

LAPORAN KASUS PADA PASIEN *POST SECTIO CAESAREA* (SC) DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANG SAKINAH RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DISUSUN OLEH :
AYU NINGTYAS ANDRIANI
1810206099**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIAH
YOGYAKARTA
2019**

LAPORAN KASUS PADA PASIEN *POST SECTIO CAESAREA* (SC) DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANG SAKINAH RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DISUSUN OLEH :
AYU NINGTYAS ANDRIANI
1810206099**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIAH
YOGYAKARTA
2019**

LAPORAN KASUS PADA PASIEN *POST SECTIO CAESAREA* (SC) DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANG SAKINAH RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Guna Melengkapi Sebagian Syarat Mencapai Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta



**DISUSUN OLEH :
AYU NINGTYAS ANDRIANI
1810206099**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIAH
YOGYAKARTA
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

**LAPORAN KASUS PADA PASIEN *POST SECTIO*
CAESAREA (SC) DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI
RUANG SAKINAH RUMAH SAKIT PKU
MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun oleh:
AYU NINGTYAS ANDRIANI
1810206099

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Syarat
Untuk Mendapatkan Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan
Di Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

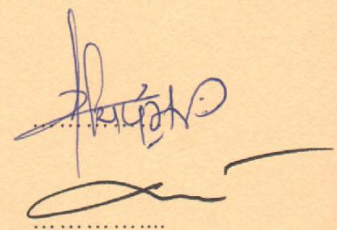
Pada tanggal:
9 Agustus 2019



Dewan Penguji :

1. Penguji I : Sriyati S.Kep., Ns

2. Penguji II : Sarwinanti, M. Kep., Sp.Kep.Mat.

A handwritten signature in black ink, likely belonging to Sarwinanti, M. Kep., Sp.Kep.Mat.

Mengesahkan
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta



Moh. Ali Imron, S. Sos., M. Fis.

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini peneliti menyatakan bahwa dalam laporan penelitian ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk penelitian lain atau untuk memperoleh gelar ners pada perguruan tinggi lain, dan sepanjang pengetahuan peneliti juga tidak terdapat karya orang lain atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 9 Agustus 2019


Ayu Ningtyas Andriani



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

KATA PENGANTAR

Assalaamu 'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

Alhamdulillah Allah SWT yang telah melimpahkan petunjuk dan serta rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul **“Laporan Kasus Pada Pasien Post sectio Caesarea (Sc) Dengan Masalah Nyeri Akut Di Ruang Sakinah Pku Muhammadiyah Yogyakarta”**. Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak dapat diselesaikan tanpa dukungan dari berbagai pihak yang telah membantu dan memberi dukungan. Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Warsiti, S.KP., M.Kep., Sp.Mat., selaku Rektor Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
2. Moh.Ali Imron, S.Sos., M.Fis., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
3. Ns. Suratini, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
4. Sarwinanti, M. Kep., Sp.Kep.Mat selaku pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners dan Penguji II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta motivasi dalam penyusunan laporan kasus ini.
5. Sriyati, S.Kep., Ns., selaku penguji I yang telah memberikan berbagai masukan untuk penyempurnaan laporan kasus ini.
6. Arniati W. S.Kep.,Ns selaku pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners dan penguji III yang telah memberikan masukan dan bimbingan yang sangat berguna bagi penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Direktur RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang telah memberikan izin untuk melaksanakan laporan kasus.
8. Pasien, perawat dan seluruh staf ruang Sakinah yang telah bersedia meluangkan waktunya guna membantu terselesaikannya laporan kasus ini.
9. Seluruh staff dan karyawan Universitas `Aisyiyah Yogyakarta.
10. Keluarga yang selalu menjadi motivasi untuk menyelesaikan laporan kasus ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan pada laporan kasus ini, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun, demi kesempurnaan laporan kasus ini.

Wassalaamu 'alaikum warahmatullahi wabarakaatuh

Yogyakarta, 9 Agustus 2019

Ayu Ningtyas Andriani

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	vi
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRAK	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori	6
B. <i>Pathway</i>	21
C. Tinjauan Islam.....	22
D. Metodologi Penelitian	23
E. Konsep Asuhan Keperawatan	25
BAB III LAPORAN KASUS	
A. Data Kasus Kelolaan	34
B. Data Senjang Pada Kasus.....	73
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Gambaran Lokasi Penelitian	74
B. Analisis Data Pengkajian Keperawatan	74
C. Analisis Diagnosa Keperawatan	78
D. Analisis Rencana Asuhan Keperawatan	79
E. Analisis Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	80
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	82
B. Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Nyeri Akut.....	33
Tabel 2.2 Hambatan mobilitas di tempat tidur.....	33
Tabel 2.3 Resiko Infeksi	34



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Face Pain Rating Scale</i>	17
Gambar 2.2 <i>Verbal Descriptor Scale</i>	19
Gambar 2.3 <i>Numerical Rating Scale</i>	19
Gambar 2.4 <i>Pathway</i>	23



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : *Time Schedule* Penelitian
Lampiran 2 : Lembar Konsultasi



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

LAPORAN KASUS PADA PASIEN *POST SECTIO CAESAREA* (SC) DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANG SAKINAH PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA¹

Ayu Ningtyas Andriani², Sarwinanti³, Arniati⁴

ABSTRAK

Latar Belakang: Persalinan *sectio caesarea* adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang dimbil masih utuh dengan berat janin lebih dari 1000 gram atau umur kehamilan lebih dari 28 minggu. Dampak nyeri terhadap ibu, yaitu terbatasnya *Activity Daily Living* (ADL), *bonding attachment* dan mobilisasi ibu karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak. Dampak nyeri terhadap bayi yaitu dalam pemberian ASI, dan kurangnya perawatan bayi yang dilakukan oleh ibu. **Tujuan:** Karya ilmiah akhir ners ini dibuat untuk mendeskripsikan dan melaporkan asuhan keperawatan maternitas dengan nyeri akut di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus dengan observasi dan wawancara. Sampel yang digunakan adalah 2 pasien *post sectio caesarea* yang mengalami nyeri.

Hasil: Setelah dilakukan pengkajian, intervensi dan implementasi selama 3x24 jam pada kedua pasien dengan diagnosa nyeri akut *post sectio caesarea* teratasi sebagian setelah dilakukan manajemen nyeri, untuk skala nyeri kedua pasien mengalami penurunan.

Simpulan: Dari studi kasus pada kedua pasien dengan masalah nyeri akut, penulis mampu melakukan asuhan keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dilihat dari berkurangnya skala nyeri *post sectio caesarea*.

Saran: Bagi mahasiswa diharapkan karya ilmiah akhir ners ini dapat menjadi sumber bacaan dan referensi mahasiswa dalam peningkatan ilmu keperawatan, sehingga bisa meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan nyeri akut. Bagi ibu *post sectio caesarea* hendaknya lebih banyak membaca atau mencari informasi tentang nyeri pasca melahirkan khususnya nyeri *post sectio caesarea*.

Kata Kunci : *post sectio caesarea*, Nyeri *post sectio caesarea*

Daftar Pustaka : 21 buku (2002-2018), 4 jurnal, 5 internet

Jumlah halaman : ix, 99 halaman, 4 tabel, 2 lampiran

¹Judul Karya Ilmiah Akhir Ners

²mahasiswa Program Studi Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

³Dosen Program Studi Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

⁴Pembimbing Lapangan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data *World Health Organization* (WHO), angka kematian ibu di dunia pada tahun 2015 adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu adalah 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Angka kematian ibu di negara berkembang 20 kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian ibu di negara maju yaitu 239 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan di negara maju hanya 12 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2015).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015). Angka kematian ibu di Yogyakarta sendiri cukup tinggi yaitu 34 kematian dengan sebaran terbanyak di Gunung Kidul dengan 12 kasus dan terendah di kabupaten Kulon Progo yaitu 3 kasus (Dinas Kesehatan, 2017). Melihat data tersebut untuk menyelamatkan ibu menjadi prioritas yang sangat penting untuk segera di tindak lanjuti oleh pemerintah. Dalam menekan angka kematian ibu di Indonesia pemerintah berupaya untuk meningkatkan taraf kesehatan yaitu sesuai pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Isi dari Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009, menjelaskan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang tinggi (Riskesdas, 2013).

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan ataupun tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyowati & Nugraheny, 2013). Tujuan dari pengelolaan proses persalinan adalah mendorong kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi sehingga dibutuhkan peran dari petugas kesehatan untuk mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi, sebab kematian ibu dan bayi sering terjadi terutama saat proses persalinan (Koblinsky *et al.*, 2012).

Setiap perempuan menginginkan persalinannya berjalan dengan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan normal. Apabila wanita tidak dapat melahirkan secara normal maka tenaga kesehatan akan melakukan tindakan alternatif untuk membantu mengeluarkan janin. Tindakan alternatif yang digunakan adalah melalui jalan operasi yaitu *Sectio Caesarea*. Tindakan tersebut dapat dilakukan apabila kondisi ibu dan janin terdapat penyulit saat persalinan (Bobak, 2010 dalam Alfiati 2018). *Sectio Caesarea* memiliki efek samping antara lain beberapa hari pertama pasca persalinan akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat pada daerah insisi, disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus yang kadarnya berbeda-beda pada setiap ibu (Salawati, 2013).

Persalinan *Sectio Caesarea* adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang diambil masih utuh dengan berat janin lebih dari 1000 gram atau umur kehamilan lebih dari 28 minggu. Indikasi dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* ada dua yaitu, faktor ibu dan janin. Faktor dari ibu terdiri dari usia, jumlah anak yang dilahirkan (paritas), keadaan panggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi rahim, ketuban pecah dini, *preeklamsia* (Nurak 2011 dalam Alfiati, 2018). Faktor janin terjadi dari prolaps funikuli, primi gravida tua, infeksi intra partum dan kehamilan dengan diabetes melitus (Nugroho, 2011 dalam Alfiati, 2018).

Menurut WHO (*World Health Organization*, 2015 dalam Utami, 2017) angka kejadian *Sectio Caesarea* (SC) meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap negara, jika tidak sesuai indikasi operasi SC dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi. Data dari hasil Riskesdas (Survey Kesehatan Dasar, 2013 dalam Utami, 2017) menunjukkan bahwa kejadian persalinan dengan tindakan SC di Indonesia mencapai 9,8% dari jumlah persalinan, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta terdapat 19,9%, dan tindakan SC terendah terdapat di Sulawesi Tenggara dengan jumlah 3,3% dari jumlah persalinan. Daerah Istimewa Yogyakarta berada di urutan keempat setelah Bali.

Tindakan SC dapat menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Tindakan SC menggunakan anestesi agar klien tidak merasa nyeri pada saat dibedah. Namun setelah operasi selesai, saat klien mulai sadar dan efek anestesi sudah habis

bereaksi, klien akan merasakan nyeri di daerah sayatan yang membuat klien merasa tidak nyaman (Whalley, 2008). Dampak nyeri terhadap ibu, yaitu terbatasnya *Activity Daily Living* (ADL), *bonding attachment* (ikatan kasih sayang) dan mobilisasi ibu karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak. Dampak nyeri terhadap bayi yaitu dalam pemberian ASI, dan kurangnya perawatan bayi yang dilakukan oleh ibunya sehingga ASI sebagai makanan terbaik dan mempunyai banyak manfaat bagi bayi secara optimal (Indiarti, 2009).

Toxonomi Comitte of The International Assocation mendefinisikan nyeri post operasi sebagai sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosi yang berhubungan dengan kerusakan jaringan potensial nyata atau menggambarkan terminologi suatu kerusakan (Maryunani, 2010). Nyeri post operasi akan meningkatkan stres post operasi dan memiliki pengaruh negatif pada penyembuhan nyeri (Potter&Perry, 2006). Suatu proses pembedahan setelah operasi atau post operasi akan menimbulkan respon nyeri. *Sectio Caesarea* adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Lebih dari 85% indikasi *Sectio Caesarea* dilakukan karena adanya riwayat *Sectio Caesarea*, distosia persalinan, gawat janin dan letak sungsang (Cunningham, 2006 dalam Lukman, 2013).

Nyeri yang dirasakan ibu post partum dengan *Sectio Caesarea* berasal dari luka yang terdapat dari perut (Kasdu, 2003 dalam Fitri, Trasyani & Maryati, 2012). Menurut Maryunani (2010) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga (Kozier, 2010).

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Ada dua cara penatalaksanaan nyeri yaitu farmakologi dan non-farmakologi (Smeltzer & bare, 2008). Ada beberapa teknik non-farmakologi yang dapat ditetapkan dalam mengatasi nyeri yaitu teknik relaksasi benson, akupuntur, *Transcutaneous Elektrik Nerve Stimulation* (TENS), kompres dengan suhu dingin panas, sentuhan pijatan dan hipnotis (Gondo, 2011).

Data persalinan *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta periode tanggal 26 -29 Maret 2019 sebanyak 2 pasien, dan pasien tersebut mengalami nyeri akut. Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien *post Sectio Caesarea* di ruang Sakinah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut: “ Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny. K dan Ny. R dengan Nyeri Akut *Post Sectio Caesarea* di Ruang Sakinah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah untuk membandingkan asuhan keperawatan pada dua kasus pasien *post Sectio Caesarea* dengan diagnosis keperawatan nyeri akut di ruang Ruang Sakinah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengkajian pada 2 pasien *post Sectio Caesarea* dengan diagnosis nyeri akut.
- b. Menganalisis masalah pada 2 pasien *post Sectio Caesarea* dengan diagnosis nyeri akut.
- c. Menganalisis rencana tindakan keperawatan pada 2 pasien *post Sectio Caesarea* dengan diagnosis nyeri akut.
- d. Menganalisis implementasi keperawatan pada 2 pasien *post Sectio Caesarea* dengan diagnosis nyeri akut.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada 2 pasien *post Sectio Caesarea* dengan diagnosis nyeri akut.

D. Manfaat

1. Teoritis

Karya Ilmiah Akhir Ners ini secara teoritis diharapkan dapat menambah database ilmu keperawatan, khususnya tentang asuhan keperawatan pasien *post Sectio Caesarea* dengan nyeri akut.

2. Praktis

a. Bagi Penulis

Penulis dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan serta mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama pendidikan khususnya dalam penerapan asuhan keperawatan

b. Bagi Perawat

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat memberikan informasi dan wawasan mengenai asuhan keperawatan maternitas agar dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan terutama pada pasien *post Sectio Caesarea* dengan diagnosis nyeri akut.

c. Bagi Perpustakaan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat menambah referensi dan rujukan mahasiswa keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *post Sectio Caesarea* dengan nyeri akut.



uniba
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori

1. *Sectio Caesarea*

a. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah pengeluaran janin melalui insisi abdomen. Tindakan pembedahan merupakan pengalaman menegangkan bagi sebagian pasien, hal ini dikarenakan kurang pengetahuan mengenai tindakan perawatan maupun tindakan medis yang akan dilakukan terhadapnya, perawat bertanggung jawab dalam memberikan informasi dan atau penyuluhan terkait dengan tindakan pembedahan yang akan di terimanya (Smith, *et al*, 2012). *Sectio Caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio caesaria* juga dapat juga didefinisikan sebagai sesuatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2013). *Sectio Caesarea* merupakan suatu proses mengeluarkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim(uterus) (Jitowiyono & kritiyasari, 2012)

b. Teknik *Sectio Caesarea*

Teknik *Sectio Caesarea* menurut Yuli (2017) adalah :

1) *Sectio Transperitonealis Profunda*

Sectio caesarea transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan atau kelebihan cara ini anatara lain yaitu perdarahan insisi tidak banyak, penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitoneal yang baik, bahaya peritonitis tidak besar.

2) *Sectio Caesarea Klasik*

Teknik ini dengan menginsisi uterus dibuat menurut panjangnya pada korpus. Indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* klasik adalah janin besar dalam letak lintang, plasenta previa dengan insersi plasenta di dinding depan segmen bawah Rahim. Bila terjadi kesukaran dalam memisahkan kandungan kencing untuk mencapai segmen bawah rahim, misalnya karena adanya perlekatan-perlekatan

akibat pembedahan *Sectio Caesarea* yang lalu, atau adanya tumor-tumor di daerah segmen bawah rahim.

3) *Sectio Caesarea* Peritoneum

Dilakukan tanpa membuka *peritoneum parietalis* dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

4) *Sectio Caesarea*-Histerektomi

Tindakan *sectio Caesarea*-histerektomi total memerlukan perluasan operasi untuk mengangkat tunggul serviks. Indikasi teknik *Sectio Caesarea*-hiperektomi menurut menurut Rasjidi (2009) adalah dengan adanya ruptur uteri, atonia uteri, fibroid, perdarahan akibat solusio plasenta, plasenta previa, dan plasea akreta.

c. Indikasi Sectio Caesarea

1) Plasenta previa

Plasenta previa adalah kondisi plasenta menutupi jalan lahir. Pada kondisi normal, plasenta atau ari-ari terletak dibagian atas rahim. Akan tetapi, adakalanya plasenta berada di segmen bawah sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Umumnya dialami pada masa-masa hamil tua yaitu 28 minggu ke atas dan sampai saat ini penyebabnya belum diketahui.

2) Panggul Sempit

Panggul sempit adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

3) Disproporsi sevalopelvik

Disproporsi sevalopelvik, yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul.

4) Ruptur Uteri

Ruptur Uteri adalah robekan atau diskontinuita dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miomentrium dan merupakan robeknya dinding uterus pada saat kehamilan atau dalam persalinan dengan atau tanpa robeknya peritoneum visceral.

5) Partus lama (*prolonged labor*)

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multigravida.

6) Partus tak maju (*obsctructed labor*)

Partus tak maju adalah suatu persalinan dengan his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putar paksi selama 2 jam terakhir.

7) Distosia serviks

Distosia servik Adalah terhalangnya kemajuan persalinan karena kelainan pada serviks uteri.

8) Pre-eklamsia

Pre-eklamsia adalah keadaan dimana hipertensi disertai dengan proteinuria, edema atau kedua-duanya yang terjadi akibat kehamilan setelah minggu ke 20 atau kadang-kadang timbul lebih awal bila terdapat perubahan hidatidiformis yang luas pada vili dan korialis (Mitayani, 2009)

9) Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal

10) Malpresentasi janin

Malpresentasi merupakan bagian terendah janin yang berada di bagian segmen bawah rahim, bukan bagian belakang kepala sedangkan malposisi merupakan penunjuk (*presenting part*) tidak berada di anterior.

d. Komplikasi post *Section Caesarea*

Persalinan dengan *Sectio Caesarea* dapat menyebabkan resiko pada bayi maupun pada ibu (Sutrisno, 2012). Komplikasi yang timbul setelah dilakukannya SC pada ibu seperti nyeri pada daerah insisi, potensi terjadinya thrombosis, potensi terjadinya penurunan kemampuan fungsional, penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul, perdarahan, luka kandung kemih, infeksi, bengkak pada extremitas bawah dan gangguan laktasi (Kurniawati, 2008). Komplikaasi akibat persalinan *Sectio Caesarea* yang bisa terjadi pada bayi adalah bayi menjadi kurang aktif dan lebih banyak tidur akibat efek anestesi, sehingga akan mempengaruhi pemberian ASI. Bayi yang dilahirkan melalui *Sectio Caesarea* sering mengalami gangguan pernafasan karena kelahiran yang terlalu cepat. Bayi tidak beradaptasi pada proses transisi dari dunia dalam

rahim menjadi di luar rahim yang dapat menyebabkan takipneu pada bayi (Bobak, Deitra & Margaret, 2005).

2. Masa Nifas

a. Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009).

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Pitriani dan Andriani (2014) adalah:

1) Periode *Taking In* (hari ke 1-2 setelah melahirkan)

- a) Ibu masih pasif dan tergantung pada orang lain.
- b) Perhatian ibu masih tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
- c) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan.
- d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi semula.
- e) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.

2) Periode *Taking On* atau *Taking Hold* (hari ke 2-4 setelah melahirkan)

- a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
- b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuh.
- c) Ibu berusaha untuk menguasai ketrampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
- d) Ibu biasanya terbuka menerima nasihat dan kritikan.
- e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

3) Periode *Letting Go*

- a) Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan dan perhatian keluarga.

- b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.
 - c) Depresi post partum sering terjadi pada masa ini.
- c. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya/ komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas. Tanda-tanda bahaya masa nifas, sebagai berikut :

- 1) Perdarahan Post Partum. Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir.
 - a) Perdarahan Post Partum Primer (*Early Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
 - b) Perdarahan post partum sekunder (*Late Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir atau selaput plasenta (Prawirohardjo, 2009).

Menurut Manuaba (2009), Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah:

- a) Grandemultipara. penyebab penting kematian maternal khususnya di jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun.
- b) Persalinan yang di lakukan dengan tindakan : pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa.

2) Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina)

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir. Lochea dibagi dalam beberapa jenis

- a) Lochea rubra (*cruenta*): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.

- b) Lochea sanguinolenta: berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
 - c) Lochea serosa: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan
 - d) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.
 - e) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - f) Lochiostasis: lochea tidak lancar keluarnya.
- 3) Sub-Involusi Uterus (Pengecilan Rahim yang Terganggu) Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian (Bahiyatun , 2009). Faktor penyebab sub-involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2009). Pada pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.
- 4) Tromboflebitis (pembengkakan pada vena)
Tromboflebitis merupakan inflamasi pembuluh darah disertai pembentukan pembekuan darah. Bekuan darah dapat terjadi di permukaan atau di dalam vena. Tromflebitis cenderung terjadi pada periode pascapartum pada saat kemampuan pengumpulan darah meningkat akibat peningkatan fibrinogen.
- 5) Nyeri pada perut dan pelvis
Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat menyebabkan komplikasi nifas seperti Peritonitis.
- 6) Depresi setelah persalinan
Depresi setelah melahirkan merupakan kejadian yang sering terjadi akan tetapi ibu tidak menyadarinya. Penyebab utama dari depresi setelah melahirkan tidak diketahui, diduga karena ibu belum siap beradaptasi dengan kondisi setelah melahirkan atau kebingungan merawat bayi dan ada juga yang menduga bahwa depresi setelah melahirkan dipicu karena perubahan fisik dan hormonal setelah melahirkan.

7) Pusing dan lemas yang berlebihan

Menurut Manuaba (2009), pusing merupakan tanda-tanda bahaya masa nifas, pusing bisa di sebabkan oleh karena tekanan darah rendah. Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin.

8) Sakit kepala

Sakit kepala adalah suatu kondisi terdapatnya rasa sakit di dalam kepala kadang sakit dibelakang leher atau punggung bagian atas, disebut juga sebagai sakit kepala. Penglihatan kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan menyebabkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang) dan gangguan penglihatan.

9) Suhu Tubuh

Suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{C}$ Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit baik antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,8^{\circ}\text{C}$ oleh karena reabsorpsi bendabenda dalam rahim dan mulainya laktasi, dalam hal ini disebut demam reabsorpsi. Hal itu adalah normal. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C beturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas (Ambarwati 2010).

10) Penyulit dalam Menyusui Kelenjar mammae telah dipersiapkan semenjak kehamilan. Umumnya produksi ASI baru terjadi pada hari ke 2 atau 3 pasca persalinan. Pada hari pertama keluar kolostrum. Cairan yang telah kental lebih dari air susu, mengandung banyak protein, albumin, globulin dan kolostrum. Untuk dapat melancarkan ASI, dilakukan persiapan sejak awal hamil dengan melakukan massase, menghilangkan kerak pada puting susu sehingga duktusnya tidak tersumbat.

3. Nyeri Akut

a. Definisi Nyeri

Nyeri menurut *The International Association for the study of Pain* merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang disertai oleh kerusakan jaringan secara potensial dan aktual. Nyeri

merupakan kondisi yang lebih dari sekedar respon tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu dan mekanisme fisiologis yang memiliki tujuan untuk melindungi diri (Potter & Perry, 2012).

Ambang nyeri adalah intensitas rangsangan terendah yang dirasakan nyeri. Toleransi nyeri merupakan intensitas terbesar nyeri yang dapat ditahan individu, sangat bervariasi di setiap individu. Nyeri bersifat unik dan subjektif, terdiri dari sensasi fisiologis dan respon emosi (Brooker, 2009).

b. Pengertian Nyeri Post *Sectio Caesarea*

Menurut Toxonomi *Commite of The International Associate* mendefinisikan nyeri post operasi sebagai sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosi yang berhubungan dengan kerusakan jaringan potensial atau nyata menggambarkan terminology suatu kerusakan.

Rasa nyeri *post Sectio Caesarea* timbul setelah efek anestesi hilang akibat terjadinya robekan, tarikan, manipulasi jaringan dan organ. Nyeri juga dapat terjadi karena invulus uterus yaitu proses kembalinya uterus ketempat atau kebentuk semula. Luka yang ditimbulkan akibat operasi berlangsung terjadi kerusakan jaringan yang mengeluarkan zat kimia yang berupa histamine, bradikinin, prostaglandin, asetilkolin dan subtansi P ke jaringan seluler. Zat-zat ini mempengaruhi reseptor nyeri (nosireseptor) selanjutnya dihantar ke korda spinalis. Korda spinalis akan mengeluarkan zat kimia tersebut sehingga sinyal nyeri berlanjut ke sistem syaraf. Sinyal ini berjalan ke thalamus dan akhirnya ke pusat tertinggi (korteks cerebral) dalam otak (Karunia, 2010).

Pada proses operasi digunakan anestesi agar pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah. Namun setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar serta efek anestesi habis bereaksi, pasien akan merasakan nyeri pada bagian yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri pada bagian jahitan, keluhan ini sebetulnya wajar karena tubuh mengalami luka dan penyembuhan tidak bisa sempurna apalagi jika luka tersebut tergolong panjang dan dalam. Pada operasi *Sectio Caesarea* ada tujuh lapisan. Tujuh lapisan tersebut dijahit satu demi satu menggunakan berbagai macam benang jahit. Rasa nyeri di

daerah sayatan yang membuat sangat terganggu dan pasien merasa tidak nyaman (Kasdu, 2003).

Kontrol nyeri sangat penting dilakukan setelah pembedahan. Nyeri yang dibebaskan dapat mengurangi kecemasan, bernafas lebih mudah dan dalam, dapat mentoleransi mobilisasi dengan cepat. Pengkajian nyeri dan kesesuaian analgesik harus digunakan untuk memastikan bahwa nyeri pada pasien post operasi dapat dibebaskan (Potter&Perry, 2006).

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1) Usia

Usia merupakan variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan di antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri. Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal yang alamiah yang harus dijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan (Potter & Perry, 2012).

2) Jenis Kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam mengekspresikan nyeri. Toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor terapi biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin (Judha, dkk 2012) .

3) Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu menyatakan atau mengekspresikan nyeri. Selain itu, latar belakang budaya dan sosial mempengaruhi pengalaman serta penanganan nyeri (Brunner & Suddart, 2012). Budaya dan etnisitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang merespons terhadap nyeri,

bagaimana nyeri diuraikan atau seseorang berperilaku dalam berespon terhadap nyeri. Namun budaya dan etnik tidak mempengaruhi persepsi nyeri Brunner & Suddart, 2012).

4) Perhatian

Bahwa tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat diubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun (Potter & Perry, 2012).

5) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi juga seringkali menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas (Potter & Perry, 2012). Sama hubungan cemas meningkatkan persepsi nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas. Sulit untuk memisahkan dua sensasi, stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakinkan (Nurudin, 2017)

6) Dukungan keluarga dan support sosial

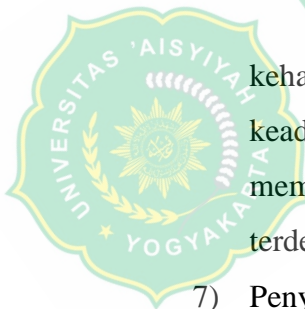
Faktor lain yang mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat akan membuat nyeri semakin bertambah.

7) Penyakit lain

Sebagian besar penderita reumatik menganggap keluhan nyeri sendi dan otot yang dialaminya disebabkan karena asam urat (Damayanti, 2012).

d. Dampak nyeri *post Sectio Caesarea*

Persalinan secara *Sectio Caesarea* memberikan dampak bagi ibu dan bayi, nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari atau memberi dampak seperti:









- 1) Mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu/ tidak terpenuhi. Mobilisasi dini penting bagi ibu setelah melahirkan. Jika otot-otot tidak berkontraksi dan tidak beretraksi dengan baik setelah bayi lahir, maka tidak dapat menjepit pembuluh darah yang pecah karena adanya pelepasan plasenta dan berguna untuk mengeluarkan isi uterus. Sehingga pengeluaran *lochea* menjadi tidak lancar.
- 2) *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu juga mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) yang akan mempengaruhi daya tahan tubuh bayi yang dilahirkan secara *Sectio Caesarea* (Afifah, 2009). Menyusui pada masa nifas sangat penting karena jika pada masa nifas tidak ada proses menyusui maka tidak terdapat rangsangan puting susu pada ibu sehingga reflek pengeluaran hormon oksitosin tidak terjadi dan akan berdampak pada proses penurunan TFU dan pendarahan karena hormon oksitosin tidak hanya mempengaruhi otot polos payudara, tetapi juga otot polos uterus sehingga jika tidak terdapat rangsangan maka tidak berkontak dengan baik (Manuaba, 2010)

e. Cara Mengukur Nyeri (Potter & Perry, 2006)

Intensitas/derajat nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu, pengukuran derajat nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh orang yang berbeda.

1) *Face Pain Rating Scale*

Pengukuran skala nyeri menggunakan *Face Pain Rating Scale* yaitu terdiri dari 6 wajah yang menggambarkan ekspresi pada saat merasakan nyeri (Anderson, 2006).

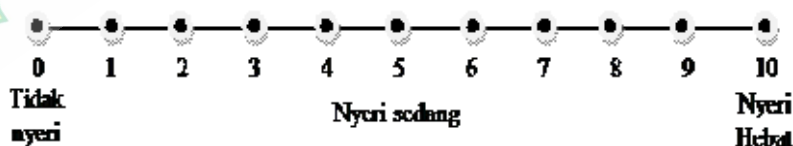
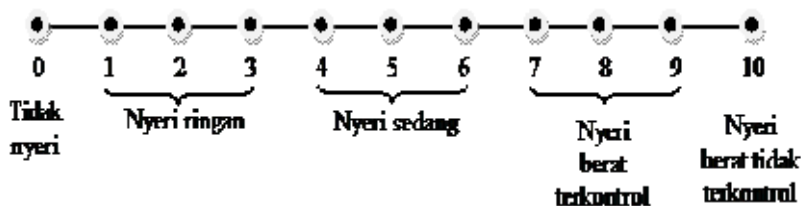
 0	 1 - 2	 3 - 4	 5 - 6	 7 - 8	 9 - 10
0 Tidak sakit	1-2 Sedikit sakit	3-4 Agak mengganggu	5-6 Mengganggu aktivitas	7-8 Sangat mengganggu	9-10 Tak tertahan

Tabel 2.1 *Face Pain Rating Scale*2) *Verbal Descriptor Scale* (Skala Deskriptif Verbal)

Verbal Description Scale merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusundari jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini diungkapkan dari “tidak terasa nyeri” sampai nyeri yang tak tertahan.

Gambar 2.2 *Verbal-Descriptor Scale*3) *Numerical Rating Scale* (Skala Numerik)

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale*, *NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata yang digunakan skala 1 sampai 10.

Gambar 2.3 *Numerical Rating Scale*4) *Skala nyeri menurut Bourbanis*

Gambar 2.3 skala nyeri menurut Bourbanis

Keterangan :

- 0 : tidak nyeri
- 1 – 3 : nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.
- 4 – 6 : nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyeringai dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah
- 7 – 9 : nyeri berat: secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukan 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. Karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri.

f. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri berarti menentukan jenis nyeri yang dialami, kemudian menentukan jenis pengobatan yang cocok. Ini proses yang seharusnya melibatkan pasien yang menderita nyeri beserta tenaga medis. Jangan merasa malu atau kurang 'jantan' karena mengeluhkan nyeri. Nyeri adalah tanda bahwa ada masalah dengan tubuh kita. Tujuan penatalaksanaan rasa nyeri adalah agar memberdayakan orang untuk menangani nyerinya sendiri. Jika kita dirawat di rumah, ini berarti kita harus dibimbing untuk menyesuaikan obat yang dipakai atau bagaimana memakai obat dengan terapi tradisional. Jika kita di rumah sakit, kita harus mampu memberitahukan perawat mengenai jenis rasa nyeri yang dialami dan tingkat keberhasilan pengobatan agar dapat disesuaikan (Priharjo, 2003).

Metode penatalaksanaan nyeri mencakup pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi. Pendekatan farmakologi lebih mahal, dan berpotensi mempunyai efek yang kurang baik. Sedangkan metode nonfarmakologi lebih murah, simple, efektif dan tanpa efek yang merugikan (Burns & Blamey, 1994; Cook & Wilcox, 1997). Relaksasi, pergerakan dan perubahan posisi, massage, hidroterapi, terapi panas/dingin, musik akupresur, aromaterapi merupakan beberapa teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (Arifin, 2008). Metode nonfarmakologi dibagi menjadi tiga komponen yang saling berinteraksi sehingga mempengaruhi respon terhadap nyeri menurut Melzack, yaitu strategi motivasi-afektif (interpretasi setral dari pesan yang berada di otak yang dipengaruhi oleh perasaan, memori, pengalaman dan kultur seseorang), kognitif evaluatif (interpretasi dari pesan nyeri yang dipengaruhi oleh pengetahuan, perhatian seseorang, penggunaan strategi kognitif dan evaluasi kognitif dari situasi) dan sensori diskriminatif (pemberitahuan informasi ke otak menurut sensasi fisik) (Gadysa, 2009).

g. Penatalaksanaan Nyeri Non-farmakologi

Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai salah satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun begitu banyak aktifitas keperawatan nonfarmakologi yang membantu dalam menghilangkan nyeri. Bentuk-bentuk penatalaksanaan nonfarmakologi menurut Smeltzer & Bare (2002) :

1) Stimulasi dan Massage

Massage adalah stimulasi tubuh secara umum, sering dipusatkan pada pinggang dan bahu, massage menstimulasi reseptor tidak nyeri, massage juga membantu pasien lebih nyaman karena membuat relaksasi otot.

2) Terapi Es dan Panas

Terapi Es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri. Agar efektif es harus diletakkan di area sekitar pembedahan. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri.

3) Stimulasi Syaraf Elektris Transkutan (TENS)

TENS merupakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektrode yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan atau menggetar pada area nyeri. Mekanisme ini sesuai dengan teori gate kontrol dimana mekanisme ini akan menutup transmisi sinyal nyeri ke otak pada jaras asenden sistem syaraf pusat untuk menurunkan intensitas nyeri.

4) Teknik Distraksi

Dilakukan dengan memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan transmisi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri.

5) Teknik Relaksasi

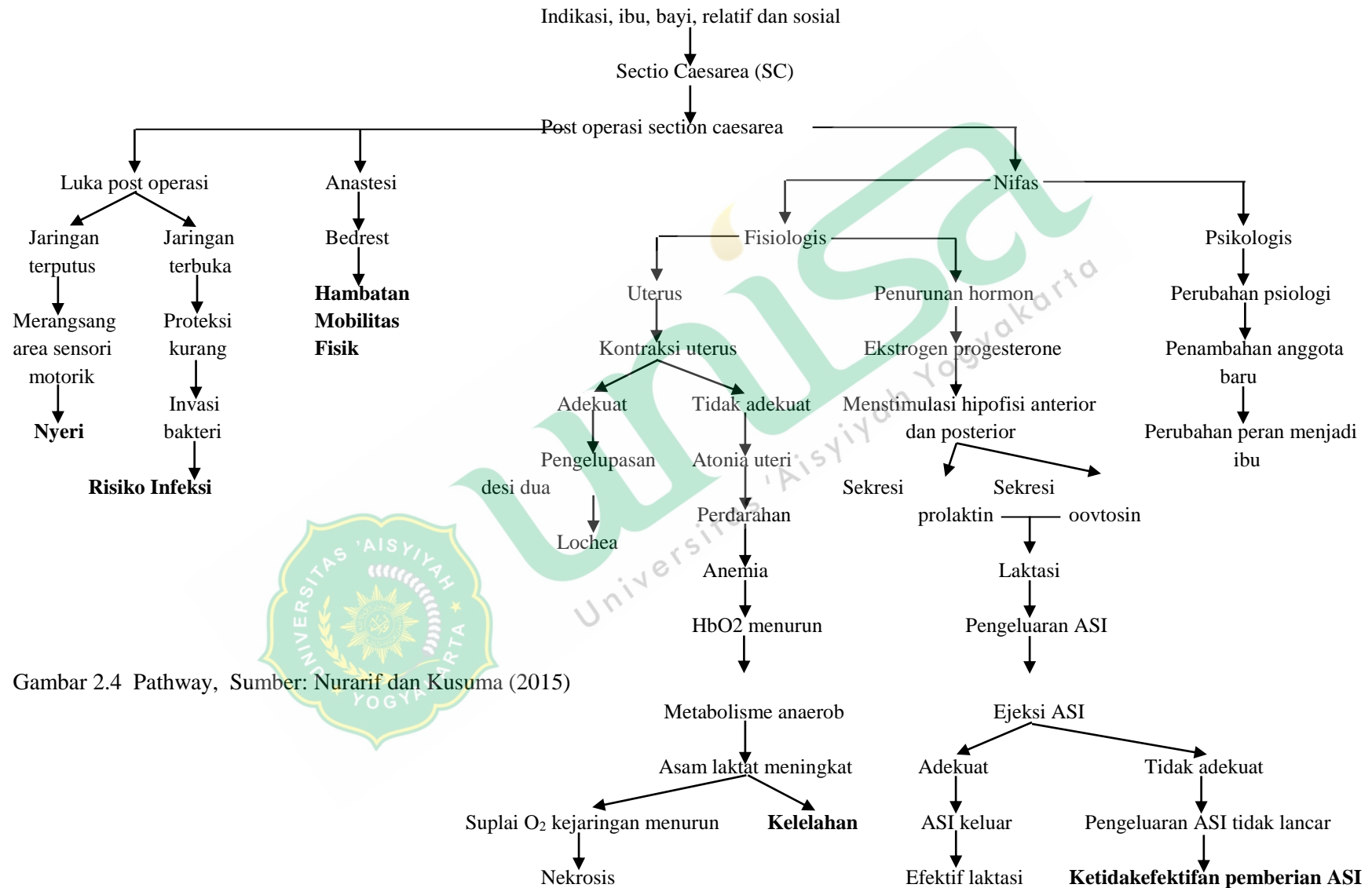
Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress yang mampu memberikan individu kontrol ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri fisik dan emosi pada nyeri.

6) Hipnosis

Efektif menurunkan nyeri akut dan kronis. Teknik ini mungkin membantu pereda nyeri terutama dalam periode sulit. Berdasarkan uraian dari teori diatas ada 6 jenis metode nonfarmakologi yang digunakan untuk mengurangi nyeri. Karena sesuai dengan judul, peneliti mengambil 2 dari 6 jenis tersebut yaitu Teknik Distraksi dan Teknik Relaksasi.



B. Pathway



Gambar 2.4 Pathway, Sumber: Nurarif dan Kusuma (2015)

C. Tinjauan Islam Tentang *Sectio Caesarea*

Ayat yang menceritakan mengenai proses persalinan:

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا
وَحَمْلُهُ وَفِصْلُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً
قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ ﴿١٥﴾

Gambar 2.1 QS: Al-Ahqaf 46/15

Artinya:

“Kami perintahkan kepada manusia supaya berbuat baik kepada dua orang ibu bapaknya, ibunya mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkannya dengan susah payah (pula). Mengandungnya sampai menyapihnya adalah tiga puluh bulan, sehingga apabila dia telah dewasa dan umurnya sampai empat puluh tahun ia berdoa: “Ya Tuhanku, tunjukilah aku untuk mensyukuri nikmat Engkau yang telah Engkau berikan kepadaku dan kepada ibu bapakku dan supaya aku dapat berbuat amal yang saleh yang Engkau ridhai; berilah kebaikan kepadaku dengan (memberi kebaikan) kepada anak cucuku. Sesungguhnya aku bertaubat kepada Engkau dan sesungguhnya aku termasuk orang-orang yang berserah diri”.

Ayat tersebut menjelaskan bahwa salah satu alasan mengapa Allah SWT memberi wasiat pada manusia agar berbakti kepada kedua orangtua karena proses persalinan yang dialami ibu merupakan suatu proses yang sangat berat. Pengaruh kontraksi rahim ketika bayi akan lahir, menyebabkan ibu merasa sangat kesakitan, bahkan dalam keadaan tertentu dapat menyebabkan kematian. Hal ini bukan berarti membiarkan ibu yang akan melahirkan agar mati syahid, tetapi justru memberi isyarat agar dilakukan upaya-upaya perlindungan, pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pada ibu pada masa-masa kehamilan dan melahirkan. Salah satu persalinan yang sering terjadi adalah dengan *Sectio Caesarea* (Prawirodiharjo, 2010).

D. Metodologi Penelitian

1. Desain penelitian

Penelitian ini adalah penelitian studi kasus observasional dimulai dari pengkajian, menentukan data fokus, menentukan diagnosis keperawatan, menentukan tujuan keperawatan dan intervensi keperawatan, serta dilakukan implementasi dan evaluasi keperawatan.

2. Subyek penelitian

Subyek pada penelitian ini adalah pasien dengan *post Sectio Caesarea*, khususnya dengan diagnosa medis *post date*. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien *post Sectio Caesarea* hari ke-0 setelah dilakukan operasi. Sampel yang di ambil dalam penelitian ini adalah dua pasien.

3. Teknik pengumpulan data

a. Observasi

Observasi adalah salah satu cara atau teknik pengambilan data, dimana peneliti terjun langsung ke lapangan dan mengamati dengan seksama (melihat dan mendengarkan) gejala-gejala dari objek yang sedang diteliti dan mencari data yang tidak bisa didapatkan melalui proses wawancara (Sugiyono,2014). Dengan adanya observasi peneliti dapat mengetahui tingkat nyeri pada pasien. Observasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah peneliti melihat langsung kondisi pasien, mulai dari cara penanganan nyeri yang dilakukan dan tingkat nyeri yang dirasakan pasien.

b. Wawancara

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti akan melaksanakan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti, dan peneliti ingin mengetahui hal-hal dari respon yang lebih mendalam dan jumlah respondennya sedikit/kecil (Sugiyono,2014). Wawancara yang digunakan dalam penelitian ini dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan terstruktur. Wawancara dalam penelitian ini dilakukan pada ibu *post Sectio Caesarea* hari pertama. Metode wawancara yang digunakan untuk memperkuat dan memperjelas data yang diperoleh melalui rekam medis pasien. Data yang diambil dari wawancara tersebut adalah data-data demografi dan data subjektif pasien.

4. Teknik analisa data

Analisis data dalam penelitian kualitatif merupakan proses pelacakan dan pengaturan secara sistematis transkrip wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain yang dikumpulkan untuk meningkatkan penemuannya terhadap bahan-bahan tersebut agar diintegrasikan temuannya terhadap orang lain.

Tahapan penelitian yang dilakukan oleh peneliti meliputi:

a. Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah teknik yang memungkinkan diperoleh data detail dengan waktu yang relatif lama (Maryadi dkk, 2010). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dan wawancara yaitu dengan mengamati kondisi pasien dan mewawancarai pasien dan keluarga.

b. Reduksi data

Setelah dilakukan proses pengumpulan data selanjutnya dilakukan reduksi data yang dimulai dari proses pengkajian yaitu dengan menanyakan setiap keluhan pasien dan melakukan pemeriksaan fisik, selanjutnya menentukan data fokus dari permasalahan pasien, dilanjutkan dengan menentukan diagnosa keperawatan dan intervensi, dilakukan implementasi dan melakukan evaluasi tentang tindakan yang diambil.

c. Penyajian data

Penyajian data diarahkan agar data hasil reduksi terorganisasikan, tersusun dalam pola hubungan sehingga makin mudah dipahami. Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk uraian naratif. Penyajian data dalam bentuk tersebut mempermudah peneliti dalam memahami apa yang terjadi. Pada langkah ini, peneliti berusaha menyusun data yang relevan sehingga informasi yang didapat dapat disimpulkan dan memiliki makna tertentu untuk menjawab masalah penelitian.

d. Penarikan simpulan

Tahap ini merupakan tahap penarikan kesimpulan dari semua data yang telah diperoleh sebagai hasil dari penelitian. Penarikan kesimpulan atau verifikasi adalah usaha untuk mencari atau memahami

makna atau arti, keteraturan, pola-pola, penjelasan alur sebab akibat atau proposisi. Sebelum penarikan kesimpulan, terlebih dahulu dilakukan reduksi data, penyajian, serta penarikan kesimpulan (Miles dan Huberman, 2008).

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan bentuk pelayanan keperawatan profesional kepada klien dengan menggunakan metodologi proses keperawatan. Asuhan keperawatan diberikan untuk memenuhi kebutuhan dasar klien pada semua tingkatan usia dan tingkatan fokus. Proses keperawatan merupakan tindakan yang sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah individu atau kelompok, merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, dan mencegah terjadinya masalah baru, serta mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan (Rohmah & Walid, 2010).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual. Proses keperawatan merupakan suatu hal yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Rohmah & Walid, 2012). Pengkajian dapat dimulai ketika pertemuan pertama dengan pasien ketika ibu sudah masuk ke kamar perawatan mulai dikaji. Pengkajian dapat dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan melihat hasil laboratorium untuk menentukan status kesehatan ibu. Adapun pengkajian yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

- a. Identitas klien meliputi: insial klien, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, status perkawinan, alamat dan penanggung jawab klien .
- b. Data umum kesehatan meliputi: TB/BB, BB sebelum hamil dan saat hamil, frekuensi BAK/BAB, kebiasaan tidur .
- c. Data umum kebidanan meliputi: status obstetrik, jumlah kunjungan ANC, masalah kehamilan lalu dan sekarang, rencana KB .

- d. Riwayat persalinan sekarang meliputi: jenis persalinan , jenis kelamin bayi, BB/PB, perdarahan, dan masalah persalinan.
- e. Pengkajian post *Sectio Caesaria* yaitu, sebagai berikut:

Pengkajian post natal terdiri dari pengkajian terhadap kontraksi uterus, perdarahan, pengosongan kandung kemih, dan vital sign. 1 jam pertama pengkajian dilakukan setiap 15 menit sekali dan 1 jam berikutnya dilakukan setiap 30 menit sekali. Pada tahap ini bonding ibu bayi dapat dilakukan kembali.

Pengkajian lanjut yang dapat dilakukan adalah pengkajian fokus periode post natal meliputi perubahan fisik yang terjadi baik pada system reproduksi maupun system tubuh lainnya maupun perubahan psikososial terkait dengan masa transisi menjadi orang tua. Pengkajian pada klien post natal lebih difokuskan pada aspek berikut ini: *Breast, Uterus, Bladder, Bowel, Lochea, Episiotomi, Hemoroid, homan sign, Emotion (BUBBLEHE)*

1) *Breast*

Pengkajian terhadap *breast* (payudara) meliputi ukuran, bentuk, warna, kesimestrisan, palpasi untuk konsistensi dan kelunakan untuk melihat status laktasi. 1-2 hari post partum kolostrum keluar. Pada ibu menyusui, ASI, payudara membesar, keras, panas, tegang, kencang, distensi vena payudara, mungkin ibu merasa ada nodul. Wanita akan merasa tidak nyaman dengan adanya laktasi. Observasi perubahan payudara, perhatikan putting adanya fisura, lecet, inversi atau datar dan kaji areola adanya kemerahan serta tanda-tanda mastitis atau peradangan pada payudara (lebih sering terjadi setelah minggu pertama).

2) *Uterus*

Uterus akan kembali ke keadaan sebelum hamil baik bentuk maupun ukurannya. Perubahan uterus dapat dilihat dengan melakukan pengkajian terhadap Tinggi Fundus Uteri (TFU). TFU akan mengalami penurunan 1 cm setiap hari dari pusat. Pada 12 jam pertama post partum, TFU berada 1 jari diatas pusat dan menghilang pada 2 minggu (hari ke 10). Selain TFU perlu juga dikaji konsistensi dan posisi. Selama melakukan pengkajian TFU *bledder* sebaiknya

dalam kondisi dikosongkan. Nyeri *after pain* akan dirasakan ibu post partum karena adanya kontraksi uterus pada proses involusi dan efek dari pembedahan *Seccio Caesarea* yang dilakuka. Perawat dapat mengkaji intensitas nyeri secara subyektif kepada klien.

3) *Bladder*

Terjadi diuresis pasca post partum, sehingga terjadi peningkatan kapasitas *bledder* dan terjadi penurunan sensasi kencing. Distensi *bladder* juga dapat menyebabkan aliran lochea meningkat karena akan mempengaruhi kondisi uterus. Perawat mengkaji *bledder* dengan palpasi, perkusi dan observasi. Perhatikan kontur abdomen, ketinggian dan konsistensi fundus serta karakteristik area suprapubik dikaji. Distensi *bledder* dapat juga menyebabkan pergeseran uterus, atonia, perdarahan, dan ketidakmampuan kontraksi.

4) *Bowel*

Gangguan defekasi: konstipasi sering terjadi karena masih ada efek progesteron, penurunan tekanan otot abdomen, kurang intake dan dehidrasi persalinan serta rasa takut nyeri pada luka episiotomy atau rupture perineum.

5) *Lochea*

Karakter lochea menunjukkan proses involusi uterus. Kuantitas warna lochea yang terjadi adalah: 1. Lochea rubra, warna merah gelap terjadi 1-3 hari post partum 2. Lochea serosa warna coklat, serous menunjukkan penurunan aliran, terjadi pada 4 hari post partum 3. Lochea alba, warna kuning putih, terjadi 7-10 hari post partum. Ciri perdarahan lochea: menetes dari vagina, keluar lebih banyak saat kontraksi uterus (ambulasi dini dan menyusui), semburan darah terjadi saat massage uterus dilakukan, terjadi bekuan dan warna merah gelap jika sebelumnya terkumpul dalam vagina.

Perlu dicurigai adanya sub involusi jika terjadi perpanjangan lochea. Infeksi dapat ditunjukkan pada lochea rubra yaitu di tandai dengan tubuh ibu panas, lochia busuk, atau pada lochea serosa atau alba lebih dari normal, bauk busuk, panas, abdominal pain dapat mewujudkan endometriosis.

6) *Episiotomy*

Perineum perlu dikaji tanda REEDA (*redness*: kemerahan, *edema*: bengkak, *ekimosis*/ kepiruan/ pucat, *discharge*/pengeluaran, *approximated*/kerekatan jahitan). Bila ditemukan salah satu tanda diantara REEDA maka klien berisiko infeksi perineum.

7) *Homan sign* dan Hemoroid

Yaitu perubahan pada system sirkulasi berupa stasis darah pada ekstermitas bawah, peningkatan faktor pembekuan darah pada klien post natal akan meningkat resiko terjadinya trombosis atau tromboflebitis ataupun tromboemboli. Perawat perlu mengkaji tanda-tanda terjadinya gangguan sirkulasi melalui pengkajian tanda *homan sign*. Hemoroid mungkin sering terjadi pada ibu post natal karena peningkatan tekanan vena pada saat persalinan dan kondisi ini akan dapat meningkatkan rasa nyeri pada klien post partum.

8) Tanda vital

Bradikardi normal selama 6-10 hari post partum biasanya antara 40-70x/menit. Nadi lebih dari 100x/menit menunjukkan adanya perdarahan, nyeri, cemas, syok, emboli. Temperature tubuh mungkin meningkat sampai 38°C pada 24 jam pertama karena dehidrasi saat persalinan. Wanita *post partum* dapat mengalami hipotensi *orthostatic* karena adanya diuresis dan diaphoresis dalam persalinan yang berpengaruh terhadap volume cairan. Hipotensi yang menetap atau meningkat indikasi adanya syok atau emboli. Tanda vital diukur setiap 4-6 jam sekali pada periode lanjut.

9) *Emotion BUBBLEHE (Breast, Uterus, Bladder, Bowel, Lochea, Episiotomi, Hemoroid, homan sign, Emotion)*

Pengkajian psikososial dilakukan dengan mengkaji fokus ibu, kelahiran dan interaksi serta adaptasi klien. Status emosional klien dan respon terhadap kelahiran, pemberian makanan pada bayi, adaptasi peran dan membina keluarga baru, pembelajaran perawatan diri. Status emosional ibu biasanya *euphoria* sampai kelemahan, mengantuk setelah melahirkan. Respon ini merupakan respon setelah melahirkan yang dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya

budaya, keluarga, kondisi bayi dan variabel personal. Interaksi dalam keluarga pada periode *post partum* dapat di lihat dengan melihat hubungan orang tua dengan bayi. Pengkajian psikososial juga dilakukan terhadap bagaimana kesiapan ayah, adaptasi keluarga dan juga sibling (Sarwinanti, Yuni, & Warsiti, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (*International Assosiation for the Study of Pain*) awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diatasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.

b. Batasan karakteristik

- 1) Perubahan selera makan
- 2) Perubahan pada parameter fisiologis
- 3) Diaforesis
- 4) Perilaku distraksi
- 5) Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya
- 6) Perilaku ekspresif
- 7) Ekspresi wajah nyeri
- 8) Sikap melindungi area nyeri
- 9) Putus asa
- 10) Fokus menyempit
- 11) Sikap melindungi area nyeri
- 12) Perilaku protektif
- 13) Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas
- 14) Dilatasi pupil
- 15) Fokus pada diri sendiri
- 16) Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri
- 17) Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri

c. Faktor yang berhubungan:

- 1) Agen cedera biologis
- 2) Agen cedera kimiawi
- 3) Agen cedera fisik

3. NOC (*Nursing outcome classification*), NIC (*Nursing intervention classification*)

Perencanaan merupakan suatu langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Pada langkah ini perawat harus menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan (Wilkinson, 2011). Perencanaan pada asuhan keperawatan dalam menentukan tujuan dan rencana intervensi asuhan keperawatan dalam laporan kasus ini menggunakan **NOC (*Nursing outcome classification*)**, **NIC (*Nursing intervention classification*)**. Adapun NOC (*Nursing outcome classification*), NIC (*Nursing intervention classification*) dalam asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik, yaitu sebagai berikut tujuan dan rencana keperawatan (NOC, NIC).

a. Nyeri akut

Tabel 2.2 Tujuan Dan Rencana Keperawatan

Diagnosa: Nyeri Akut	
Noc	Nic
Kontrol nyeri (1605) dan Tingkat nyeri (2102) 1. Klien mampu mengenali kapan terjadinya nyeri (2-4) 2. Klien mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri (1-4) 3. Klien mampu melaporkan nyeri (3-5) 4. TTV dalam rentang normal, TD: 120/80mmHg, N: 60-100 kali/menit, RR: 20x/menit (3-5) 5. Klien dapat tidur/istirahat dengan cukup (1-5)	Manajemen nyeri (1004) 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, skala dan faktor pencetus 2. Observasi adanya reaksi ketidaknyamanan 3. Berikan informasi kepada klien mengenai penyebab dan durasi nyeri 4. Ajarkan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri 5. Kolaborasi dengan dokter tentang penggunaan obat analgesik untuk mengurangi nyeri 6. Evaluasi keefektifan dari tindakan teknik relaksasi nafas dalam Mengevaluasi kualitas tidur

b. Hambatan mobilitas di tempat tidur

Tabel 2.3 Hambatan mobilitas di tempat tidur

NOC	NIC
Koordinasi pergerakan (0212) 1. Keseimbangan gerakan dari skala 1 ke skala 4 2. Kontrol gerakan dari skala 1 ke skala 4 3. Gerakan ke arah yang diinginkan dari skala 1 ke skala 4.	Peningkatan latihan (0200) 1. Gali pengalaman pasien sebelumnya mengenai latihan fisik 2. Pertimbangkan motivasi pasien untuk memulai atau melanjutkan program latihan 3. Dukung ungkapan perasaan mengenai latihan 4. Dampingi pasien dalam menentukan tujuan jangka pendek dan jangka panjang dari latihan yang dilakukan. 5. Dampingi individu saat melakukan latihan. 6. Libatkan keluarga/ orang yang memberi perawatan dalam merencanakan dan meningkatkan program latihan. 7. Informasikan individu mengenai manfaat kesehatan dan efek fisiologis latihan 8. Monitor kepatuhan pasien terhadap program latihan. 9. Monitor respon pasien terhadap program latihan 10. Berikan umpan balik positif atas usaha yang dilakukan pasien Terapi ambulasi (0221) 1. Beri pasien pakaian yang tidak mengekang. 2. Dorong pasien untuk duduk di tempat tidur (menjantai) atau dikursi, sebagaimana yang dapat ditoleransi pasien. 3. Dorong ambulasi independen dalam batas aman.

c. Resiko Infeksi

Tabel 2.3 Resiko Infeksi

NOC	NIC
Status Maternal: Postpartum (2511) dengan indikator: 1. Kenyamanan dari skala 2 ke 4 2. Jumlah lochea dari skala 3 ke 4 3. Warna lochia dari skala 3 ke 4 4. Penyembuhan insisi dari skala 2 ke 4 5. Eliminasi kemih dari skala 3 ke 4 <u>Keterangan:</u> Skala 1: Deviasi berat dari kisaran normal Skala 2: Deviasi yang cukup besar dari kisaran	Kontrol infeksi (6540) 1. Pastikan perawatan luka yang tepat. 2. Tingkatkan intake nutrisi yang tepat. 3. Dorong untuk beristirahat. 4. Berikan antibiotic yang sesuai. 5. Anjurkan klien untuk meminum antibiotic. 6. Ajarkan kepada klien dan keluarga tentang tanda-tanda infeksi dan kapan harus melaporkannya ke tenaga kesehatan. 7. Ajarakan klien dan keluarga mengenai

normal. Skala 3: Deviasi sedang dari kisaran normal Skala 4: Deviasi ringan dari kisaran normal Skala 5: Tidak ada deviasi dari kisaran normal	bagaimana mencegah infeksi.
---	-----------------------------

3. Implementasi (Pelaksanaan)

Pelaksanaan adalah realisasi dari rencana tindakan yang dilakukan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2016). Menurut (Jitowiyono & Kristiyani, 2012) selama tahap implementasi perawat harus melaksanakan rencana asuhan keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien dalam memenuhi kriteria hasil. Komponen tahap implementasi terdiri dari:

- a. Tindakan keperawatan mandiri.
- b. Tindakan keperawatan mandiri tanpa pesanan dokter.
- c. Tindakan keperawatan mandiri yang ditetapkan dengan standar praktik: undang-undang praktik keperawatan dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.
- d. Tindakan keperawatan kolaboratif
Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan ketika perawat bekerja dengan anggota tim kesehatan lain dalam membuat keputusan secara bersama yang bertujuan untuk menatasi masalah-masalah pada pasien.
- e. Dokumentai tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang dilakukan.
- f. Frekuensi dokumentasi bergantung pada kondisi pasien dan terapi yang diberikan pada pasien. Dirumah sakit, catatan perawat ditulis minimal setiap kali shift dan diagnosa keperawatan dicatat direncana asuhan keperawatan. Setiap pasien harus dikaji dan dikaji secara ulang kembali dengan kebijakan institusi perawatan kesehatan guna mendapatkan data yang akurat.

4. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pada pasien (hasil yang diamati oleh tenaga medis) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi adalah untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana.



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

BAB III

LAPORAN KASUS

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

	KASUS 1	KASUS 2
Identitas Pasien		
Initial klien	Ny. K	Ny. R
Tanggal Lahir	20 September 1995	23 Oktober 1986
Umur	24 tahun	32 tahun
Alamat	Somodaran RT 2 RW 10 banyuraden Gamping Sleman Yogyakarta.	Perum mangga permai C7 Nglemposari Caturtunggal Depok Sleman
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Pendidikan terakhir	SMA	Sarjana
Agama	Islam	Islam
Suku Bangsa	Jawa	Jawa
Status	Kawin	Kawin
Tanggal Masuk RS	25 Maret 2019 jam 10.30 WIB	29 Maret 2019 jam 00.00 WIB
Tanggal Mulai Operasi	26 Maret 2019 jam 12.00 WIB	29 Maret 2019 jam 09.00 WIB
Tanggal Selesai Operasi	26 Maret 2019 jam 13.00 WIB	29 Maret 2019 jam 10.00 WIB
Tanggal Pengkajian	26 Maret 2019 jam 17.00 WIB	29 Maret 2019 jam 15.15 WIB
Diagnosa Medis	<i>Re-Sectio Caesarea</i>	<i>Re-Sectio Caesarea</i>
Keluhan utama	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bagian bawah perut luka <i>post sectio caearea</i> - Pasien mengatakan asi sudah mulai keluar namun hanya sedikit 	<ul style="list-style-type: none"> - Paasien mengatakan nyeri pada bagian bawah perut luka <i>post sectio caesarea</i> - Pasien mengatakan asi belum keluar
Skala nyeri	P: luka <i>post</i> operasi Q: panas, seperti diiris-iris R: di bagian perut S: skala 5 T: saat bergerak	P: luka <i>post</i> operasi Q: seperti diiris-iris R: di bagian perut S: skala 4 T: saat bergerak, hilang timbul

	Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak	Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak.
Anamnesa		
Keadaan umum	Sedang	Sedang
Kesadaran	<i>Composmentis</i>	<i>Composmentis</i>
BB/ TB saat hamil	75,5 kg/ 155 cm	65,5 kg/ 160 cm
BB sebelum hamil	62,7 kg	47 kg
Status Obstetrik	P2	P3
HPMT	23 Juni 2018	26 Juni 2018
HPL	30 Maret 2019	2 April 2019
Pemeriksaan Fisik		
Tanda-tanda Vital: 1. Tekanan darah 2. Nadi 3. Suhu 4. Pernafasan	102/ 81 mmHg 75 x/ menit 36,5 °C 20 x/ menit	113/ 68 mmHg 74 x/ menit 36,3 °C 24 x/ menit
Mata	Tampak isokor, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pasien tidak menggunakan alat bantu kacamata dan mata tampak bersih tidak ada sekret serta tidak tampak adanya pembengkakan, kemerahan dan katarak.	Tampak isokor, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pasien tidak menggunakan alat bantu kacamata dan mata tampak bersih tidak ada sekret serta tidak tampak adanya pembengkakan, kemerahan dan katarak.
Hidung	Lubang hidung tampak simetris, tidak terdapat pembengkakan, sekret, bekas luka dan pernafasan normal.	Lubang hidung tampak simetris, tidak terdapat pembengkakan, sekret, bekas luka dan pernafasan normal.
Mulut	Mukosa bibir lembab, gigi lengkap, terdapat gigi berlubang, tidak terdapat gigi palsu, lidah bersih, nafas tidak berbau	Mukosa bibir lembab, gigi lengkap, terdapat gigi berlubang, tidak terdapat gigi palsu, lidah bersih, nafas tidak berbau
Telinga	Letak dan bentuk telinga simetris, tidak ada pembengkakan, kemerahan, bekas luka, tampak bersih tidak ada sekret dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran	Letak dan bentuk telinga simetris, tidak ada pembengkakan, kemerahan, bekas luka, tampak bersih tidak ada sekret dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Leher	Tidak tampak pembengkakan kelenjar tyroid, tidak ada kemerahan, tidak ada bekas luka dan tidak ada nyeri tekan	Tidak tampak pembengkakan kelenjar tyroid, tidak ada kemerahan, tidak ada bekas luka dan tidak ada nyeri tekan
Dada	Inspeksi: simetris, tidak ada bekas luka dan tidak terdapat retraksi dinding dada Palpasi: pengembangan dada terasa dan gerakan pernafasan simetris antara dinding dada kanan dan kiri Perkusi: terdengar sonor	Inspeksi: simetris, tidak ada bekas luka dan tidak terdapat retraksi dinding dada Palpasi: pengembangan dada terasa dan gerakan pernafasan simetris antara dinding dada kanan dan kiri Perkusi: terdengar sonor

	Auskultasi: terdengar vesikuler	Auskultasi: terdengar vesikuler								
Payudara	Bentuk payudara simetris, tampak bersih, areola mammae coklat kehitaman, puting susu menonjol keluar, tidak ada bekas luka, ASI keluar namun baru sedikit dan tidak ada benjolan	Bentuk payudara simetris, tampak bersih, areola mammae coklat kehitaman, puting susu menonjol keluar, tidak ada bekas luka, ASI belum keluar dan tidak ada benjolan								
Abdomen	<p>Inspeksi: perut bulat, tidak ada stechmach, ada bekas luka post operasi <i>sectio caesarea</i> kurang lebih 15 cm horizontal masih dibalut.</p> <p>Palpasi: tidak ada massa, kontraksi teraba keras, TFU 1 jari dibawah pusat dan nyeri tekan <i>post operasi</i></p> <p>P: luka <i>post operasi</i></p> <p>Q: panas, seperti diiris-iris</p> <p>R: di bagian perut</p> <p>S: skala 5</p> <p>T: saat bergerak</p> <p>Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak</p> <p>Perkusi: terdengar timpani</p> <p>Auskultasi: bising usus (+) 5 x/ menit.</p>	<p>Inspeksi: perut bulat, tidak ada stechmach, ada bekas luka post operasi <i>sectio caesarea</i> kurang lebih 15 cm horizontal masih dibalut.</p> <p>Palpasi: tidak ada massa, kontraksi teraba keras, TFU sepusat dan nyeri tekan <i>post operasi</i></p> <p>P: luka <i>post operasi</i></p> <p>Q: seperti diiris-iris</p> <p>R: di bagian perut</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: saat bergerak, hilang timbul</p> <p>Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak</p> <p>Perkusi: terdengar timpani</p> <p>Auskultasi: bising usus (+) 8 x/ menit.</p>								
Ekstremitas	<p>Akral hangat, CRT< 2 detik, tidak ada memar dan kebiruan, tidak ada fraktur, tidak ada edema pada ekstremitas bawah, kulit teraba hangat, tanda homan's negatif, tidak ada varises. Ekstremitas atas terpasang infus RL 20 tpm.</p> <p>Kekuatan otot</p> <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	<p>Akral hangat, CRT< 2 detik, tidak ada memar dan kebiruan, tidak ada fraktur, tidak ada edema pada ekstremitas bawah, kulit teraba hangat, tanda homan's negatif, tidak ada varises. Ekstremitas atas terpasang infus RL 20 tpm.</p> <p>Kekuatan otot</p> <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									

Perineum dan Genitalia	Integritas kulit vagina baik, tidak ada edema, tidak ada memar, perineum tampak utuh, tampak bersih, terdapat nifas lochea berwarna merah kehitaman (rubra) 50 cc dalam 2 jam dan berbau anyir khas vagina, tidak ada hemorroid serta pasien mengatakan ganti pembalut saat ini 2 kali sehari. REEDA: tidak dilakukan pemeriksaan REEDA karena kondisi perineum pasien utuh.	Integritas kulit vagina baik, tidak ada edema, tidak ada memar, perineum tampak utuh, tampak bersih, terdapat nifas lochea berwarna merah kehitaman (rubra) 30 cc dalam 2 jam dan berbau anyir khas vagina, tidak ada hemorroid serta pasien mengatakan ganti pembalut saat ini 2-3 kali sehari karena pasien mudah risih. REEDA: tidak dilakukan pemeriksaan REEDA karena kondisi perineum pasien utuh.
Pengkajian BUBBLE-HE		
Breast	<ul style="list-style-type: none"> - Payudara tampak simetris - Permukaan payudara tampak lembut dan tidak ada bekas luka - Asi sudah keluar namun sedikit 	<ul style="list-style-type: none"> - Payudara tampak simetris - Permukaan payudara tampak lembut dan tidak ada bekas luka - Asi belum keluar
Uterus	<ul style="list-style-type: none"> - kontraksi teraba keras - TFU 1 jari dibawah pusat - Terdapat nyeri tekan <i>post</i> operasi 	<ul style="list-style-type: none"> - kontraksi teraba keras - TFU sepusat - Terdapat nyeri tekan <i>post</i> operasi
Bowel	<ul style="list-style-type: none"> - Belum bisa BAB karena takut jahitan robek 	<ul style="list-style-type: none"> - Belum bisa BAB karena takut
Bladder	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang <i>dower cateter urine</i>, produksi urine 300 cc sejak 11.00 WIB - Tidak ada tanda-tanda infeksi saluran kemih 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang <i>dowercateter urine</i>, produksi urine 220 cc sejak pukul 10.15 WIB dan pasien mengatakan belum BAB setelah operasi. - Tidak ada tanda-tanda infeksi saluran kemih
Lochia	<ul style="list-style-type: none"> - nifas lochea berwarna merah kehitaman (rubra) 50 cc dalam 2 jam 	<ul style="list-style-type: none"> - nifas lochea berwarna merah kehitaman (rubra) 30 cc dalam 2 jam
Episiotomy	<ul style="list-style-type: none"> - tidak ada luka episiotomi 	<ul style="list-style-type: none"> - tidak ada luka episiotomi
Homans sign dan hemoroid	<ul style="list-style-type: none"> - tidak ada hemoroid 	<ul style="list-style-type: none"> - tidak ada hemoroid

Emotion	Pasien merasa bahagia atas kelahiran anak keduanya, kehamilan ini merupakan kehamilan yang direncanakan. Pasien mengatakan ingin segera memulihkan kondisinya dan ingin segera pulang berkumpul dengan keluarga.	Pasien merasa bahagia atas kelahiran anak ketiganya. Kelahiran anaknya adalah hal yang dinanti-nanti oleh pasien dan keluarga. Pasien merasa ingin segera sembuh dan ingin segera pulang merawat anaknya dirumah
Pola Kebiasaan Sehari-hari		
Istirahat dan Kenyamanan	Pola tidur sejak dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur 3-4 jam/ hari, pola tidur saat ini mudah terbangun, bayi rewel karena belum bisa minum ASI, ibu mengatakan jika tidur jam 22.00 WIB nanti jam 01.00 sudah bangun lagi.	Pola tidur sejak dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur 5-6 jam/ hari, pola tidur saat ini mudah terbangun, bayi rewel karena belum bisa minum ASI
Mobilisasi dan Latihan	Setelah operasi, pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri, masih belum dapat menggerakkan kedua kakinya, pasien tampak hanya dapat bergerak sangat terbatas. Pada hari kedua pasien tampak miring kanan kiri dan duduk dengan bantuan, pasien mengatakan belum berani berjalan	Setelah operasi, pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri, masih belum dapat menggerakkan kedua kakinya, pasien hanya dapat bergerak sangat terbatas. Pada hari kedua pasien tampak miring kanan kiri dan duduk dengan bantuan. Pasien mengatakan masih takut untuk belajar berjalan
Cairan dan Nutrisi	Pasien terpasang infus RL 500 ml 20 tpm. Saat dikaji pasien mengatakan belum minum dan makan setelah dioperasi	Pasien terpasang infus RL 500 ml 20 tpm. Saat dikaji pasien mengatakan belum minum dan makan setelah dioperasi
Pola Eliminasi	Pasien terpasang <i>dower cateter urine</i> , produksi <i>urine</i> 300 cc sejak 11.00 WIB dan pasien mengatakan hari ini belum BAB	Pasien terpasang <i>dowercateter urine</i> , produksi <i>urine</i> 220 cc sejak pukul 10.15 WIB dan pasien mengatakan belum BAB setelah operasi.
Aspek		
Keadaan Mental/ Psikologi	Pasien merasa bahagia atas kelahiran anak keduanya, kehamilan ini merupakan kehamilan yang direncanakan. Pasien mengatakan ingin segera memulihkan kondisinya dan ingin segera pulang berkumpul dengan keluarga.	Pasien merasa bahagia atas kelahiran anak ketiganya. Kelahiran anaknya adalah hal yang dinanti-nanti oleh pasien dan keluarga. Pasien merasa ingin segera sembuh dan ingin segera pulang merawat anaknya dirumah
Sosial Budaya	Hubungan pasien dengan pasien lain baik, terjalin interaksi baik antar pasien dan keluarga pasien. Pasien menganut budaya jawa yang dijunjung tinggi.	Hubungan pasien dengan pasien lain baik, terjalin interaksi baik antar pasien dan keluarga pasien. Pasien menganut budaya jawa yang dijunjung tinggi.
Spiritual	Saat dikaji pasien mengatakan selalu berdo'a diberi kesehatan dan keselamatan pada dirinya dan keluarganya.	Saat dikaji pasien mengatakan sholat sendiri di rumah walaupun kadang pernah bolong-bolong.
Riwayat Persalinan Saat Ini		
Jenis Persalinan	<i>Section caesarea</i>	<i>Section caesarea</i>
Jenis Kelamin Bayi	Perempuan	Perempuan

Berat Bayi Lahir	2770 gram	3000 gram
Masalah dalam Persalinan	Mempunyai riwayat <i>section caesarea</i> dan jarak persalinan pertama baru 10 bulan	Mempunyai riwayat <i>section caesarea</i> dengan jarak kehamilan 2 tahun
Riwayat Persalinan Masa Lalu		
Jenis Persalinan	<i>Section caesarea</i>	<i>Section caesarea</i>
Tahun	2018	2017
Jenis Kelamin Bayi	Laki-laki	Laki-laki
Berat Bayi Lahir	3700 gram	1900 gram
Masalah dalam Persalinan	Malpresentasi janin (presentasi bokong)	-
Penolong	Dokter	Dokter
Riwayat Ginekologi		
Riwayat Menstruasi		
1. <i>Menarche</i>	12 tahun	13 tahun
2. Siklus	30 hari	28 - 30 hari
3. Lama	4-5 hari	7 hari
4. Ganti Pembalut	2-3 kali/ hari	2 - 3 kali/ hari
Riwayat KB		
1. Jenis	Belum pernah menggunakan KB	Kondom
2. Lama	-	1 tahun
3. Alasan Penggunaan	-	Lebih praktis
4. Penyakit Ginekologi	Tidak mempunyai penyakit ginekologi seperti tumor, kanker, kista, mioma.	Tidak mempunyai penyakit ginekologi seperti tumor, kanker, kista, mioma.
Discharge Planning		
Kasus I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan patuh minum obat dengan memperhatikan 5 benar minum obat yaitu: benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara/rute. 2. Menganjurkan menggunakan teknik relaksasi yang telah diajarkan perawat yaitu teknik relaksasi Guided Imagery dan benson 3. Menganjurkan pasien perbanyak protein dan tidak ada pantangan makan 	

Kasus II	1. Menganjurkan patuh minum obat dengan memperhatikan 5 benar minum obat yaitu: benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara/rute. 2. Menganjurkan menggunakan teknik relaksasi yang telah diajarkan perawat yaitu teknik relaksasi Guided Imagery dan benson 3. Menganjurkan pasien perbanyak protein dan tidak ada pantangan makan		
Pemeriksaan Laboratorium			
Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	KASUS 1	KASUS 2
Tanggal Pemeriksaan			
Pre Operasi			
1. APTT	25-40 detik	32,1	30,7
2. PPT	11-15 detik	12,9	14,1
3. Hb (Hemoglobin)	11-17 G%	12,0	10,5
4. AL (Leukosit)	4-10 ribu/ MMK	10,6	7,9
5. Diff Eosinofil	0-3 %	1	1
6. Diff Basofil	0-1 %	1	1
7. Diff Segmen	40-70 %	69,13	68,7
8. Diff Limfosit	20-40 %	15	23
9. Diff Monosit	2-8 %	5	7
10. HMT (Hematokrit)	35-45 %	37	32
11. AT (Trombosit)	150-450 ribu/ MMK	273	175
12. Golongan Darah	A, B, AB, O	B	B
13. AE (Antal Eritrosit)	3,5-5,5 juta/ MMK	3,94	3,62
14. GDS	80-120 mg/ dl	155	88
15. HBSAG	(-)	Non reaktif	Non reaktif
16. HIV	(-)	Non reaktif	Non reaktif
Tanggal Pengkajian		26 Maret 2019	29 Maret 2019

Farmakoterapi

KASUS 1					
Nama Obat	Mulai	Berhenti	Fungsi	Kontraindikasi	Efek Samping
Cefazolin 1 gram/12jam (IV)	26 Maret 2019 pukul 12.00 WIB	27 Maret 2019 pukul 24.00 WIB	Mencegah infeksi bakteri sebelum dan pasca operasi	Hipersensitif terhadap cefotaxime	Diare, sakit perut, muntah, ruam, pusing, kelelahan, gatal-gatal
Ketorolac 3 x 30mg/1ml sehari (IV)	26 Maret 2019 pukul 14.00 WIB	27 Maret 2019 pukul 22.00 WIB	Mengatasi nyeri sedang hingga nyeri berat	Alergi ketorolac dan obat-obat NSID	Mata kering, pusing, mual, muntah, diare
Asam Mefenamat 500 mg/ 8 jam (PO)	28 April 2019 pukul 06.00 WIB	1 April 2019 pukul 14.00 WIB	Mengatasi nyeri akut	Alergi terhadap OAINS (obat anti inflamasi nonsteroid), ibu hamil trimester ke III, radang usus, maagh, penyakit ginjal	Sembelit, diare, pusing, perut kembung, mulas, mual.
Vit A 200.000Si (PO)	28 April 2019 pukul 06.00 WIB	28 April 2019 pukul 06.00 WIB	Untuk multivitamin harian	Riwayat hipersensitivitas dan hiper- vitaminosis	Mual, muntah, sakit kepala, dan cemas

KASUS 2					
Nama Obat	Mulai	Berhenti	Fungsi	Kontraindikasi	Efek Samping
Cefazolin 1 gram/12jam (IV)	26 Maret 2019 pukul 12.00 WIB	27 Maret 2019 pukul 24.00 WIB	Mencegah infeksi bakteri sebelum dan pasca operasi	Hipersensitif terhadap cefotaxime	Diare, sakit perut, muntah, ruam, pusing, kelelahan, gatal-gatal
Ketorolac 3 x 30mg/1ml sehari (IV)	29 Maret 2019 pukul 09.00 WIB	30 Maret 2019 pukul 22.00 WIB	Mengatasi nyeri sedang hingga nyeri berat	Alergi ketorolac dan obat-obat NSID	Mata kering, pusing, mual, muntah, diare
Asam Mefenamat 500 mg/ 8 jam	31 April 2019 pukul 06.00	1 April 2019 pukul 14.00	Mengatasi nyeri akut	Alergi terhadap OAINS (obat anti	Sembelit, diare, pusing, perut kembung, mulas, mual.

(PO)	WIB	WIB		inflamasi nonsteroid), ibu hamil trimester ke III, radang usus, maagh, penyakit ginjal	
Vit A 200.000 Si (PO)	28 April 2019 pukul 06.00 WIB	28 April 2019 pukul 06.00 WIB	Untuk multivitamin harian	Riwayat hipersensitivitas dan hiper- vitaminosis	Mual, muntah, sakit kepala, dan cemas

Pemantauan Involusi Uteri dan Tanda Vital *Post Sectio Caesarea* (Kala IV)

KASUS 1							
Waktu (WIB)	TD (mmHg)	N (x/ menit)	S (°C)	P (x/ menit)	Kontraksi	TFU	PPV
13.00	100/ 76	80	36,6	20	Keras	1 jari di atas pusat	5 cc
13.15	127/ 89	80	36,6	18	Keras	1 jari di atas pusat	5 cc
13.30	110/ 83	78	36,6	18	Keras	1 jari di atas pusat	5 cc
13.45	105/ 72	80	36,6	19	Keras	1 jari di atas pusat	10 cc
14.00	101/ 69	82	36,5	20	Keras	1 jari di atas pusat	10 cc
14.30	99/ 67	89	36,5	18	Keras	1 jari di atas pusat	30 cc

KASUS 2							
10.15	118/ 78	63	36,5	18	Keras	Sepusat	-
10.30	121/ 70	63	36,5	19	Keras	Sepusat	-
10.45	126/ 76	64	36,5	22	Keras	Sepusat	-
11.00	101/ 61	60	36,5	19	Keras	Sepusat	-
11.30	138/ 71	62	36,6	20	Keras	Sepusat	-
12.00	130/ 67	62	36,6	19	Keras	Sepusat	50 cc

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisis Data

Kasus	Data	Penyebab	Masalah
KASUS 1	DS: Pasien mengatakan P: luka <i>post</i> operasi Q: panas, seperti diiris-iris R: di bagian perut S: skala 5 T: saat bergerak DO: Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak	Agen cedera fisik (luka insisi pembedahan) ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensorik ↓ Nyeri	Nyeri akut
	DS: - Pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri - Pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan kedua kakinya - Pasien mengatakan belum berani berjalan DO: Pasien tampak hanya dapat bergerak sangat terbatas	Luka insisi pembedahan ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensorik ↓ Nyeri ↓ Hambatan mobilitas di tempat tidur	Hambatan mobilitas di tempat tidur
	DS: - Pasien mengatakan ganti pembalut saat ini 2 kali sehari - Pasien mengatakan ada luka operasi dibagian perutnya DO: - Terdapat bekas luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i> kurang	-	Risiko infeksi

	<p>lebih 15 cm horizontal masih dibalut.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat nifas lochea berwarna merah kehitaman (rubra) 50 cc dalam 2 jam - Terpasang <i>dower cateter urine</i> - Terpasang infus RL 20 tpm 		
KASUS 2	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan</p> <p>P: luka <i>post</i> operasi</p> <p>Q: seperti diiris-iris</p> <p>R: di bagian perut</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: saat bergerak, hilang timbul</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak</p>	<p>Agen cedera fisik (luka insisi pembedahan)</p> <p>↓</p> <p>Jaringan terputus</p> <p>↓</p> <p>Merangsang area sensorik</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri akut
	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri - Pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan kedua kakinya - Pasien mengatakan masih takut untuk belajar berjalan <p>DO:</p> <p>Pasien hanya dapat bergerak sangat terbatas</p>	<p>Luka insisi pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Jaringan terputus</p> <p>↓</p> <p>Merangsang area sensorik</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas di tempat tidur</p>	Hambatan mobilitas di tempat tidur

	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ganti pembalut saat ini 2-3 kali sehari - Pasien mengatakan ada luka bekas operasi di bagian perutnya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat nifas lochea berwarna merah kehitaman (rubra) 30 cc dalam 2 jam - Terdapat bekas luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i> kurang lebih 15 cm horizontal masih dibalut. - Terpasang <i>dower cateter urine</i> - Terpasang infus RL 20 tpm 	-	Risiko infeksi
--	--	---	----------------



2. Prioritas Masalah Keperawatan

Kasus 1:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka insisi pembedahan) yang ditandai dengan pasien mengatakan nyeri setelah di operasi pada bagian perut terasa panas seperti diiris-iris saat bergerak dengan nyeri di skala 5 dan pasien tampak meringis menahan nyeri
- b. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan nyeri luka insisi pembedahan yang ditandai dengan pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri, pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan kedua kakinya, pasien mengatakan belum berani berjalan dan pasien tampak hanya dapat bergerak sangat terbatas
- c. Risiko infeksi yang ditandai dengan pasien mengatakan ganti pembalut saat ini 2 kali sehari, terdapat bekas luka post operasi *Sectio Caesarea* kurang lebih 15 cm horizontal masih dibalut, terdapat nifas lochea berwarna merah kehitaman (rubra) 50 cc dalam 2 jam, terpasang *dower cateter urine*, terpasang infus RL 20 tpm

Kasus 2:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka insisi pembedahan) yang ditandai dengan pasien mengatakan nyeri setelah operasi di bagian perut seperti diiris-iris saat bergerak dan hilang timbul dengan nyeri di skala 4, pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak
- b. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan nyeri luka insisi pembedahan yang ditandai dengan pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri, pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan kedua kakinya, pasien mengatakan masih takut untuk belajar berjalan dan pasien hanya dapat bergerak sangat terbatas
- c. Risiko infeksi yang ditandai dengan pasien mengatakan ganti pembalut saat ini 2-3 kali sehari, terdapat nifas lochea berwarna merah kehitaman (rubra) 30 cc dalam 2 jam, terdapat bekas luka post operasi *Sectio Caesarea* kurang lebih 15 cm horizontal masih dibalut, terpasang *dower cateter urine* dan terpasang infus RL 20 tpm

C. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa	Perencanaan Kasus 1 dan 2		
		Tujuan	Intervensi	Rasionalisasi
1.	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien menunjukkan tingkat nyeri (2102) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri yang dilaporkan dari skala 2 ke 4 2. Panjangnya episode nyeri dari skala 2 ke 4 3. Ekspresi wajah dari skala 2 ke 4. <p><u>Keterangan:</u> Skala 1 : Berat Skala 2 : Cukup berat Skala 3 : Sedang Skala 4 : Ringan Skala 5 : Tidak ada</p>	<p>Manajemen nyeri (1400)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. 2. Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik. 3. Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai kebutuhan. 4. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri. 5. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 6. Dorong anggota keluarga mengenai strategi nonfarmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong terkait dengan manajemen nyeri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kondisi nyeri pasien 2. Untuk mengetahui tingkat keberhasilan intervensi yang dilakukan secara terukur. 3. Untuk mengkolaborasikan tindakan non farmakologi dan farmakologi terhadap respon nyeri pasien 4. Agar pasien terbiasa untuk melakukan manajemen nyeri secara mandiri. 5. Supaya pasien dapat istirahat dan supaya efek nyeri tidak terlalu dirasakan oleh pasien. 6. Agar keluarga dapat mandiri melakukan manajemen nyeri

2.	Hambatan mobilisasi di tempat tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien menunjukkan</p> <p>Koordinasi pergerakan (0212) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan gerakan dari skala 1 ke skala 4 2. Kontrol gerakan dari skala 1 ke skala 4 3. Gerakan ke arah yang diinginkan dari skala 1 ke skala 4. <p><u>Keterangan :</u> Skala 1 : Sangat terganggu Skala 2 : Banyak terganggu Skala 3 : Cukup terganggu Skala 4 : Sedikit terganggu Skala 5 : Tidak terganggu</p>	<p>Peningkatan latihan (0200)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Gali pengalaman pasien sebelumnya mengenai latihan fisik 2 Pertimbangkan motivasi pasien untuk memulai atau melanjutkan program latihan 3 Dukung ungkapan perasaan mengenai latihan 4 Dampingi pasien dalam menentukan tujuan jangka pendek dan jangka panjang dari latihan yang dilakukan. 5 Dampingi individu saat melakukan latihan. 6 Libatkan keluarga/ orang yang memberi perawatan dalam merencanakan dan meningkatkan program latihan. 7 Informasikan individu mengenai manfaat kesehatan dan efek fisiologis latihan 8 Monitor kepatuhan pasien terhadap program latihan. 9 Monitor respon pasien terhadap program latihan 10 Berikan umpan balik positif atas usaha yang dilakukan pasien. <p>Terapi ambulasi (0221)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri pasien pakaian yang tidak mengekang. 2. Dorong pasien untuk duduk di tempat tidur (menjantai) atau dikursi, sebagaimana yang dapat ditoleransi pasien. 	<p>Peningkatan latihan (0200)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui riwayat latihan fisik sebelumnya 2. Untuk membangun motivasi pasien 3. Untuk memotivasi pasien 4. Agar pasien merasa aman dan nyaman 5. Agar latihan pasien terarah sesuai dengan tujuan 6. Agar keluarga mengetahui dan mampu untuk membantu pasien saat latihan 7. Agar pasien mengetahui manfaat dilakukannya latihan fisik 8. Untuk mengetahui progres yang dicapai 9. Untuk mengetahui respon pasien terhadap latihan 10. Agar pasien merasa termotivasi <p>Terapi ambulasi (0840)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien nyaman saat dilakukan ambulasi. 2. Untuk mengetahui tingkat kesiapan dan mengkaji tingkat pusing pasien.
----	-------------------------------------	--	---	---

			3. Dorong ambulasi independen dalam batas aman.	3. Untuk memandirikan pasien
3.	Risiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, pasien menunjukkan Status Maternal: Postpartum (2511) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kenyamanan dari skala 2 ke 4 2. Jumlah lochea dari skala 3 ke 4 3. Warna lochia dari skala 3 ke 4 4. Penyembuhan insisi dari skala 2 ke 4 5. Eliminasi kemih dari skala 3 ke 4 <p><u>Keterangan:</u></p> <p>Skala 1: Deviasi berat dari kisaran normal</p> <p>Skala 2: Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal</p> <p>Skala 3: Deviasi sedang dari kisaran normal</p> <p>Skala 4: Deviasi ringan dari kisaran normal</p> <p>Skala 5: Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p>	<p>Kontrol infeksi (6540)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan perawatan luka yang tepat. 2. Tingkatkan intake nutrisi yang tepat. 3. Dorong untuk beristirahat. 4. Berikan antibiotic yang sesuai. 5. Anjurkan klien untuk meminum antibiotic. 6. Ajarkan kepada klien dan keluarga tentang tanda-tanda infeksi dan kapan harus melaporkannya ke tenaga kesehatan. 7. Ajarakan klien dan keluarga mengenai bagaimana mencegah infeksi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar proses penyembuhan luka berjalan dengan baik. 2. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka. 3. Untuk mempercepat pemulihan pasca bersalin. 4. Untuk mencegah terjadinya infeksi. 5. Agar klien dapat meminum obat sesuai dengan instruksi yang dianjurkan. 6. Agar klien dan keluarga mengetahui gejala dini dari infeksi. 7. Agar tidak terjadi infeksi.

D. Implementasi

Kasus I

Diagnosa Keperawatan	26 Maret 2019		27 Maret 2019		28 Maret 2019		29 Maret 2019	
Nyeri Akut			Shift Pagi Pukul 09.00 WIB Pukul 12.00 WIB Pukul 14.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Mengajarkan cara mengontrol nyeri dengan <i>Guided Imagery</i> - Melibatkan keluarga saat mengajarkan <i>Guided Imagery</i> - Memonitor tingkat nyeri setelah melakukan <i>Guided Imagery</i> - Memberikan terapi ketorolac 30 mg Perawat Ayu	Shift Pagi Pukul 10.00 WIB Pukul 12.00 WIB Pukul 14.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Memotivasi pasien untuk melakukan cara mengontrol nyeri dan mendengarkan Murotal Al-Qur'an agar lebih nyaman - Memberikan alternatif lain untuk mengontrol nyeri dengan cara melokalisir/mengelus lembut area yang terasa nyeri - Memberikan terapi oral asam mefenamat 500 mg Perawat Ayu	Shift Pagi Pukul 10.00 WIB Pukul 12.00 WIB	Pukul 10.00 WIB Mengkaji tingkat nyeri pasien Memotivasi untuk mengontrol nyeri dengan cara melokalisir/mengelus lembut area yang terasa nyeri Bidan Selly

Nyeri Akut	Shift Siang 17.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - nyeri pasien - Mengajarkan relaksasi Benson - Melibatkan keluarga saat mengajarkan relaksasi Benson Perawat Ayu	Shift Siang Pukul 17.00 WIB Pukul 19.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Memonitor teknik <i>Guided Imagery</i> <ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi untuk melakukan relaksasi guna mengontrol nyeri Perawat Febriska	Shift Siang Pukul 18.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Memotivasi untuk melakukan relaksasi nafas dalam guna mengontrol nyeri Bidan Selvi		
	Shift Malam Pukul 22.00 WIB Pukul 06.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Memonitor cara mengontrol nyeri untuk mengurangi tingkat nyeri pasien - Memberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg 	Shift Malam Pukul 22.00 WIB Pukul 06.00 WIB	Shift malam <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji nyeri pasien - Memberikan terapi oral asam mefenamat 500 mg perawat Dwi	Shift Malam Pukul 22.00 WIB Pukul 05.00 WIB Pukul 06.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi oral asam mefenamat 500 mg <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Memonitor cara mengontrol nyeri untuk mengurangi tingkat nyeri pasien - Memberikan terapi oral asam mefenamat 500 mg 		

		Perawat feby				Bidan Intan		
Hambatan mobilisasi di tempat tidur			Shift pagi Pukul 13.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji keluhan pasien - Mengkaji aktivitas pasien ditempat tidur - Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini miring kanan dan kiri setelah dapat menekuk kaki - Melibatkan keluarga saat mengajarkan mobilisasi dini Perawat Ayu	Shift pagi Pukul 09.00 WIB Pukul 11.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji aktivitas pasien di tempat tidur - Mengobservasi mobilisasi miring kanan dan kiri - Mengajarkan mobilisasi duduk - Membantu mobilisasi duduk pasien Perawat Ayu	Shift pagi Pukul 10.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi mobilisasi duduk - Memotivasi untuk selalu mobilisasi duduk - Memotivasi mobilisasi jalan Bidan Selly
			Shift siang Pukul 17.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi pasien untuk miring kanan dan kiri - Memotivasi keluarga untuk membantu pasien miring kanan dan kiri 	Shift siang Pukul 17.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi mobilisasi duduk Bidan Selvi		

				Bidan				
				Selvi				
			Shift malam Pukul 06.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi untuk latihan miring kanan dan kiri - Memotivasi keluarga untuk membantu pasien latihan <p>Bidan</p> <p>Intan</p>	Shift malam Pukul 06.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pasien untuk mobilisasi miring kanan, kiri dan duduk <p>Bidan</p> <p>Intan</p>		
Risiko infeksi			Shift pagi Pukul 11.00 WIB Pukul 12.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital - Memberikan injeksi cefazolin 1gram <p>Perawat</p> <p>Ayu</p>	Shift pagi Pukul 12.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital <p>Perawat</p> <p>Ayu</p>	Shift pagi Pukul 08.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital - Melakukan perawatan luka post SC <p>Bidan</p> <p>Selly</p>
	Shift siang Pukul 18.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor 	Shift siang Pukul 18.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital 	Shift siang Pukul 18.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda 		

	WIB	tanda vital pasien	WIB	Bidan Intan	WIB	vital Bidan Selvi		
	Shift malam Pukul 24.00 WIB	- Memberikan injeksi cefazolin 1gram	Shift malam Pukul 24.00 Pukul 06.00 WIB	- Memberikan injeksi cefazolin 1 gram - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital Bidan Selvi	Shift malam Pukul 06.00 WIB	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital Bidan intan		
	Pukul 06.00 WIB	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital Perawat feby						

Kasus II

Diagnosa Keperawatan	29 Maret 2019		30 Maret 2019		31 Maret 2019		1 April 2019	
Nyeri Akut			Shift Pagi Pukul 09.00 WIB	- Mengkaji tingkat nyeri pasien - Mengajarkan cara mengontrol nyeri	Shift Pagi Pukul 10.00 WIB	- Mengkaji tingkat nyeri pasien - Memotivasi pasien untuk melakukan cara	Shift Pagi Pukul 10.00	- Mengkaji tingkat nyeri pasien

				<p>dengan <i>Guided Imagery</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Melibatkan keluarga saat mengajarkan <i>Guided Imagery</i> - Memonitor tingkat nyeri setelah melakukan <i>Guided Imagery</i> - Memberikan terapi ketorolac 30 mg <p>Perawat Ayu</p>	<p>Pukul 12.00 WIB</p> <p>Pukul 14.00 WIB</p>	<p>mengontrol nyeri dan mendengarkan Murotal Al-Qur'an agar lebih nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan alternatif lain untuk mengontrol nyeri dengan cara melokalisir/mengelus lembut area yang terasa nyeri - Memberikan terapi oral asam mefenamat 500 mg <p>Perawat Ayu</p>	<p>WIB</p> <p>Pukul 12.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi untuk mengontrol nyeri dengan cara melokalisir/mengelus lembut area yang terasa nyeri <p>Bidan Selly</p>
Nyeri Akut	<p>Shift Siang 17.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nyeri pasien - Mengajarkan relaksasi Benson - Melibatkan keluarga saat mengajarkan relaksasi Benson <p>Perawat Ayu</p>	<p>Shift Siang Pukul 17.00 WIB</p> <p>Pukul 19.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Memonitor teknik <i>Guided Imagery</i> - Memotivasi untuk melakukan relaksasi guna mengontrol nyeri <p>Perawat Febriska</p>	<p>Shift Siang Pukul 18.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Memotivasi untuk melakukan relaksasi nafas dalam guna mengontrol nyeri <p>Bidan Selvi</p>		

	<p>Shift Malam Pukul 22.00 WIB</p> <p>Pukul 06.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none">- Memberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg- Mengkaji tingkat nyeri pasien- Memonitor cara mengontrol nyeri untuk mengurangi tingkat nyeri pasien- Memberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg <p>Perawat feby</p>	<p>Shift Malam Pukul 22.00 WIB</p> <p>Pukul 06.00 WIB</p>	<p>Shift malam</p> <ul style="list-style-type: none">- Memberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg- Mengkaji nyeri pasien- Memberikan terapi oral asam mefenamat 500 mg <p>perawat Dwi</p>	<p>Shift Malam Pukul 22.00 WIB</p> <p>Pukul 05.00 WIB</p> <p>Pukul 06.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none">- Memberikan terapi oral asam mefenamat 500 mg- Mengkaji tingkat nyeri pasien- Memonitor cara mengontrol nyeri untuk mengurangi tingkat nyeri pasien- Memberikan terapi oral asam mefenamat 500 mg <p>Bidan Intan</p>		
Hambatan mobilisasi di tempat tidur			<p>Shift pagi Pukul 13.30 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none">- Mengkaji keluhan pasien- Mengkaji aktivitas pasien ditempat tidur- Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini miring kanan dan kiri setelah dapat menekuk kaki- Melibatkan	<p>Shift pagi Pukul 09.00 WIB</p> <p>Pukul 11.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none">- Mengkaji aktivitas pasien di tempat tidur- Mengobservasi mobilisasi miring kanan dan kiri- Mengajarkan mobilisasi duduk- Membantu mobilisasi duduk pasien	<p>Shift pagi Pukul 10.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none">- Mengobservasi mobilisasi duduk- Memotivasi untuk selalu mobilisasi duduk- Memotivasi mobilisasi jalan <p>Bidan Selly</p>

				keluarga saat mengajarkan mobilisasi dini Perawat Ayu		Perawat Ayu		
			Shift siang Pukul 17.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi pasien untuk miring kanan dan kiri - Memotivasi keluarga untuk membantu pasien miring kanan dan kiri Bidan Selvi	Shift siang Pukul 17.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi mobilisasi duduk Bidan Selvi		
			Shift malam Pukul 06.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi untuk latihan miring kanan dan kiri - Memotivasi keluarga untuk membantu pasien latihan Bidan Intan	Shift malam Pukul 06.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pasien untuk mobilisasi miring kanan, kiri dan duduk Bidan Intan		

Risiko infeksi			Shift pagi Pukul 11.00 WIB Pukul 12.00 WIB	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital - Memberikan injeksi cefazolin 1gram Perawat Ayu -	Shift pagi Pukul 12.00 WIB -	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital Perawat Ayu -	Shift pagi Pukul 08.00 WIB -	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital - Melakukan perawatan luka post SC Bidan Selly
	Shift siang Pukul 18.00 WIB	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital pasien Perawat Ayu	Shift siang Pukul 18.00 WIB	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital Bidan Intan	Shift siang Pukul 18.00 WIB	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital Bidan Selvi		
	Shift malam Pukul 24.00 WIB	- Memberikan injeksi cefazolin 1gram	Shift malam Pukul 24.00 WIB Pukul 06.00 WIB	- Memberikan injeksi cefazolin 1 gram - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor	Shift malam Pukul 06.00 WIB	- Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital Bidan intan		

	Pukul 06.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda gejala infeksi - Memonitor tanda vital <p>Perawat feby</p>		<p>tanda vital</p> <p>Bidan</p> <p>Selvi</p>				
--	-----------------------	---	--	--	--	--	--	--

E. Evaluasi

Kasus I

Evaluasi	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-4
Nyeri Akut	Shift pagi	Shift pagi S: - Pasien mengatakan P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 3 T: hilang timbul - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah melakukan teknik <i>Guided Imagery</i> O: - Pasien tampak meringis - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam - Pasien mampu melakukan cara <i>Guided Imagery</i> A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat nyeri pasien	Shift pagi S: Pasien mengatakan P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 2 T: hilang timbul O: - Pasien tampak tenang - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat.	Shift pagi S: Pasien mengatakan nyeri berkurang P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 2 T: hilang timbul O: - Pasien tampak tenang - Pasien mampu melakukan cara mengontrol nyeri A: nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi, pasien boleh pulang Bidan Selly

		<p>- Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat.</p> <p>Perawat</p> <p>Ayu</p>	<p>Perawat</p> <p>Ayu</p>	
	<p>Shift siang S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 5 T: hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri belum berkurang setelah diajarkan nafas dalam. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien mampu menirukan relaksasi Benson yang telah diajarkan - Keluarga tampak memperhatikan yang diajarkan tentang relaksasi Benson <p>A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan teknik mengontrol nyeri sesuai yang 	<p>Shift siang S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 3 T: hilang timbul - Pasien mengatakan lebih nyaman dengan cara ini dibanding Benson. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam <p>A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Berikan terapi ketorolac 30 mg pukul 22.00 WIB 	<p>Shift siang S: Pasien mengatakan P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 2 T: hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Pasien mampu melakukan cara mengontrol nyeri <p>A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Berikan terapi oral asam mefenamat 500 mg pukul 22.00 WIB <p>Bidan</p> <p>Selvi</p>	

	diajarkan Perawat Ayu	Perawat Febriska		
	Shift malam S: Pasien mengatakan P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 5 T: hilang timbul O: - Pasien tampak meringis - Pasien mampu melakukan teknik relaksasi Benson A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Ajarkan cara mengontrol nyeri selain relaksasi Benson	Shift malam S: - Pasien mengatakan P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 3 T: hilang timbul - Pasien mengatakan tarik nafas dalam jika dipakai bergerak terasa sakit O: - Pasien tampak tenang - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Berikan terapi oral asam mefenamat 500 mg pukul 14.00 WIB	Shift malam S: Pasien mengatakan P: nyeri setelah di operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: pada bagian perut bawah S: nyeri di skala 2 T: hilang timbul O: - Pasien tampak tenang - Pasien mampu melakukan cara mengontrol nyeri A: nyeri akut teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Rencana pulang siang	Bidan Intan
	Perawat feby	perawat Dwi		

Hambatan mobilisasi di tempat tidur	Shift pagi	Shift pagi S: Pasien mengatakan belum bisa miring, masih lemes O: - Pasien tampak masih lemes - Keluarga tampak memberikan dukungan dengan selalu menemani A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan miring kanan dan kiri - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini setiap 2 jam sekali Perawat Ayu	Shift pagi S: Pasien mengatakan bisa duduk dengan dibantu sandaran suami O: - Pasien tampak duduk dengan sandaran bantal A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan miring kanan dan kiri - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini setiap 2 jam sekali - Anjurkan mobilisasi duduk tanpa bersandar - Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam mobilisasi Perawat Ayu	Shift pagi S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk sendiri dan mulai latihan jalan tadi O: - Pasien tampak duduk di atas tempat tidur A: hambatan mobilisasi di tempat tidur teratasi P: hentikan intervensi pasien pulang Bidan Selly
	Shift siang	Shift siang S: Pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri O: - Pasien tampak berbaring menengadah di atas tempat tidur - Keluarga tampak membantu pasien miring kanan dan kiri A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Shift siang S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk dengan hati-hati O: - Pasien tampak duduk tanpa bersandar - Pasien tampak duduk di atas tempat tidur A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi	

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan miring kanan dan kiri - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini setiap 2 jam sekali - Anjurkan pasien untuk miring kanan kiri saat membersihkan badan <p>Bidan</p> <p>Selvi</p>	<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan duduk - Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam mobilisasi <p>Bidan</p> <p>Selvi</p>	
	Shift malam	<p>Shift malam</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah mulai miring kanan dan kiri dengan dibantu suami</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak miring kanan dan kiri dengan hati-hati <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan miring kanan dan kiri tanpa dibantu - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini setiap 2 jam sekali - Anjurkan untuk latihan duduk <p>Bidan</p> <p>Intan</p>	<p>Shift malam</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk tanpa dibantu</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak duduk di atas tempat tidur <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan duduk - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini dengan jalan - Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam mobilisasi <p>Bidan</p> <p>Intan</p>	

Risiko infeksi	Shift pagi 	Shift pagi S: - O: - Tekanan darah 120/ 70 mmHg - Nadi 84 x/ menit - Suhu 36,6°C - Pasien terpasang dower cateter terisi 200 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih A: risiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Memonitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital - Melanjutkan terapi obat cefazolin 1 gram Perawat Ayu	Shift pagi S: - O: - Tekanan darah 120/ 80 mmHg - Nadi 90 x/ menit - Suhu 36,2°C - Pasien terpasang dower cateter terisi 100 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih A: risiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital Perawat Ayu	Shift pagi S: - O: - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 91 x/ menit - Suhu 36,5°C - Balutan kasa sudah terganti kasa baru A: risiko infeksi teratasi P: hentikan intervensi, pasien boleh pulang Perawat Selly
	Shift siang S: pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 1 kali O: - Tekanan darah 125/ 70 mmHg - Nadi 82 - Suhu 36,7°C - Tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tetes per menit - Pasien terpasang dower cateter terisi 600 cc urine - Jumlah lochea rubra pasien 50 cc - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih dan kering	Shift siang S: - O: - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 83 x/ menit - Suhu 36,6°C - Pasien terpasang dower cateter terisi 200 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih A: risiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital Bidan Intan	Shift siang S: - O: - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 92 x/ menit - Suhu 36,3°C - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih A: risiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital Bidan Selvi	Shift siang

	<p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital - Memberikan injeksi cefazolin 1gram <p>Perawat</p> <p>Ayu</p>			
	<p>Shift malam</p> <p>S: pasien mengatakan tidak ada sakit di sekitar infus</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 120/ 80 mmHg - Nadi 80 x/ menit - Suhu 36,3°C - Tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tetes per menit - Pasien terpasang dower cateter terisi 100 cc urine - Jumlah lochea rubra pasien 30 cc - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih dan kering <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital - Memberikan injeksi cefazolin 1gram pukul 12.00 <p>Perawat</p> <p>feby</p>	<p>Shift malam</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 82 x/ menit - Suhu 36,5°C - Pasien terpasang dower cateter terisi 300 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital <p>Bidan</p> <p>Selvi</p>	<p>Shift malam</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 90 x/ menit - Suhu 36,4°C - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital - Lakukan perawatan luka post SC - Rencana pulang besok <p>Bidan</p> <p>Intan</p>	<p>Shift malam</p>

Kasus II

Evaluasi	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-4
Nyeri Akut	Shift pagi	Shift pagi S: - Pasien mengatakan P: nyeri pada luka operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 3 T: hilang timbul - Pasien mengatakan lebih nyaman seperti pas waktu melahirkan dulu O: - Pasien tampak meringis - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam - Pasien mampu melakukan <i>Guided Imagery</i> untuk mengurangi nyeri A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. Perawat Ayu	Shift pagi S: - Pasien mengatakan P: nyeri pada luka operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 3 T: hilang timbul - Pasien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol nyeri yang pertama diajarkan, cara yang kedua jarang O: - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. Bidan Selvi	Shift pagi S: Pasien mengatakan nyeri berkurang P: nyeri pada luka operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 1 T: hilang timbul O: - Pasien tampak tenang - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam dan <i>Guided Imagery</i> A: nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi, pasien boleh pulang Perawat Adik Intan
	Shift siang S: Pasien mengatakan P: nyeri pada luka operasi	Shift siang S: - Pasien mengatakan	Shift siang S: Pasien mengatakan P: nyeri pada luka operasi	Shift siang

	<p>Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 4 T: hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien mampu menirukan relaksasi Benson yang diajarkan <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga tampak memperhatikan yang diajarkan tentang relaksasi Benson <p>A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. <p>Perawat Ayu</p>	<p>P: nyeri pada luka operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 2 T: hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol nyeri yang sudah diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam - Pasien mampu melakukan cara <i>Guided Imagery</i> untuk mengurangi nyeri <p>A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Berikan terapi injeksi ketorolac 30 mg pukul 22.00 WIB <p>Perawat Feby</p>	<p>Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 3 T: hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam <p>A: nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Berikan terapi oral asam mefenamat 500 mg pukul 22.00 WIB <p>Perawat Febriska</p>	
	<p>Shift malam S: Pasien mengatakan P: nyeri pada luka operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 4 T: hilang timbul</p>	<p>Shift malam S: - Pasien mengatakan P: nyeri pada luka operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 3</p>	<p>Shift malam S: Pasien mengatakan P: nyeri pada luka operasi Q: terasa sakit saat bergerak R: di bagian perut S: nyeri di skala 2 T: hilang timbul</p>	<p>Shift malam</p>

	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien mampu melakukan teknik relaksasi Benson <p>A: nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Ajarkan cara mengontrol nyeri selain relaksasi Benson - Berikan terapi injeksi ketorolac 30 mg pukul 14.00 WIB <p>Perawat feby</p>	<p>T: hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah melakukan teknik <i>Guided Imagery</i> bila nyeri timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam - Pasien mampu melakukan teknik <i>Guided Imagery</i> <p>A: nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Berikan terapi oral asam mefenamat 500 mg pukul 14.00 WIB <p>Bidan Selly</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam <p>A: nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat nyeri pasien - Motivasi pasien untuk selalu menggunakan mengurangi/mengontrol nyeri sesuai yang diajarkan oleh perawat. - Rencana pulang siang <p>Perawat Ayu</p>	
Hambatan mobilisasi di tempat tidur	<p>Shift pagi</p>	<p>Shift pagi</p> <p>S: Pasien mengatakan pergelangan kaki sudah bisa digerakkan tetapi masih kesemutan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mampu menggerakkan kakinya secara memutar <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	<p>Shift pagi</p> <p>S: Pasien mengatakan belum berani untuk duduk</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mampu miring kanan dan kiri <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pasien untuk 	<p>Shift pagi</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk tanpa dibantu tapi belum mencoba latihan jalan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak duduk di tempat tidur <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi pasien pulang</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan miring kanan dan kiri - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini setiap 2 jam sekali <p>Perawat</p> <p>Ayu</p>	<p>mobilisasi dini dengan miring kanan dan kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini setiap 2 jam sekali - Motivasi pasien untuk latihan duduk - Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam mobilisasi <p>Bidan</p> <p>Intan</p>	<p>Bidan</p> <p>Intan</p>
	Shift siang	<p>Shift siang</p> <p>S: Pasien mengatakan belum berani miring kanan dan kiri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berbaring menengadah di atas tempat tidur - Keluarga tampak <i>mensupport</i> pasien <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan miring kanan dan kiri - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini setiap 2 jam sekali - Anjurkan pasien untuk miring kanan kiri saat membersihkan badan <p>Bidan</p> <p>Intan</p>	<p>Shift siang</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk dibantu suami</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak duduk di atas tempat tidur dengan kaki diatas alat untuk naik tempat tidur <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini dengan duduk tanpa dibantu - Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam mobilisasi <p>Perawat</p> <p>Dwi</p>	Shift siang

	Shift malam	<p>Shift malam</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa miring kanan dengan dibantu suami dan ibu</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak miring kanan dan dibantu <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pasien untuk mobilisasi dini dengan miring kanan dan kiri tanpa dibantu - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini setiap 2 jam sekali - Anjurkan untuk latihan duduk <p>Perawat Dwi</p>	<p>Shift malam</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk pelan-pelan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak duduk di atas tempat tidur <p>A: hambatan mobilisasi di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini dengan duduk - Motivasi pasien untuk mobilisasi dini dengan jalan - Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam mobilisasi <p>Perawat Ayu</p>	Shift malam
Resiko Infeksi	Shift pagi	<p>Shift pagi</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 86 x/ menit - Suhu 36,5°C - Tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tetes per menit - Pasien terpasang dower cateter terisi 100 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi 	<p>Shift pagi</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 115/ 75 mmHg - Nadi 81 x/ menit - Suhu 36,7°C - Tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tetes per menit - Pasien terpasang dower cateter terisi 150 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p>	<p>Shift pagi</p> <p>S: pasien mengatakan sudah bebas gerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 115/ 75 mmHg - Nadi 86 x/ menit - Suhu 36,4°C - Balutan kasa sudah terganti kasa baru <p>A: risiko infeksi teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi, pasien boleh pulang</p> <p>Bidan</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda vital - Melanjutkan terapi obat cefazolin 1gram <p>Perawat</p> <p>Ayu</p>	<p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital <p>Bidan</p> <p>Intan</p>	Intan
	<p>Shift siang</p> <p>S: pasien mengatakan belum mengganti pembalut</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 85 x/ menit - Suhu 36,8°C - Tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tetes per menit - Pasien terpasang dower cateter terisi 300 cc urine - Jumlah lochea rubra pasien 30 cc - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih dan kering <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital - Memberikan injeksi cefazolin 1gram <p>Perawat</p> <p>Ayu</p>	<p>Shift siang</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 86 x/ menit - Suhu 36,5°C - Tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tetes per menit - Pasien terpasang dower cateter terisi 100 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital <p>Bidan</p> <p>Intan</p>	<p>Shift siang</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 82 x/ menit - Suhu 36,4°C - Pasien terpasang dower cateter terisi 50 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital <p>Perawat</p> <p>Dwi</p>	Shift siang

	<p>Shift malam</p> <p>S: pasien mengatakan seperti nya tidak ada tanda gejala infeksi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 85 x/ menit - Suhu 36,8°C - Tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tetes per menit - Pasien terpasang dower cateter terisi 100 cc urine - Jumlah lochea rubra pasien 20 cc - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih dan kering <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital - Memberikan injeksi cefazolin 1gram jam 12 <p>Bidan</p> <p>Selvi</p>	<p>Shift malam</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 110/ 70 mmHg - Nadi 82 x/ menit - Suhu 36,6°C - Tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tetes per menit - Pasien terpasang dower cateter terisi 50 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital <p>Perawat</p> <p>Dwi</p>	<p>Shift malam</p> <p>S: pasien mengatakan barusan ganti pembalut</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 109/ 70 mmHg - Nadi 85 x/ menit - Suhu 36,5°C - Pasien terpasang dower cateter terisi 100 cc urine - Bekas luka tampak tertutup balutan kasa bersih <p>A: risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi - Monitor tanda vital - Lakukan perawatan luka post SC - Rencana pulang besok <p>Perawat</p> <p>Ayu</p>	<p>Shift malam</p>
--	--	--	--	--------------------

E. Data Senjang Pada Kasus

Karakteristik Responden	Kasus 1	Kasus 2
Usia	24 tahun	32 tahun
Riwayat kehamilan	G ₂ P ₁ A ₀	G ₃ P ₂ A ₀
Jarak persalinan sebelumnya	10 bulan	24 bulan
Tanda – tanda vital	102/ 81 mmHg 75 x/ menit 36,5 °C 20 x/ menit	113/ 68 mmHg 74 x/ menit 36, 3 °C 24 x/ menit
Skala nyeri saat pengkajian	P: luka <i>post</i> operasi Q: panas, seperti diiris-iris R: di bagian perut S: skala 5 T: saat bergerak Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak	P: luka <i>post</i> operasi Q: seperti diiris-iris R: di bagian perut S: skala 4 T: saat bergerak, hilang timbul Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak
Uterus	tidak ada massa, kontraksi teraba keras, TFU 1 jari dibawah pusat dan nyeri tekan <i>post</i> operasi	tidak ada massa, kontraksi teraba keras, TFU sepusat dan nyeri tekan <i>post</i> operasi



BAB IV

PEMBAHASAN

A. Profil Lahan Praktik

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta terletak di Jl. KH Ahmad Dahlan No 20 Yogyakarta yang merupakan amal usaha Pimpinan Pusat Persyarikatan Muhammadiyah. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki unit pelayanan Rawat Inap, Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Ruang ICU/ICCU dan fasilitas penunjang medis lainnya.

Bangsral Rawat Inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta terdiri dari 10 bangsral antara lain Arofah, Multazam, Ibnu Sina, Raudhah, KBY, Shafa, Sakinah, Zam-zam, Musdhalifah dan Marwah. Sakinah merupakan bangsral rawat inap untuk pasien nifas terletak di lantai I terdapat 14 tempat tidur dengan pembagian tempat tidur kelas VVIP, 2 tempat tidur kelas I, 3 tempat tidur kelas II, dan 4 tempat tidur kelas III.

B. Analisis Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian kasus I berusia 24 tahun, sedangkan kasus ke 2 berusia 32 tahun. Kedua kasus tersebut memiliki kesamaan dalam tahapan usia yaitu masa dewasa awal (*early adulthood*). Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri pasca bedah abdomen seperti faktor usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya coping, dukungan keluarga dan sosial (Potter & Perry, 2006). Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia. Perbedaan perkembangan ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri (Judha, 2012).

Riwayat pendidikan pada kasus I adalah SLTA, sedangkan pada kasus kedua pendidikan terakhirnya adalah sarjana. Pendidikan yang dimiliki pasien berhubungan dengan kemampuan pasien menerima informasi tentang pentingnya kesehatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka kemampuan untuk menerima informasi semakin baik (Mubarak, 2009). Pengkajian status obstetri didapatkan hasil kedua kasus berbeda. Kasus 1 adalah P2 sedangkan kasus 2 yaitu P3. Menurut Bobak 2000 dalam Judha 2012, pengalaman melahirkan sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon

ibu terhadap nyeri. Bagi ibu yang memiliki pengalaman yang menyakitkan dan sulit dalam persalinan sebelumnya, perasaan cemas dan takut pada pengalaman lalu akan mempengaruhi sensitifitasnya rasa nyeri.

Kasus 1: Pasien mengatakan ini merupakan pengalaman keduanya mengalami persalinan dengan pembedahan, pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi lebih sakit dari persalinan pertamanya, seperti diiris-iris, di bagian perut, skala 5, nyeri hilang timbul pada saat bergerak. Hal tersebut menyebabkan saat pengkajian pasien belum bisa miring kanan dan miring, masih takut untuk bergerak, pasien hanya dapat bergerak sangat terbatas. Pasien tidak mengetahui cara mobilisasi setelah operasi. Sedangkan kasus 2: pasien mengatakan masih terasa nyeri pada bagian perutnya, bertambah parah saat di gerakkan dan takut bila digerakkan jagitannya akan rusak. Selain itu saat pengkajian pasien mengatakan badan masih lemas. Pasien masih mengingat cara melakukan pergerakan pasca operasi karena sudah 2 tahun yang lalu. Pasien mengatakan belum berani merubah posisi badannya dikarenakan nyeri di perut pasien pada luka post operasi, seperti diiris-iris, di bagian perut, skala 4, nyeri hilang timbul pada saat bergerak. Pasien tampak lemas. Tampak berbaring ditempat tidur. Pasien belum bisa memiringkan badannya. Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Perry & Potter, 2010).

Hasil pengukuran tekanan darah pada saat pengkajian didapatkan kasus 1: 102/81 mmHg dan kasus 2: 113/68 mmHg. Kedua kasus tersebut dalam batas normal. Rentang normal hasil pengukuran tekanan darah usia dewasa sistol 100-140 mmHg, diastol 60-90 mmHg. Rata-rata 120/80 mmHg (Debora, 2012). Hasil pemeriksaan nadi pada saat pengkajian didapatkan kasus 1 adalah 75x/menit dan kasus 2 adalah 74x/menit. Hasil keduanya adalah normal. Frekuensi nadi pada tahap usia berbeda-beda. Rentang normal hasil pengukuran nadi seorang dewasa >21 tahun adalah 60-100x/menit (Muttaqin, 2010). Hasil pengukuran frekuensi pernafasan saat pengkajian didapatkan kasus 1 yaitu 20x/menit dan kasus 2 yaitu 24 x/menit. Hasil keduanya adalah normal. Frekuensi pernafasan normal usia dewasa adalah 12-20 kali/ menit. Dikatakan takipnea apabila pernapasan >24 kali/menit

(Debora, 2012). Hasil pengukuran suhu saat pengkajian didapatkan kasus 1: 36,5°C dan kasus 2: 36,3°C dengan kategori normal. Suhu tubuh normal pada orang dewasa adalah 36°C- 38 °C (Muttaqin, 2010).

Setiawati dan Agus (2008) mengatakan pemeriksaan inspeksi dan palpasi struktur mata eksternal yaitu alis mata normal: simetris, sejajar, distribusi alis merata, kulit utuh dan pergerakan sama. Bulu mata normal: distribusi merata dan lengkungan keluar, posisi kelopak mata menutup simetris, tidak ada perubahan warna abnormal. Fungsi saluran mata normal: tidak ada edema, pengeluaran air mata normal, dan bola mata simetris. Warna konjungtiva merah muda, dan sklera putih. Pada mata tidak ada lesi benda asing. Kornea transparan sehingga iris terlihat. Hasil pemeriksaan mata didapatkan kasus 1: mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik (berwarna putih), tidak ada gangguan penglihatan, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Kasus 2: mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik (berwarna putih), tidak ada gangguan penglihatan, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Dari hasil pengkajian kedua kasus tidak mengalami gangguan atau masalah pada mata. Pemeriksaan fisik hidung normal yaitu hidung simetris, tidak ada produksi sekret, tidak ada masa di dalam maupun di luar hidung, tidak adanya sumbatan pada hidung (Debora, 2012). Hasil pemeriksaan hidung didapatkan kasus 1 dan kasus 2 normal.

Pemeriksaan fisik abdomen didapatkan hasil kasus 1: terdapat bekas luka post operasi sectio caesarea kurang lebih 15 cm horizontal masih dibalut, tidak rembes, kontraksi teraba keras, nyeri post operasi, P: luka post operasi, Q: seperti diiris-iris, R: di bagian perut, S : skala 5, T: saat bergerak, hilang timbul, TFU: 1 jari dibawah pusat. Kasus 2: ada bekas luka post operasi sectio caesarea kurang lebih 15 cm horizontal masih dibalut, kontraksi teraba keras, nyeri luka post operasi, P: luka post operasi, Q: seperti diiris-iris, R: di bagian perut, S: skala 4, T: saat bergerak, post operasi skala 4, TFU: sepusat. Pemeriksaan fisik abdomen tampak luka post operasi sepanjang 15 cm tertutup kassa.

Hari pertama penulis tidak mencantumkan kondisi luka dikarenakan pada hari tersebut tidak dilakukan tindakan perawatan luka. Perawatan luka dilakukan pada hari ke-3 post operasi. Penulis berfokus melakukan

pengkajian tingkat nyeri, bising usus dan kondisi involusi uteri pada hari pertama. Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, apabila seseorang belum merasakan nyeri sebelumnya maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri.

Pemeriksaan perineum dan genitalia didapatkan hasil kasus 1: vagina: integritas kulit baik, tidak ada edema, tidak ada memar, perineum : utuh, kebersihan: bersih, lochia jenis/warna: merah kehitaman (rubra) 50 cc dalam 4 jam, bau: anyir khas vagina, hemorroid: tidak ada. Kasus 2: vagina: integritas kulit baik, tidak ada edema, tidak ada memar, perineum: utuh, kebersihan: bersih, lochia jenis/warna: merah kehitaman (rubra) 30 cc dalam 2 jam, bau: anyir khas vagina, hemorroid: tidak ada. Istirahat dan kenyamanan didapatkan hasil kasus 1: pola tidur: sejak dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur 3-4 jam/hari, pola tidur saat ini: mudah terbangun, bayi rewel karena belum bisa minum ASI, keluhan ketidak nyamanan : pasien merasa kurang tidur dan tidak puas tidur. Kasus 2: pola tidur: sejak dirawat di RS pasien tidur 5-6 jam tidur saat ini mudah terbangun.

Mobilisasi dan latihan didapatkan hasil kasus 1: saat pengkajian pasien belum bisa miring kanan dan miring, masih takut untuk bergerak, pasien hanya dapat bergerak sangat terbatas. Pasien tidak tau cara mobilisasi setelah operasi. Pasien mengatakan ini merupakan pengalaman pertama dirinya melahirkan dan dilakukan pembedahan. Kasus 2: saat pengkajian pasien mengatakan badan masih lemas. Pasien belum tau cara melakukan pergerakan karena baru pertama kali dioperasi. Pasien mengatakan belum berani merubah posisi badannya dikarenakan nyeri di perut. Pasien tampak lemas. Tampak berbaring ditempat tidur. Pasien belum bisa memiringkan badannya. Cairan dan nutrisi didapatkan hasil kasus 1: pasien terpasang infus RL 500 ml 20 tpm. Saat dikaji pasien mengatakan baru minum setengah gelas (100 ml) setengah jam yang lalu. Saat dikaji pasien belum makan. Kasus 2: Pasien terpasang infus RL 500 ml 20 tpm. Saat dikaji pasien mengatakan belum makan dan minum sejak keluar dari ruang operasi.

Pola eliminasi didapatkan hasil kasus 1: pasien terpasang cateter urine, produksi urine 300 cc sejak pukul 11.00 WIB. Pasien mengatakan belum BAB setelah operasi. Kasus 2: pasien terpasang cateter urine, produksi urine 220 cc, pasien mengatakan belum BAB sejak pagi tadi. Keadaan mental

didapatkan hasil kasus 1: pasien merasa bahagia atas kelahiran anak pertamanya. Kelahiran anaknya adalah hal yang dinanti-nanti oleh pasien dan keluarga. Pasien merasa ingin segera sembuh dan ingin segera pulang merawat anaknya dirumah. Kasus 2: pasien merasa bahagia atas kelahiran anaknya, kehamilan anak kedua merupakan kehamilan yang direncanakan. Pasien mengatakan ingin segera memulihkan kondisinya dan ingin segera pulang berkumpul dengan keluarga.

Sosial budaya didapatkan hasil kasus 1: hubungan pasien dengan pasien lain baik, terjalin interaksi baik antar pasien. Pasien menganut budaya jawa yang dijunjung tinggi. Kasus 2: hubungan pasien dengan pasien lain baik, terjalin interaksi baik antar pasien. Pasien menganut budaya jawa yang dijunjung tinggi. Spiritual didapatkan hasil kasus 1: saat dikaji pasien mengatakan selalu berdoa diberi kesehatan dan keselamatan pada dirinya dan keluarganya. Kasus 2: pasien beragama islam, pasien selalu melafadzkan istighfar ketika sedang kesakitan.

Pemeriksaan penunjang laboratorium yang dilakukan pada kedua kasus adalah pemeriksaan darah lengkap. Kasus 1 didapatkan hasil pemeriksaan hemoglobin 12 gr% adalah normal. Sedangkan kasus 2 hasil pemeriksaan hemoglobin adalah 10,5 gr% menunjukkan hemoglobin dibawah normal. Normal pemeriksaan hemoglobin perempuan yaitu 12-16 gr/%. Kadar haemoglobin dalam darah maupun kerja atau fungsi yang optimal dalam tubuh dipengaruhi oleh beberapa hal meliputi makanan atau gizi, fungsi jantung dan paru, fungsi organ tubuh lain seperti ginjal dan hepar, merokok, dan penyakit yang menyertai (Rindamusti, 2012). Menurut Depkes RI fungsi haemoglobin antara lain untuk mengatur pertukaran oksigen dengan karbondioksida di dalam jaringan tubuh, mengambil oksigen dari paru-paru kemudian diedarkan ke seluruh jaringan tubuh untuk digunakan sebagai bahan bakar, membawa karbondioksida dari jaringan tubuh sebagai hasil metabolisme (Snopny, 2010).

C. Analisis Diagnosa Keperawatan

Pada kasus I dan II terdapat 3 diagnosa yang dapat diangkat antara lain nyeri akut, hambatan mobilitas fisik dan resiko infeksi. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, penulis menegaskan diagnosa keperawatan utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka insisi

pembedahan). Kasus I ditandai dengan pasien mengatakan nyeri setelah di operasi pada bagian perut terasa panas seperti diiris-iris saat bergerak dengan nyeri di skala 5 dan pasien tampak meringis menahan nyeri. Hasil pengkajian kasus II ditandai dengan pasien mengatakan nyeri setelah operasi di bagian perut seperti diiris-iris saat bergerak dan hilang timbul dengan nyeri di skala 4, pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak.

Diagnosa kedua adalah Hambatan Mobilitas Fisik yang merupakan suatu keterbatasan pergerakan mandiri dari satu posisi ke posisi lain di tempat tidur, kondisi terkait yang berhubungan dengan stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan (NANDA,2018).

D. Analisis Intervensi Keperawatan

Berdasarkan asuhan keperawatan pada kedua kasus kelolaan sesuai dengan 2 diagnosis keperawatan yang sama. Diagnosis pertama adalah nyeri akut. Penulis membuat intervensi sesuai dengan SIKI yaitu dengan label manajemen nyeri rician berupa “observasi” identifikasi skala nyeri, identifikasi respon non verbal dan identifikasi lokasi, karakteristik duras frekuensi, ualitas, intensitas nyeri. Untuk Terapeutik “ berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dan fasilitasi istirahat tidur” dalam hal ini penulis memilih beberapa teknik pengurang nyeri yaitu relaksasi Benson, teknik Guided Imagery dan mendengarkan Murottal Al-Qur’an. Prosedur relaksasi Benson meliputi langkah-langkah respon relaksasi dilakukan dengan sebagai berikut, pilihlah kalimat spiritual yang akan digunakan, duduk/tiduran dengan santai, tutup mata, kendurkan otot otot, bernafas dengan alamiah (Ralph C, Benson 2008 dalam Wahyu 2018). Kemudian muai dengan mengucapkan kalimat spiritual yang dibaca secara berulang, bila ada pikiran mengganggu, kembalilah fokuskan pikiran lakkan 10 sampai 20 menit (Sanjaya,J, 2015 dalam Wahyu 2018). Teknik Guided Imagery yaitu dengan cara penulis meminta kepada klien perlahan-lahan menutup matanya dan meminta klien fokus dalam nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Rahmayati, 2010 dalam Maharani 2017). Pada “edukasi” jelaskan strategi meredakan nyeri dan anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Pada kolaborasi yaitu dengan kolaborasi pemberian

anlgetik. Diagnosis kedua adalah Hambatan Mobilitas Fisik. Berdasarkan diagnosis tersebut penulis membuat intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI yaitu *dukungan mobilisasi* dengan rincian intervensi berupa “observasi” dengan identifikasi nyeri atau keluhan nyeri lainnya. Untuk “terapeutik” yaitu fasilitasi alat bantu pegangan dan melibatkan keluarga dalam membantu pasien melakukan ambulasi. Pada “edukasi” jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, anjurkan mobilisasi dini yang harus dilakukan.

Implementasi yang dilakukan antara lain melakukan pengkajian tingkat nyeri pada 3 jam pertama dan memberikan pendidikan kesehatan dengan mengajarkan tentang *guided imagery* pada ibu *post sectio caesarea* pada hari ke 0 setelah 10 jam pertama *post* operasi kepada pasien. Menurut hasil observasi penulis yang dilakukan pada kedua kasus, kasus 1 pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan bertambah sakit bila bergerak pada bagian luka operasi dengan skala 4, nyeri berkurang dan klien mengatakan lebih nyaman.

Sedangkan kasus 2 dapat mempraktekan *guided imagery* dengan bantuan suami secara mandiri. Menurut Rahmayati, 2010 dalam Maharani 2017, tahap pelaksanaan teknik *Guided Imagery* yaitu dengan cara penulis meminta kepada klien perlahan-lahan menutup matanya dan meminta klien fokus dalam nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang. Penulis mengajarkan *Guided Imagery* pada pasien. Berdasarkan hasil observasi dan implementasi didapatkan Kasus 1 pasien mampu melakukan *Guided Imagery* dengan bantuan penulis kemudian mencoba untuk melakukan *Guided Imagery* secara mandiri dibantu oleh suami. kasus 2 pasien mampu melakukan *Guided Imagery* dengan bantuan penulis, namun belum dapat mempraktekan sendiri.

E. Analisis Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan yang terakhir untuk menentukan tercapainya asuhan keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Evaluasi membandingkan antara intervensi dan hasil dari implementasi keperawatan. Berdasarkan lamanya perawatan pada kasus 1 dan kasus 2 asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari.

1. Nyeri akut

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, evaluasi akhir dari diagnosis ini didapatkan pada kasus 1 masalah sudah teratasi ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang, P: luka post operasi, Q: saat bergerak, R: bagian perut bawah, S: Skala 2, T: hilang timbul. Data objektif pasien sudah tampak tenang. Karena nyeri pasien masih dalam skala 2 perawat melakukan *discharge planing* memotivasi pasien untuk melakukan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri. Sedangkan pada kasus 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dengan masalah sudah teratasi ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan nyeri, P: luka post operasi, Q: saat bergerak, R: bagian perut bawah, S: Skala 1, T: hilang timbul. Data objektif: pasien tampak tenang, pasien dapat menontrol nyeri dengan relaksasi Benson, teknik *Guided Imagery*, dan mendengarkan Murrotal Al-Qur'an.

Skala nyeri yang dirasakan pasien kasus 1 dan kasus 2 berbeda. Kasus 1 merupakan pasien dengan riwayat obstetri P2A0 sedangkan kasus 2 adalah P3 A0. Kasus 2 diasumsikan sudah pernah mengalami nyeri pada kelahiran anak pertama dan keduanya dengan cara *sectio caesarea*, kadar nyeri seseorang akan berbeda. Sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, apabila seseorang belum merasakan nyeri sebelumnya maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri. Dapat diambil kesimpulan bahwa seorang pasien *post sectio caesarea* akan mengalami coping nyeri yang berbeda berdasarkan pengalaman nyerinya (Potter dan Perry, 2006).

2. Hambatan mobilitas di tempat tidur

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, evaluasi akhir dari diagnosis ini didapatkan pada kasus 1 sudah teratasi dengan data subjektif: pasien mengatakan dapat merubah posisi di tempat tidur. Berjalan secara mandiri. Sedangkan pada kasus 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari dengan masalah sudah teratasi dengan data subjektif: pasien mengatakan sudah dapat berjalan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus pada kasus 1 dan kasus 2 dengan nyeri akut di bangsal Sakinah PKU Muhammadiyah Yogyakarta disimpulkan bahwa :

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada kedua kasus kelolaan didapatkan kasus 1 dan kasus 2 dalam kategori usia dewasa. Dengan keluhan utama keduanya sama sama nyeri pada bagian *post* operasi. Pengkajian status obstetri kasus 1 dan kasus 2 memiliki perbedaan yaitu kasus 1 dengan P2A20 sedangkan kasus 2 P3A0.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis pada kedua kasus adalah sama yaitu: nyeri akut dan hambatan mobilitas fisik Diagnosa yang menjadi prioritas adalah nyeri akut.

3. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada kedua kasus sama berdasarkan NIC: Manajemen Nyeri. Perbedaan implementasi pada kedua kasus terletak pada kemampuan pasien mempraktekan latihan yang diajarkan pada klien dan tingkat nyeri. Kasus 1 belum mampu mempraktekan *Guided Imagery* secara mandiri dan skala nyeri terakhir 2 sedangkan pada kasus 2 mampu mempraktekan *Guided Imagery* mandiri dan skala nyeri 1.

4. Evaluasi

Pencapaian yang diharapkan pada kedua kasus adalah sama. Perbedaan hasil evaluasi adalah kasus 2 lebih mandiri dibandingkan dengan kasus 1.

B. Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan dapat mempraktekan beberapa metode yang telah diajarkan penulis untuk mengurangi nyeri di rumah. Selain itu diharapkan pasien dapat mencari lebih banyak informasi terkait dengan manajemen nyeri *post sectio caesarea* untuk mengurangi nyeri pasien selain informasi dari rumah sakit.

2. Bagi Mahasiswa

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan menjadi sumber bacaan dan referensi mahasiswa dalam peningkatan ilmu keperawatan, sehingga bisa meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan nyeri akut .

3. Bagi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Diharapkan bagi institusi pendidikan dapat menambah wawasan dan referensi dalam kegiatan pembelajaran terutama mengenai asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien *post sectio caesarea*.



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiati, Siti.(2018). Laporan Kasus Dengan Kesiapan Meningkatkan Pemberian ASI pada Pasien Post Sectio Caesarea di PKU Muhammadiyah Bantul. Jurnal
- Bulechek, Gloria M, dkk. 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC) edisi 6*. Singapura: Elsevier.
- Bobak dkk.(2005). Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4. Jakarta:EGC.
- Brooker.(2009). *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Dinas Kesehatan.(2017). Profil Kesehatan Provinsi Di Yogyakarta. Diakses: 14 Mei 2019 dari www.depkes.go.id/14_DIY_2017
- Fitri.(2013). Gizi dan Kesehatan Reproduksi. Jogjakarta: Cakrawala Ilmu.
- Indiarti.(2009). Panduan Lengkap Kehamilan, Persalinan dan Perawatan Bayi. Yogyakarta:Diglossia Media.
- Gadysa, G.(2009). Persepsi Ibu Tentang Metode Massage. Diakses tanggal 4 Mei 2019.
- Gondo, H.K.(2011) Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) pada Postpartum Blues. Bagian Obstet. Dan Ginekol. Fak. Kedokt. Univ. Wijaya Kusuma Surabaya.
- Herdman, T. Heather. 2018. *NANDA-I diagnosa keperawatan: definisi dan klasifikasi 2018-2020 edisi 11*. Jakarta: EGC.
- Jitowiyono dkk.(2012). Asuhan Keperawatan Post Operasi. Yogyakarta: Nuha Medica
- Judha dkk.(2012). *Teori Pengukuran Nyeri dan Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Kasdu, Dini.(2003). Operasi Caesar Masalah dan Solusinya. Puspa Sehat. Jakarta.
- Kemenkes RI.(2015). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Koblinsky M, Timyan J, Gay Jill.(2012). Sebuah Perspektif Global Kesehatan Wanita.Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Maryunani.(2010). Nyeri Dalam Persalinan Teknik dan Cara Penanganannya. Jakarta: TIM.
- Mochtar, Rustam.(2015). Sinopsis Obstetri. Jakarta: EGC.
- Moorhead, Sue, dkk. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi 5*. Singapura: Elsevier.

Potter, P.A & Perry, A. G.(2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik. Edisi Keempat, Volume Kedua*. Jakarta: EGC.

Riskesdas.(2013). *Penyajian Pokok-Pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemetrian Kesehatn RI.

Manuaba,Ibg.(2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Kb Untuk Pendidikan Bidan Edisi 2*. Jakarta: EGC.

Nurudin, Andri.(2017). *Laporan Kasus Pasien dengan Nyeri Post Operasi Transurethral Resection of the Prostate (TURP) pada Pasien dengan Benigna Prostat Hiperplasi (BPH) RSUD Muhammadiyah Bantul*.

Prawirohardjo, S. (2010). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Potter, P.A & Perry, A. G.(2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik. Edisi Keempat, Volume Kedua*. Jakarta: EGC.

Potter & Perry.(2012). *Fundamental of Nursing 3e*. Diakses: 30 Oktober 2017 dari https://books.google.co.id/books?id=gTXx5z9iv8MC&printsec=frontcover&dq=potter+and+perry+2012&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwj5xKS_pJLYAhXGpI8KHcftAhUQ6AEILzAB#v=onepage&q=potter%20and%20perry%2012&f=false

Priharjo, R.(2003). *Perawatan Nyeri*. Jakarta: EGC

Rohmah & Walid.(2010). *Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media

www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf

Sulistyowati, A dan Nugraheny, E.(2010). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

Smeltzer & Bare.(2008). *Textbook of Medical Surgical Nursing Vol.2*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Smith, J. R.(2012). *Postpartum Hemorrhage. Departments of Obstetrics and Gynecology and Diagnostic Imaging. Medscape*

Sutrisno.(2012). *Pengaruh Guided Imagery and Music (GIM) terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Banyumas*. Universitas Jendral Soedirman. Purwokerto.

Smeltzer, Suzanne C,. (2002). *Brunner And Suddarth's Text Book Of Medical Surgical Nursing. Vol 1 Ed 8*. Jakarta: EGC.

Sugiyono.(2001). *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta.

World health organization. Priority Medicines for Europe and the World “A Public Health Approach to Innovatio. Diakses: 14 Mei 2019 dari <https://www.who.int/features/qa/12/en/>

World Health Organization(WHO).(2015).World Health Statistik. Diakses: 14 Mei 2019 dari <https://www.who.int/features/qa/12/en/>

Whalley.(2008). Panduan Lengkap Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan. Jakarta: Salemba medika.

Yuli Aspiana, Reni.(2017). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA NIC dan NOC. Jakarta: Trans Info Media.



LAMPIRAN



Lampiran I

No	Jadwal Kegiatan	Maret	April	Mei	juni	juli	agustus
1	Pembagian pembimbing						
2	Pengajuan Judul						
3	Penyusunan judul						
4	Penyusunan BAB I						
5	Penyusunan BAB II						
6	Pengambilan kasus di RS						
7	Penyusunan BAB III						
8	Penyusunan BAB IV						
9	Penyusunan BAB V						
10	Ujian KIAN						
11	Revisi dan Penjilidan						
12	pengumpulan						

Lampiran II



KARTU BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NAMA : Ayu Ningtyas Andrianr
 NIM : 1810206099
 PEMBIMBING : Sarwinanti M.Kep., SP.K
 JUDUL : Laporan Kasus Pada Pasien Part Section Caesarea (SC)
 Dengan Masalah Nyeri Akut di Ruang Saktinah PKU Muhammadiyah Yogyakarta

PROGRAM STUDI

Konsultasi ke	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan dan Aragan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Selasa 2 - April - 2019	Acc Judul	
2.	Jum'at 12 - April - 2019	Revisi Askep	
3.	Selasa 14 - Mei - 2019	Revisi Askep + pembatasan	
4.	Selasa 6 - Agustus 2019	Acc BAB I, II, III, IV, V Lampiran	
5.	Selasa 30 - Juli - 2019	Revisi Bab I, II	
6.	Jum'at 2 Agustus 2019	Acc Laporan	



KARTU BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NAMA :
NIM :
PEMBIMBING :
JUDUL :

Konsultasi ke	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
7	6 - Sep - 2019	ACC pembimbing	
8	6 - Sep - 2019	ACC	

