen cedera fisik : prosedur operasi SC	Nyeri akut
DS: Pasien mengatakan badan terasa lemas DO: - ADL pasien dibantu - Kulit tampak kotor - Rambut tidak rapi - Keluar lochea rubra di daerah kemaluan - Pasien post SC H-0	Kelemahan	Defisit perawatan diri : ADL
DS: -	Luka operasi	Risiko Infeksi

<p>DO: - Terdapat luka post SC di perut bagian bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka tertutup balutan 15 cm, tidak merembes, bersih</li> <li>- Pasien hanya menghabiskan telur ¼ bagian</li> </ul>		
<p>DS: - Pasien mengatakan ASI belum keluar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak suka sayuran</li> </ul> <p>DO: - ASI belum keluar</p>	Ketidakefektifan suplai ASI	Menyusui tidak efektif
<p>DS: - Pasien mengatakan sedih karena belum menemui anaknya diruang bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ingin menemui anaknya tetapi masih lemas</li> </ul> <p>DO: Pasien tampak gelisah</p>	Krisis situasional	Cemas
<p>DS: - Pasien mengatakan tidak memakai KB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak memakai KB karena kesepakatan suami</li> <li>- Pasien mengatakan bingung mau memakai KB jenis apa</li> </ul> <p>DO:-</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	Kurang terpaparnya informasi tentang KB	Kurang pengetahuan

## **II. DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS)**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan :

DS: - Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah

- Pasien mengatakan rasa nyeri panas
- Pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak dan ditekan bagian perut
- Pasien mengatakan skala nyeri 6 dari (1-10)

DO: - Terdapat luka post SC pada 9 Juli 2017

- Meringis kesakitan saat nyeri

2. Risiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi ditandai dengan :

DS: -

DO: - Terdapat luka post SC di perut bagian bawah

- Luka tertutup balutan 15 cm, tidak merembes, bersih
- Pasien hanya menghabiskan telur ¼ bagian

3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI ditandai dengan :

DS: - Pasien mengatakan ASI belum keluar

- Pasien mengatakan tidak suka sayuran

DO: - ASI belum keluar

4. Defisit perawatan diri : ADL berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan badan terasa lemas

DO: - ADL pasien dibantu, Pasien post SC H-0

- Kulit tampak kotor
- Rambut tidak rapi
- Keluar lochea rubra di daerah kemaluan

5. Cemas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan:

DS: - Pasien mengatakan sedih karena belum menemui anaknya diruang bayi

- Pasien mengatakan ingin menemui anaknya tetapi masih lemas

DO: Pasien tampak gelisah

6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya tentang KB ditandai dengan:

DS: - Pasien mengatakan tidak memakai KB

- Pasien mengatakan tidaka memakai KB karena kesepakatan suami
- Pasien mengatakan bingung mau memakai KB jenis apa

DO:-

**Tri**



## ASUHAN KEPERAWATAN

**Nama Pasien** : Ny.N  
**II**  
**NO CM** : 32.90.xx

Ruang :Nusa Indah

HR/TGL /JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
<p>Senin, 10 Juli 2017</p> <p>Shift pagi</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan :</p> <p>DS:- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa nyeri panas</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak dan ditekan bagian perut</li> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri 6 dari (1-10)</li> </ul> <p>DO:- Terdapat luka post SC pada 9 Juli 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis kesakitan saat nyeri</li> <li>- Tekanan Darah 140/80 mmHg</li> <li>- Nadi 80 x/menit</li> <li>- Respirasi 18 x/menit</li> <li>- Suhu 36,5 C</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mencapai <b>Pain Control</b> dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mengontrol nyeri</li> <li>- Tidak meringis kesakitan</li> <li>- Mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri</li> <li>- Skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2 (1-10)</li> <li>- Tanda – tanda vital dalam batas normal</li> </ul> <p>Tekanan Darah 110/70 mmHg- 120/80 mmHg                      Nadi 80-100 x/menit                      Respirasi 18 – 24 x/menit                      Suhu 36,5 – 37,5 C</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p><b>Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</li> <li>2. Ukur tanda-tanda vital</li> <li>3. Observasi reaksi nonverbal</li> <li>4. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri</li> <li>5. Evaluasi nyeri</li> <li>6. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik</li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p>Senin, 10 Juli 2017                      Jam 10.00 WIB</p> <p>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (pasien mengeluh nyeri di perut bawah karena habis operasi SC, skala nyeri 6 (1-10)</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p> <p>Jam 10.05 WIB</p> <p>Menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri (pasien melakukan teknik relaksasi saat nyeri timbul)</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p>Senin, 10 Juli 2017                      Jam 14.00 WIB</p> <p>S: - pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri 5 dari (1-10)</li> </ul> <p>O: pasien meringis kesakitan jika nyeri</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi nonverbal</li> <li>- Kelola injeksi Tramadol 100 mg via IV</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	II. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Senin, 10 Juli 2017  Shift Siang	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan : DS: - pasien mengatakan nyeri pada luka operasi - Pasien mengatakan skala nyeri 5 dari (1-10) DO : pasien meringis kesakitan jika nyeri  <b>Tri</b>	15.00 WIB  15.10 WIB	Menberikan injeksi Tramadol 100 mg via IV (Injeksi Tramadol 100 mgml via IV masuk)  <b>Tri</b>  Mengobservasi reaksi nonverbal (pasien meringis kesakitan saat nyeri)  <b>Tri</b>	Senin, 10 Juli 2017 Jam 17.00 WIB S: - pasien mengatakan masih terasa nyeri di perut bagian bawah - Pasien mengatakan skala nyeri 5 dari (1-10) O: - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut - Pasien meringis kesakitan saat nyeri A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi nyeri - Kelola obat Paracetamol 500 mg via Oral  <b>Tri</b>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TGL /JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	III. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Senin, 10 Juli 2017  Shift Malam	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan : DS: - pasien mengatakan masih terasa nyeri di perut bagian bawah - Pasien mengatakan skala nyeri 5 dari (1-10) DO : - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut - Pasien meringis kesakitan saat nyeri	20.00 WIB  22.00 WIB  06.00 WIB  06.00 WIB	Senin, 10 Juli 2017 Menganjurkan tehnik relaksasi nafas dalam <b>Ririn</b> Memberikan paracetamol 500 mg via oral <b>Ririn</b> Selasa, 11 Juli 2017 Memberikan paracetamol 500 mg via oral <b>Ririn</b> Mengukur tanda – tanda vital <b>Ririn</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 07.00 WIB S: - pasien mengatakan masih terasa nyeri di perut bagian bawah - Pasien mengatakan skala nyeri 4 dari (1-10) O: - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut - Pasien meringis kesakitan saat nyeri - Tekanan Darah 140/90 mmHg - Nadi 82 x/menit - Respirasi 22 x/menit - Suhu 36,8 C A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi nyeri - Kelola obat Paracetamol 500 mg via Oral
	<b>Tri</b>			<b>Tri</b>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N

No. C.M : 32.90.xx

Ruang :Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	IV. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 Juli 2017  Shift Pagi	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan :</p> <p>DS: - pasien mengatakan masih terasa nyeri di perut bagian bawah</p> <p>- Pasien mengatakan skala nyeri 4 dari (1-10)</p> <p>DO : - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut</p> <p>- Pasien meringis kesakitan saat nyeri</p> <p>- Tekanan Darah 140/90 mmHg</p> <p>- Nadi 82 x/menit</p> <p>- Respirasi 22 x/menit</p> <p>- Suhu 36,8 C</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	10.00 WIB	<p>Mengevaluasi nyeri (pasien mengatakan masih terasa nyeri pada bekas luka operasi)</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p style="text-align: center;">Selasa, 11 Juli 2017 Jam 14.00 WIB</p> <p>S: - pasien mengatakan masih terasa nyeri di perut bagian bawah</p> <p>- Pasien mengatakan skala nyeri 4 dari (1-10)</p> <p>O: - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>- Evaluasi nyeri</p> <p>- Ukur tanda – tanda vital</p> <p>- Kelola obat Paracetamol 500 mg via oral</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>
		12.00 WIB	<p>Mengukur TTV (TD 130/90 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5 C)</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	
		14.00 WIB	<p>Memberikan obat paracetamol 500 mg via oral (paracetamol 500 mg via oral masuk)</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

<b>HR/TG L/JAM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>JAM</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>V. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)</b>
Selasa, 11 Juli 2017  Shift siang	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan :</p> <p>DS: - pasien mengatakan masih terasa nyeri di perut bagian bawah</p> <p>- Pasien mengatakan skala nyeri 4 dari (1-10)</p> <p>DO : - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut</p> <p align="right"><b>Tri</b></p>	<p>15.00 WIB</p> <p>16.00 WIB</p>	<p>Mengukur tanda – tanda vital (TD 140/90 mmHg, Nadi 86 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,4 C)</p> <p align="right"><b>Tri</b></p> <p>Mengevaluasi nyeri (pasien masih mengeluh nyeri di luka bekas operasi, skala nyeri 4 (1-10)</p> <p align="right"><b>Tri</b></p>	<p>Selasa, 11 Juli 2017 Jam 16.30 WIB</p> <p>S: - pasien mengatakan masih terasa nyeri di perut bagian bawah</p> <p>O: - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut</p> <p>- Pasien meringis kesakitan saat nyeri</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan tehnik relaksasi nafas dalam saat nyeri</li> <li>- Ukur TTV</li> <li>- Kelola obat Paracetamol 500 mg via oral</li> </ul> <p align="right"><b>Tri</b></p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N

No. C.M : 32.90.xx

Ruang :Nusa Indah II

<b>HR/TG L/JAM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>JAM</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>VI. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)</b>
Selasa, 11 Juli 2017  Shift Malam	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan : DS: pasien mengatakan masih terasa nyeri di perut bagian bawah  DO : - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut - Pasien meringis kesakitan saat nyeri	20.00 WIB	Selasa, 11 Juli 2017 Menganjurkan tehnik relaksasi nafas dalam saat nyeri	Rabu, 12 Juli 2017 Jam 07.00 WIB S: - pasien mengatakan rasa nyeri di perut bagian bawah berkurang O: - pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Ukur TTV - Evaluasi nyeri - Kelola obat Paracetamol 500 mg via oral
		22.00 WIB	Memberikan paracetamol 500 mg via oral	
		06.00 WIB	Rabu, 12 Juli 2017 - Mengukur TTV - Memberikan obat paracetamol 500 mg via oral	
	<b>Tri</b>		<b>Mega</b>	<b>Tri</b>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N

No. C.M : 32.90.xx

Ruang :Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	VII. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 12 Juli 2017  Shift pagi	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi SC ditandai dengan :  DS: pasien mengatakan rasa nyeri di perut bagian bawah berkurang  DO : pasien menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut  <b>Tri</b>	10.00 WIB	Mengevaluasi nyeri (pasien mengatakan luka operasi masih terasa nyeri tapi berkurang, pasien menutupi area nyeri saat dioperiksa dibagian perut, skala nyeri 3 dari (1-10)	Rabu, 12 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S: - pasien mengatakan masih rasa nyeri di perut bagian bawah berkurang O: - pasien tidak lagi menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi nyeri
		12.00 WIB	Mengukur TTV (TD 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu36,5 C)	
		14.00 WIB	Memberikan paracetamol 500 mg via oral (paracetamol 500 mg via oral masuk)	
			<b>Tri</b>	<b>Tri</b>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N

No. C.M : 32.90.xx

Ruang :Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	VIII. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)	PARAF &NAMA	TGL TERATASI
Rabu, 12 Juli 2017  Shift siang	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi DS: pasien mengatakan rasa nyeri di perut bagian bawah berkurang DO : pasien tidak lagi menutupi area nyeri saat diperiksa dibagian perut <b>Tri</b>	15.00 WIB        15.30 WIB	Mengevaluasi nyeri (pasien mengatakan luka operasi masih terasa nyeri tapi berkurang, skala nyeri 3 dari (1- 10)  <b>Tri</b>  Mengukur TTV (TD 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5 C )  <b>Tri</b>	Rabu, 12 Juli 2017 Jam 16.00 WIB S: - pasien mengatakan masih rasa nyeri di perut bagian bawah berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri 2 dari (1-10) O: - pasien tidak meringis kesakitan saat nyeri timbul tapi melakukan relaksasi nafas dalam A: Masalah nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi  <b>Tri</b>	<b>Tri</b>	12 Juli 2017



## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.N

Ruang :Nusa Indah

II

NO CM : 32.90.xx

HR/TGL /JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Senin, 10 Juli 2017  Shift pagi	Risiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi ditandai dengan : DS: -  DO: - Terdapat luka post SC di perut bagian bawah -Luka tertutup balutan 15 cm, tidak merembes, bersih -Pasien hanya menghabiskan telur ¼ bagian  <b>Tri</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mencapai <b>Risk Control</b> dengan kriteria hasil : - Balutan luka bersih, tidak merembes - Tidaka ada tanda dan gejala infeksi pada luka operasi (Dolor, Rubor, Kalor, Tumor, Functiolaesa) - Pasien mengkonsumsi makanan yang banyak protein - Pasien dan keluarga menjaga kebersihan  <b>Tri</b>	<b>Infection Control</b> 1. Monitor balutan luka 2. Monitor tanda dan gejala infeksi pada luka operasi 3. Lakukan perawatan luka 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien 5. Ajarkan pasien dan keluarga cuci tangan 6. Dorong pasien untuk mengkonsumsi makanan yang banyak protein 7. Anjurkan pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan 8. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian antibiotic  <b>Tri</b>	Senin, 10 Juli 2017 Jam 10.00 WIB Mencuci tangan sebefore ke pasien  <b>Tri</b>  Jam 11.00 WIB Memonitor balutan luka (balutan luka bersih, tidak merembes)  <b>Tri</b>  Jam 12.00 WIB Mendorong pasien untuk mengkonsumsi makanan yang banyak protein (pasien mengatakan sudah makan telur)  <b>Tri</b>  Jam 12.10 WIB Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan (Keluarga mengatakan selalu cuci tangan jika menemui Ny.N)  <b>Tri</b>	Senin, 10 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S: - O: - Terdapat luka operasi section caesarea di bagian perut bawah pada 9 Juli 2017 - Luka operasi tertutup balutan 15 cm - Perban luka masih bersih, tidak merembes A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien - Ajarkan pasien dan keluarga cuci tangan - Kelola injeksi Ceftriaxone 1 gram via IV  <b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	IX. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Senin, 10 Juli 2017	Risiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi ditandai dengan : DS: - DO: - Terdapat luka post SC di perut bagian bawah	15.00 WIB	Mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien	Senin, 10 Juli 2017 Jam 17.00 WIB S: - O: - terdapat luka bekas operasi di perut bawah
Shift Siang	- Luka tertutup balutan 15 cm, tidak merembes, bersih - Pasien hanya menghabiskan telur <sup>1</sup> / <sub>4</sub> bagian	15.10 WIB	Mengajarkan pasien dan keluarga cuci tangan	- Balutan luka bersih, tidak merembes A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi
		19.00 WIB	Memberikan injeksi Ceftriaxone 1 gram/10 ml via IV	- Kelola injeksi Ceftriaxone 1 gram via IV
	<b>Tri</b>		<b>Suci</b>	<b>Tri</b>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	X. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Senin, 10 Juli 2017  Shift malam	Risiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi ditandai dengan : DS: - DO: - Terdapat luka bekas di perut bagian bawah - Balutan luka bersih, tidak merembes  <b>Tri</b>	20.00 WIB   07.00 WIB	Mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien  <b>Ririn</b>  Selasa, 11 Juli 2017 Memberikan injeksi Ceftriaxone 1 gram/10 ml via IV (Injeksi Ceftriaxone 1 gram/10 ml sudah masuk)  <b>Ririn</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 07.00 WIB S: Keluarga mengatakan pasien tidak menghabiskan lauknya saat makan O: - terdapat luka bekas operasi di perut bawah - Balutan luka bersih, tidak merembes - Luka tertutup balutan 15 cm A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien - Dorong pasien untuk mengkonsumsi makanan yang banyak protein  <b>Tri</b>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XI. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 Juli 2017  Shift pagi	Risiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi ditandai dengan : DS: <del>Pasien tidak menghabiskan</del> keluarga mengatakan lauknya saat makan DO: - terdapat luka bekas operasi di perut bawah - Balutan luka bersih, tidak merembes - Luka tertutup balutan 15 cm  <b>Tri</b>	08.00 WIB  09.00 WIB	Mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien  <b>Tri</b>  Mendorong pasien untuk mengonsumsi makanan yang banyak protein (pasien mengatakan bersedia untuk makan telur yang banyak)  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S: - Keluarga mengatakan pasien menghabiskan lauk (tahu, telur) - Pasien mengatakan juga dibawakan telur dari rumah O: - terdapat luka bekas operasi di perut bawah - Balutan luka bersih, tidak merembes - Luka tertutup balutan 15 cm A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien - Anjurkan pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan  <b>Tri</b>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XII. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 Juli 2017	Risiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi ditandai dengan : DS: - Keluarga mengatakan pasien menghabiskan lauk (tahu, telur)	15.00 WIB	Mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 16.30 WIB
Shift siang	- Pasien mengatakan juga dibawakan telur dari rumah DO: - terdapat luka bekas operasi di perut bawah - Balutan luka bersih, tidak merembes - Luka tertutup balutan 15 cm	16.00 WIB	Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menjagakebersihan (keluarga dan pasien mengatakan selalu cuci tangan)	S: - O: - terdapat luka bekas operasi di perut bawah - Balutan luka bersih, tidak merembes - Luka tertutup balutan 15 cm A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien - Anjurkan pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan dan cuci tangan
	<b>Tri</b>		<b>Tri</b>	<b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TGL /JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XIII. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 Juli 2017  Shift malam	Risiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi ditandai dengan : DS: - DO: - Terdapat luka bekas operasi di perut bawah - Balutan luka bersih, tidak merembes - Luka tertutup balutan 15 cm  <b>Tri</b>	20.00 WIB  22.00 WIB	Mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien <b>Suci</b>  Memberikan obat Amoxillin 500 mg via oral <b>Suci</b>	Rabu, 12 Juli 2017 Jam 07.00 WIB U: - terdapat luka bekas operasi di perut bawah S: -  - Balutan luka bersih, tidak merembes - Luka tertutup balutan 15 cm A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien - Monitor tandadan gejala infeksi pada luka operasi - Lakukan perawatan luka  <b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XIV. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)	PARAF &NAMA	TGL TERATASI
Rabu, 12 Juli 2017  Shift pagi	Risiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi ditandai dengan : DS: - DO: - terdapat luka bekas operasi di perut bawah - Balutan luka bersih, tidak merembes - Luka tertutup balutan 15 cm  <b>Tri</b>	08.00 WIB  08.10 WIB  08.20 WIB	Mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien  <b>Tri</b>  Melakukan perawatan luka operasi (sudah dilakukan perawatan luka dan diganti perban anti air)  <b>Tri</b>  Memonitor tanda dan gejala infeksi pada luka operasi (tidak ada pus, tidak keluar cairan dari luka, luka bersih)  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 14.00 WIB  S: - O: - luka operasi tidak infeksi (tidak keluar pus, luka kering) - Perban luka tidak mengelupas A: Masalah risiko infeksi teratasi P: Hentikan intervensi - Anjurkan pasien dan keluarga menjaga kebersihan dan cuci tangan - Anjurkan pasien untuk memeriksakan luka operasi jika balutannya merembes - Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan yang banyak protein  <b>Tri</b>	<b>Tri</b>	12 Juli 2017

## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.N

Ruang :Nusa Indah II

NO CM : 32.90.xx

HR/TC L/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Senin, 10 Juli 2017  Shift pagi	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI ditandai dengan : DS:-Pasien mengatakan ASI belum keluar - Pasien mengatakan tidak suka sayuran DO: - ASI belum keluar  <b>Tri</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mencapai <b>Breastfeeding</b> dengan kriteria hasil : - ASI keluar - Pasien mau makan sayuran dan porsi makan meningkat - Pasien mampu melakukan massage payudara - Pasien menyusui bayinya  <b>Tri</b>	<b>Breastfeeding Assistance</b> 1. Monitor produksi ASI 2. Lakukan palpasi pada payudara 3. Lakukan pijat oksitosin 4. Ajarkan dan damping pasien melakukan massage payudara 5. Dorong pasien untuk mengkonsumsi sayuran dan banyak makan, minum  <b>Tri</b>	Senin, 10 Juli 2017 Jam 10.00 WIB Memonitor produksi ASI (ASI belum keluar)  <b>Tri</b>  Jam 12.00 WIB Mendorong pasien untuk mengkonsumsi sayuran dan makan minum yang banyak (pasien mengatakan hanya suka sayur bayam dan kangkung)  <b>Tri</b>	Senin, 10 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S: - keluarga mengatakan dari dulu pasien tidak suka sayuran O: - pasien hanya makan nasi dan lauk, sayurannyatidak dimakan A: Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor produksi ASI  <b>Tri</b>



### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XV. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Senin, 10 Juli 2017	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI ditandai dengan :	15.00 WIB	Memonitor produksi ASI (ASI belum keluar, puting susu tidak menonjol)	Senin, 10 Juli 2017 Jam 16.30 WIB S: - pasien mengatakan makan 1 porsi habis - Pasien mengatakan minum 1000 ml O: ASI belum keluar A: Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
Shift siang	DS: - keluarga mengatakan dari dulu pasien tidak suka sayuran DO: - pasien hanya makan nasi dan lauk, sayurannya tidak dimakan	05.10 WIB	Mendorong pasien untuk makan minum yang banyak (pasien bersedia untuk meningkatkan makan dan minumnya )	- Monitor produksi ASI  <b>Tri</b>
	<b>Tri</b>		<b>Tri</b>	<b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XVI. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Senin, 10 Juli 2017  Shift malam	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI ditandai dengan : DS: - pasien mengatakan makan 1 porsi habis - Pasien mengatakan minum 1000 ml DO: ASI belum keluar  <b>Tri</b>	06.30 WIB	Selasa, 11 Juli 2017 Memonitor produksi ASI (ASI belum keluar, puting susu tidak menonjol )  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 07.00 WIB  S: - O: ASI belum keluar A: Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor produksi ASI - Melakukan palpasi pada payudara  <b>Tri</b>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XVII. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 Juli 2017	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI ditandai dengan :  DS: - DO: ASI belum keluar    <b>Tri</b>	09.00 WIB      09.10 WIB	Memonitor produksi ASI (ASI belum keluar, puting susu tidak menonjol)   <b>Tri</b>  Melakukan palpasi pada payudara (payudara pasien sedikit keras, payudara sebelah kiri terasa kencang)    <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S: - pasien mengatakan ASI sudah keluar dengan dipompa - Pasien mengatakan warna ASI puti kekuningan - Pasien mengatakan payudara terasa kencang A: Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Ajarkan dan damping pasien melakukan massage payudara  <b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XVIII. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 Juli 2017  Shift siang	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI ditandai dengan : DS:- pasien mengatakan ASI sudah keluar dengan dipompa - Pasien mengatakan warnaASI puti kekuningan - Pasien mengatakan payudara terasa kencang DO: payudara pasien teraba penuh  <b>Tri</b>	15.00 WIB	Mengajarkan dan damping pasien melakukan massage payudara (pasien mampu melakukan massage payudara)  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 16.30 WIB  S: pasien mengatakan payudara terasa kencang dan penuh O: payudara pasien teraba penuh A: Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Dorong pasien untuk makan sayuran yang disukai - Monitor produksi ASI  <b>Tri</b>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XIX. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 Juli 2017  Shift malam	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI ditandai dengan :  DS: pasien mengatakan payudara terasa kencang dan penuh  DO: payudara pasien teraba penuh  <b>Tri</b>	06.30 WIB   06.40 WIB	Rabu, 12 Juli 2017  Mendorong pasien untuk makan sayuran yang disukai (pasien mengatakan akan makan sayuran bayam dan kangkung)  <b>Tri</b>  Memonitor produksi ASI (ASI sudah keluar)  <b>Tri</b>	Rabu, 12 Juli 2017 Jam 07.00 WIB  S: - pasien mengatakan tadi malam jam 24.00-03.00 datang menemui anaknya di ruang bayi - Pasien mengatakan anaknya mau menyusu, daya hisapnya kuat, setelah menyusu langsung tidur A: Masalah menyusui dapat teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Dorong pasien untuk makan sayuran yang disukai  <b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

L/JAM	KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XX. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)	PARAF	TERATASI
Rabu, 12 Juli 2017  Shift pagi	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI ditandai dengan : DS: - pasien mengatakan tadi malam jam 24.00-03.00 datang menemui anaknya di ruang bayi - Pasien mengatakan anaknya mau menyusui, daya hisapnya kuat, setelah menyusui langsung tidur DO: ASI keluar dari kedua putting susu  <b>Tri</b>	08.00 WIB	Mendorong pasien untuk makan sayuran yang disukai (pasien mengatakan sudah makan sayur bayam yang dibawakan dari rumah  <b>Tri</b>	Rabu, 12 Juli 2017 Jam 14.00 WIB  S: - pasien mengatakan selain habis 1 porsi dari rumah sakit, pasien jugamakan dari luar - Pasien mengatakan minum 2000 ml O: - ASI keluar dari kedua putting susu - Sebelum menyusui pasien melakukan massage payudara A: Masalah menyusui tidak efektif teratasi P: Hentikan intervensi - Anjurkan pasien untuk makan sayuran - Anjurkan pasien untuk massage payudara sebelum menyusui  <b>Tri</b>	<b>Tri</b>	12 Juli 2017

**ASUHAN KEPERAWATAN****Nama Pasien : Ny.N****Ruang :Nusa Indah****II****NO CM : 32.90.xx**

<b>HR/TGL JAM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PERENCANAAN</b>		<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI</b>
		<b>TUJUAN</b>	<b>RENCANA TINDAKAN</b>		

<p>Senin, 10 Juli 2017</p> <p>Shift pagi</p>	<p>Defisit perawatan diri : ADL berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :</p> <p>DS:- Pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>DO: - ADL pasien dibantu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit tampak kotor</li> <li>- Rambut tidak rapi</li> <li>- Keluar lochea rubra di daerah kemaluan</li> <li>- Pasien post op SC</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mencapai <b>Self Care Deficit Hygiene</b> dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit tampak bersih</li> <li>- ADL pasien terpenuhi</li> <li>- Rambut rapi</li> <li>- Daerah genitalia bersih</li> <li>- Pasien sudah mandi</li> <li>- <del>Bagian tubuh bersih</del></li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p><b>Self Care Assistance</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kemampuan pasien dalam memenuhi ADL</li> <li>2. Bantu pasien memenuhi ADL</li> <li>3. Dorong keluarga untuk memenuhi ADL pasien</li> <li>4. Motivasi pasien dalam memenuhi ADL</li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p>Senin, 10 Juli 2017 Jam 10.15 WIB</p> <p>Mengkaji kemampuan pasien dalam memenuhi ADL (dalam pemenuhan ADL pasien dibantu oleh keluarga)</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p> <p>Jam 10.30 WIB</p> <p>Meembersihkan area daerah genitalia (Daerah genitalia sudah bersih)</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p> <p>Jam 12.00 WIB</p> <p>Mendorong ADL (mngkaji kemampuan untuk memenuhi ADL)</p> <p>(pasien habis ½ porsi)</p> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>	<p>Senin, 10 Juli 2017 Jam 14.00 WIB</p> <p>S:pasein mengatakan badan terasa lengket</p> <p>O: - kulit pasien kotor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut tidak rapi</li> </ul> <p>A: Masalah deficit perawatan diri : ADL teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivasi pasien dalam memenuhi ADL</li> <li>- Dorong keluarga untuk memenuhi ADL pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Tri</b></p>
--	---	---	--	---	--





### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XXII.CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Senin, 10 Juli 2017  Shift malam	Defisit perawatan diri : ADL berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : DS: pasien mengatakan belum mau mandi, nanya ganti baju DO: - Rambut tidak rapi - Kulit pasien kotor  <b>Tri</b>	06.30 WIB  06.45 WIB	Selasa, 11 Juli 2017 Bantu pasien memenuhi ADL (pembalut pasien sudah diganti, pasien sudah ganti baju)  <b>Tri</b>  Memotivasi pasien untuk mandi (pasien mengatakan belum mau mandi)  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 07.00 WIB  S: O: - Rambut tidak rapi - Kulit tampak kotor A: Masalah deficit perawatan diri : ADL teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Bantu pasien memenuhi ADL - Motivasi pasien untuk memenuhi ADL  <b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XXIII. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 juli 2017  Shift pagi	Defisit perawatan diri : ADL berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : DS: - DO: - Rambut tidak rapi - Kulit tampak kotor  <b>Tri</b>	08.00 WIB  09.00 WIB	Membantu pasien memenuhi ADL (membersihkan daerah genetalia (pembalut pasien sudah diganti, daerah genetalia sudah bersih)  <b>Tri</b>  Memotivasi pasien untuk mandi, mengucir rambut, memberi bedak di bagian badan (pasien mengatakan belum mau mandi, rambut tidak mau disisir dan dikucir)  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S: - pasien mengatakan mau mandi jika perban luka sudah diganti - Keluarga mengatakan pasien suda makan, minum O: - Rambut tidak rapi - Rambut tidak dikucir - Kulit tampak kotor A: Masalah deficit perawatan diri : ADL teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Bantu pasien memenuhi ADL - Motivasi pasien untuk memenuhi ADL  <b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XXIV. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 11 juli 2017  Shift siang	Defisit perawatan diri : ADL berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : DS: - pasien mengatakan mau mandi jika perban luka sudah diganti - Keluarga mengatakan pasien suda makan, minum DO: - Rambut tidak rapi - Rambut tidak dikucir - Kulit tampak kotor  <b>Tri</b>	15.00 WIB   15.30 WIB	Membantu pasien memenuhi ADL (gosok gigi, ganti pembalut, membersihkan daerah genetalia (pembalut pasien sudah diganti, daerah genetalia sudah bersih, pasien sudah gosok gigi)  <b>Tri</b>  Memotivasi pasien untuk mandi, mengucir rambut, memberi bedak di bagian badan, makan, minum (pasien mengatakan sudah di lap oleh suaminya, rambut pasein sudah disisir dan dikucir)  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 16.30 WIB S: - pasien mengatakan sudah makan dari rumah sakit - Pasien mengatakan badannya masih lengket O: rambut sudah dikucir A: Masalah deficit perawatan diri : ADL teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Bantu pasien memenuhi ADL - Motivasi pasien untuk memenuhi ADL  <b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XXV. CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)
Selasa, 11 juli 2017  Shift malam	Defisit perawatan diri : ADL berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : DS: - pasien mengatakan sudah makan dari rumah sakit - Pasien mengatakan badannya masih  lengket DO: rambut sudah dikucir   <b>Tri</b>	06.30 WIB   06.40 WIB	Rabu, 12 Juli 2017  Membantu pasien memenuhi ADL (gosok gigi, ganti pembalut, membersihkan daerah genitalia (pembalut pasien sudah diganti, daerah genitalia sudah bersih, pasien sudah gosok gigi  <b>Tri</b>  Memotivasi pasien untuk mandi, (pasien mengatakan sudah di lap oleh suaminya   <b>Tri</b>	Rabu, 12 Juli 2017 Jam 07.00 WIB S: Pasien mengatakan badannya masih lengket O: rambut sudah dikucir A: Masalah deficit perawatan diri : ADL teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi  - Bantu pasien memenuhi ADL - Motivasi pasien untuk memenuhi ADL   <b>Tri</b>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien : Ny.N No.

C.M : 32.90.xx Ruang

:Nusa Indah II

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	XXVI. CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)	PARAF &NAMA	TGL TERATASI
Rabu, 12 Juli 2017  Shift pagi	Defisit perawatan diri : ADL berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan badannya masin lengket DO: rambut sudah dikucir  <b>Tri</b>	09.00 WIB  10.00 WIB	Membantu pasien memenuhi ADL (mandi (pasien sudah mandi)  <b>Tri</b>  Memotivasi pasien untuk makan, minum (pasien mengatakan sudah makan dari rumah sakit dan dari rumah, minum 1500 ml)  <b>Tri</b>	Rabu, 12 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S: Pasien mengatakan badannya segar setelah mandi O: - rambut sudah dikucir - Kulit pasien tampak bersih A: Masalah deficit perawatan diri : ADL teratasi P: Hentikan intervensi  <b>Tri</b>	<b>Tri</b>	12 Juli 2017

## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.N

Ruang :Nusa Indah

II

NO CM : 32.90.xx

HR/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Senin, 10 Juli 2017  Shift pagi	Cemas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan: DS: -Pasien mengatakan sedih karena belum menemui anaknya diruang bayi -Pasien mengatakan ingin menemui anaknya tetapi masih lemas DO: Pasien tampak gelisah  <b>Tri</b>	Anxiety self control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>cemas teratasi</b> dengan kriteria hasil :  - Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas  - Pasien mampu untuk mengontrol cemas  <b>Tri</b>	<b>Anxiety Reduction</b> 1. Kaji tingkat kecemasan 2. Ajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam untuk mengurangi cemas 3. Anjurkan keluarga untuk menemani pasien  <b>Tri</b>	Senin, 10 Juli 2017 Jam 12.00 WIB Mengkaji tingkat kecemasan  Jam 12.10 WIB Mengajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam  Jam 12.15 WIB Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien  <b>Tri</b>  <b>Tri</b>  <b>Tri</b>	Senin, 10 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S:- Pasien mengatakan cemas berkurang - Keluarga mengatakan akan menemani dan memberi dukungan kepada pasien O:- pasien tampak rileks -Pasien mampu relaksasi nafas dalam -Keluarga selalu menemani pasien A: Masalah cemas teratasi P: Hentikan intervensi  <b>Tri</b>

## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.N

Ruang :Nusa Indah

II

NO CM : 32.90.xx

HR/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Senin, 10 Juli 2017  Shift pagi	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang KB ditandai dengan: DS: - Pasien mengatakan tidak memakai KB - Pasien mengatakan tidak memakai KB karena kesepakatan suami - Pasien mengatakan bingung mau memakai KB jenis apa DO:-  <b>Tri</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mencapai <b>Knowledge</b> dengan kriteria hasil : - Pasien mengatakan paham dengan pendidikan kesehatan - Pasien mampu menyebutkan jenis-jenis KB - Pasien mampu menyebutkan manfaat KB  <b>Tri</b>	<b>Teaching</b> - Kaji tingkat pengetahuan pasien - Berikan pendidikan kesehatan - Evaluasi pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 13.00 WIB Mengkaji tingkat pengetahuan pasien (pasien mengatakan tidak pakai KB karena bingung)  <b>Tri</b> Jam 13.30 WIB Memberikan pendidikan kesehatan tentang KB (Pendidikan kesehatan hanya diikuti pasien)  <b>Tri</b> Jam 13.40 WIB Mengevaluasi pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan (pasien mengatakan paham dengan penyuluhan)  <b>Tri</b>	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S:- Pasien mengatakan akan merundingkan dengan suami tentang pemakaian KB - Pasien mengatakan akan memakai KB O:-Pasien mampu menyebutkan jenis-jenis KB - Pasien mampu menyebutkan manfaat KB A:Masalah kurang pengetahuan teratasi P: Hentikan intervensi  <b>Tri</b>