

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN
PADA PASIEN NYERI PASCA *SECTIO CAESAREA* DI RUMAH SAKIT
HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

WIDYA ANDRIANI
NIM.P05120219089

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

TAHUN 2022

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN
PADA PASIEN NYERI PASCA *SECTIO CAESAREA* DI RUMAH SAKIT
HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2022

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma Tiga
Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

Disusun Oleh:

WIDYA ANDRIANI
NIM.P05120219089

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2022

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN
PADA PASIEN NYERI PASCA *SECTIO CAESAREA* DI RUMAH SAKIT
HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

WIDYA ANDRIANI

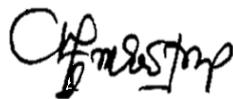
P05120219089

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipresentasikan di Hadapan
Tim Penguji Program Studi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 28 Juni 2022

Oleh:

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



**Asmawati, S.Kp., M.Kep
NIP. 197502022001122002**

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN
PADA PASIEN NYERI PASCA *SECTIO CAESAREA* DI RUMAH SAKIT
HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

WIDYA ANDRIANI
P05120219089

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipresentasikan di Hadapan
Tim Penguji Program Studi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 29 Juni 2022

Panitia Penguji

1. **Widia Lestari, S.Kep.M.Sc**
NIP. 198106052005012004


(.....)

2. **Ns. Kheli Fitria, M.Kep.Sp.Mat**
NIP. 198307132010012008


(.....)

3. **Asmawati, S.Kp., M.Kep**
NIP. 197502022001122002


(.....)

Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Keperawatan



Asmawati, S.Kp., M.Kep
NIP. 197502022001122002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan yang maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nyalah maka penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pemenuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC di rumah sakit Harapan dan Doa kota Bengkulu ”. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasehat dari berbagai pihak sehingga dapat diselesaikan tepat waktunya. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Eliana S.KM, M.PH selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Asmawati, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, sekaligus pembimbing yang telah menginspirasi dan banyak meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Widia Lestari, S,Kep,M,Sc, dan Ns. Kheli Fitria, M.Kep.,Sp.Mat selaku dewan penguji yang telah memberikan banyak arahan dan masukan pada penulis sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini bisa terselesaikan dengan baik.
5. Seluruh Dosen dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi dimasa yang akan datang. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, 24 Juni 2022

Widya Andriani

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“ Berpikir positif, tidak peduli seberapa keras kehidupanmu ”.

PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ini Saya Persembahkan Untuk :

1. Trimakasih kepada diri saya sendiri Widya Andriani yang sudah berjuang dan bertahan dalam menyelesaikan pendidikan sehingga berada pada titik ini.
2. Kedua Orang Tua ku tercinta bapak Arinal & ibu Ema Firdayani yang telah banyak memberikan doa dan semangat, memberikan dukungan dan selalu memberikan motivasi untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga ilmu yang didapatkan dari karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua terutama kepada keluarga.
3. Pasien kelolaan Ny.P dan keluarga beserta seluruh perawat, bidan, dokter, dan seluruh tenaga media lain yang bertugas di Ruang Musdalifah RSHD Kota Bengkulu.
4. Kakaku, Ari Saputra S.Kom, yang selalu memberi semangat dan dukungan kepada peneliti.
5. Teruntuk Sony Trisno Asto Putra, Nurul Afni , yang selalu memotivasi dan mendukung satu sama lain.
6. Teman tim maternitas Tiara, Anisa, Arien, Friska, Vezka yang telah bimbingan dan berjuang bersama hingga akhirnya berada di titik ini.
7. Terimakasih untuk kakak dan adik – adik Kp ku Amelia, Winda, Larenza dan Ario yang telah ikut membantu dan mendoakan dalam menyelesaikan karya tulis ini.
8. Teman-teman seperjuangan ENC'14 terutama kelas 3B yang telah menemani peneliti selama proses pembelajaran, hingga tahap penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Teman-teman seperjuangan ENC'14 yang telah menemani peneliti selama proses pembelajaran, hingga tahap penyusunan karya tulis ilmiah ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
PERSEMBAHAN	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Teori <i>Sectio Caesarea</i>	6
1. Definisi	6
2. Etiologi	6
3. Klasifikasi	8
4. Patofisiologi	8
5. Komplikasi	9
6. Indikasi	10
7. Kontraindikasi	10
8. Dampak	10
9. Penatalaksanaan	11
B. Konsep nyeri	11
1. Definisi Nyeri	11
2. Fisiologis Nyeri	11
3. Faktor – faktor yang mempengaruhi Nyeri	13
4. Klasifikasi Nyeri	14
5. Pengkajian Nyeri	15

6. Metode pengukuran intensitas nyeri	16
7. Penanganan Nyeri	17
C. Konsep Asuhan Keperawatan	19
1. Pengkajian	19
2. Diagnosa Keperawatan	25
3. Pencanaan Keperawatan	26
4. Implementasi	31
5. Evaluasi	31
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	33
A. Jenis Studi Kasus	33
B. Subjek penelitian	33
C. Fokus Studi Kasus.....	33
D. Definisi Operasional	34
E. Tempat dan Waktu	34
F. Pengumpulan Data	34
G. Prosedur Pengumpulan Data	36
H. Penyajian Data	36
I. Etika Studi Kasus	36
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	38
A. Hasil Studi Kasus	38
B. Pembahasan.....	62
BAB V PENUTUP.....	68
A. Kesimpulan	66
B. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala deskriptif verbal.....	15
Gambar 2.2 Numeric Ranting Scale.....	16

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan.....	25
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	27
Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium.....	43
Tabel 4.2 Penetalaksanaan medis.....	43
Tabel 4.3 Analisa Data.....	45
Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan.....	47
Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan.....	49
Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan	53
Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan	58

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Biodata penulis
- Lampiran 2 : SOP pemberian inhalasi aromaterapi lavender
- Lampiran 3 : SOP terapi relaksasi Benson
- Lampiran 4 : Foto dokumentasi
- Lampiran 5 : Format pengkajian
- Lampiran 6 : Lembar Bimbingan
- Lampiran 7 : Surat izin pra penelitian Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
- Lampiran 8 : Surat izin pra penelitian Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
- Lampiran 9 : Surat izin pra penelitian RS Harapan dan Doa Kota Bengkulu
- Lampiran 10 : Surat izin penelitian Poltekkes Kemenkes Bengkulu
- Lampiran 11 : Surat izin penelitian Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu
- Lampiran 12 : Surat izin penelitian RS Harapan Dan Doa kota Bengkulu
- Lampiran 13 : Surat keterangan selesai penelitian RS Harapan dan Doa kota Bengkulu

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio Caesarea (SC) merupakan proses pembedahan pada persalinan buatan yang dilakukan dengan cara melakukan insisi pada dinding perut dan rahim ibu untuk mengeluarkan hasil konsepsi janin. *Caesarea* merupakan tindakan yang bertujuan menyelamatkan ibu maupun bayi. Setiap pembedahan SC harus didasarkan atas indikasi, yaitu pertimbangan-pertimbangan yang menentukan bahwa tindakan perlu dilakukan demi kepentingan ibu dan janin (Dermawan, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, angka persalinan SC terus meningkat di seluruh dunia hingga melebihi kisaran 10%-15% per 1000 kelahiran di dunia (Febiantri & Machmudah, 2021). Angka prevelensi SC tertinggi di Amerika Latin dan Kaliba, yaitu (40,5 %), Eropa (19,2%), Asia (19,2%) dan Afrika (7,3%). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar, prevalensi SC di Indonesia tahun 2018 adalah (17,6%), dan prevelensi tertinggi yaitu Provinsi DKI Jakarta (31,3%) dan terendah yaitu Papua (6,7%). Peningkatan ini disebabkan adanya hambatan pada janin maupun ibu, sebagian operasi SC dilakukan atas permintaan ibu yang tidak ingin menjalani persalinan normal karena adanya rasa takut (Febiantri & Machmudah, 2021).

Salah satu dampak SC yaitu nyeri pasca SC, yang diakibatkan oleh adanya tindakan insisi atau robekan pada jaringan di dinding perut depan. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial tanpa melihat sifat, pola atau penyebab nyeri. Lokasi nyeri yang dirasakan pasca SC adalah pada bagian punggung dan tengkuk. Nyeri terjadi karena pengaruh dari efek penggunaan anastesi epidural saat proses operasi. Rasa nyeri yang dirasakan pada pasien post SC akan menimbulkan gangguan rasa nyaman (Febiantri & Machmudah, 2021).

Karakteristik nyeri SC adalah nyeri akut yang meningkat atau sangat hebat pada satu hari pasca operasi. Periode nyeri akut rata-rata berlangsung 1-3 hari (Potter & Perry, 2010). Berdasarkan penelitian Puspitasari & Ekacahyaningtyas (2020) didapatkan hasil karakteristik nyeri yang dirasakan ibu adalah nyeri seperti tersayat – sayat, dengan skala 7, nyeri di bagian perut tengah, terdapat luka jahitan sepanjang kurang lebih 15 cm, nyeri timbul setiap 2 menit dan bertambah jika terlalu banyak gerak. Keparahan nyeri yang dirasakan ibu post SC tergantung pada fisiologi dan psikologis ibu dan toleransi yang ditimbulkan akibat nyeri (Puspitasari & Ekacahyaningtyas, 2020).

Nyeri yang tidak diatasi secara adekuat menimbulkan efek yang membahayakan seperti gangguan mobilisasi ibu, terganggunya aktivitas sehari-hari atau *activity of daily living* (ADL), terhambatnya *bonding attachment* (ikatan kasih sayang) dan inisiasi menyusui dini (IMD), kecemasan dan gangguan mobilitas yang membuat ibu merasa tidak nyaman atau menimbulkan ketidaknyamanan. Tidak

terpenuhi IMD karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak, jadi respon ibu terhadap bayi kurang, sehingga ASI yang mempunyai banyak manfaat bagi bayi maupun ibunya tidak dapat diberikan secara optimal (Shim et al., 2018).

Masalah keperawatan yang dapat muncul pada ibu dengan post SC Menurut (Ramandanty, 2019) yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, gangguan mobilitas fisik, konstipasi, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan tentang teknik menyusui, defisit pengetahuan tentang perawatan diri, gangguan proses keluarga, ansietas dan resiko infeksi. Masalah keperawatan yang berhubungan dengan kenyamanan antara lain gangguan rasa nyaman, ketidaknyamanan pasca partum, dan nyeri akut yang lazim disebabkan karena prosedur operasi, inflamasi dan latihan fisik yang berlebihan (PPNI 2018).

Dampak negatif dari nyeri akan mempengaruhi proses pemulihan ibu. Intervensi dalam mengatasi tindakan yang dapat dilakukan yaitu dengan cara farmakologi seperti pemberian analgesik. Penanganan nyeri secara

farmakologis dapat diatasi dengan cepat, analgesik dapat diberikan melalui oral, parenteral, rektal, dan transdermal. Analgesik yang kuat diperlukan untuk mengatasi nyeri sedang sampai berat yang disebabkan oleh luka setelah SC Ketorolac adalah obat golongan analgesik non narkotik yang mempunyai efek anti inflamasi dan antipiretik yang merupakan pilihan bagi pasien SC (Octasari et al., 2022). Namun pada saat masa kerja obat sudah habis maka rasa nyeri masih dirasakan oleh pasien. Selain itu pemberian obat-obatan kimia dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan efek samping yang membahayakan seperti gangguan pada ginjal (Pragholapati,2020), selain penatalaksanaan nyeri secara farmakologi, intervensi teraupetik yang dapat dilakukan yaitu dengan cara nonfarmakologis menurut Gondo yang dikutip oleh (Yusliana, 2016) yaitu dapat dilakukan dengan teknik relaksasi, terapi musik, terapi Benson, *focussing and imagery*, *support* pendamping, teknik pernafasan, aplikasi dengan kompres hangat atau dingin, dan aromaterapi.

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu tahun 2018 Pravelensi SC untuk provinsi Bengkulu mencapai (14,9%) yang artinya pravelensi SC mendekati angka pravelensi di dunia. Berdasarkan hasil data di Rumah Sakit Harapan dan Doa, jumlah SC pada tahun 2019 terdapat 182 pasien, dan pada tahun 2020 menurun menjadi 77 pasien dan 2021 terdapat 104 (Data register, RSHD,2020).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan melakukan asuhan keperawatan Gangguan Rasa Nyaman nyeri pada ibu post partum SC.

B. Identifikasi Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada ibu pasca partum SC pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC di Rumah Sakit Harapan & Doa kota Bengkulu?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Diketahui gambaran penerapan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC

2. Tujuan khusus

- a. Diketahui gambaran pengkajian pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC
- b. Diketahui gambaran diagnosis keperawatan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC
- c. Diketahui gambaran perencanaan keperawatan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC.
- d. Diketahui gambaran hasil dalam tindakan penerapan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC.
- e. Diketahui gambaran evaluasi dalam penerapan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC.

D. Manfaat

Studi kasus ini, diharapkan dapat memberikan manfaat untuk :

1. Bagi pasien dan Keluarga

Nyeri yang dirasakan berkurang sehingga *activity of daily living* (ADL) bagi ibu terpenuhi, meningkatkan rasa nyaman pada pasien dan menambah pengetahuan pasien untuk mengurangi nyeri pasca SC secara mandiri di rumah.

2. Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan dan wawasan perawat dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan berdasarkan teori-teori terbaru bagi pasien nyeri post SC

3. Bagi Institusi Pendidikan

a. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Mahasiswa mampu dalam menerapkan secara langsung konsep pembelajaran tentang SC, dapat melakukan asuhan perawatan dalam memnuhi rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC.

b. Bagi Dosen Keperawatan

Menambah referensi bahan ajar atau sumber pustaka keperawatan dan dapat diterapkan dalam proses belajar mengajar dalam fokus asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC yang berbasis bukti ilmiah melalui riset pada lahan praktik dan dalam proses belajar mengajar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Definisi

SC adalah suatu persalinan melalui suatu insisi pada dinding perut dengan sayatan uterus dengan janin dilahirkan dalam keadaan utuh dan berat janin di atas 500 gram (Rosselini et al., 2022).

SC merupakan proses persalinan untuk mengeluarkan bayi dengan aman, melalui metode pembedahan pada dinding abdomen atas indikasi tertentu (Kognisi et al., 2021).

2. Etiologi

Menurut Falentina (2019), penyebab SC adalah sebagai berikut :

a. Usia ibu

Usia pada saat kehamilan merupakan salah satu yang menentukan tingkat risiko kehamilan dan persalinan. Usia reproduksi sehat yang aman untuk seorang wanita hamil dan melahirkan adalah 20-35. Wanita hamil pada umur muda (< 20 tahun) dari segi biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum sepenuhnya optimal. Dari segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, dan emosional, pada usia lebih dari 35 tahun, elastisitas dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksi pada umumnya mengalami kemunduran, kadang terdapat penyakit degenerasi seperti hipertensi yang dapat berkembang ke arah pre eklamsi, juga wanita pada usia ini besar kemungkinan akan mengalami kelelahan jika dilakukan persalinan Pre-Eklamsi Berat (PEB).

b. Riwayat SC

Ibu yang melahirkan dengan mempunyai riwayat SC, tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Pada dasarnya seorang ibu yang bersalin pertamanya melalui tindakan bedah *caesar* maka pada kelahiran berikutnya akan dilakukan tindakan bedah cesar kembali,

namun hal tersebut bergantung pada indikasi sebelumnya, apakah indikasi tersebut bersifat sementara dan dapat dikendalikan pada persalinan berikutnya ataukah bersifat absolut yakni hal yang menetap dan tidak dapat dikendalikan seperti halnya panggul sempit. Riwayat SC sebelumnya berkemungkinan memiliki parut uterus atau rahim yang dapat mengakibatkan rupture uterus saat usia kehamilan semakin tua dan ukuran janin semakin membesar. Disamping itu kejadian parut dan rupture uterus juga meningkat dengan bertambahnya jumlah SC pada kehamilan selanjutnya (Andayasari et al., 2015).

c. Partus tak maju

Menurut Cunningham et.,al (2012) menyatakan partus tidak maju atau gagal maju (*failure to progress*) merupakan berhentinya pembukaan dan penurunan sekunder. Hal tersebut bisa mengakibatkan kelelahan pada ibu, dehidrasi bahkan dapat mengakibatkan syok, untuk itu pilihan yang dihadapi oleh ibu bersalin yang mengalami partus tidak maju adalah dilakukan SC.

d. Induksi gagal

Ibu yang melahirkan dengan induksi gagal tidak bisa melahirkan dengan cara normal.. Induksi gagal diartikan sebagai kegagalan timbulnya persalinan dalam satu siklus terapi, solusi pada kasus kegagalan induksi adalah dengan meneruskan induksi atau melakukan persalinan SC.

e. Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini merupakan suatu kejadian dimana ketuban pecah sebelum proses persalinan berlangsung, yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan dalam rahim. Dapat juga disebabkan oleh kombinasi kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan servik. Kondisi ini membuat air ketuban merembes ke luar sehingga air ketuban menjadi sedikit lalu lama kelamaan menjadi habis. Ketika air ketuban habis maka pada keadaan

tersebut janin harus segera dilahirkan karena dikhawatirkan mengalami fetal distress yang dapat mengancam janin (Prawirohardjo.S, 2010).

f. Penyakit penyerta

Penyakit penyerta seperti DM akan beresiko dilakukan tindakan SC karena indikasi mutlak janin seperti akromegali sedangkan penyakit hipertensi akan berisiko terjadi preeklamsi yang merupakan indikasi dilakukannya tindakan SC. Ibu dengan HBSAG + akan berpotensi besar menularkan atau menurunkan penyakitnya pada bayi jika melakukan persalinan dengan normal untuk itu lebih disarankan pada ibu positif HBSAG + untuk melakukan persalinan SC.

g. Gawat Janin

Normalnya detak jantung janin berkisar 120-160 kali/menit. Dikatakan gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin di atas 160 kali/menit atau di bawah 100 kali/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan. Penyebabnya bisa bermacam-macam seperti preeklamsi / eklamsi, partus lama, infeksi, keadaan tersebut menyebabkan janin harus segera dilahirkan, maka bedah caesar adalah tindakan yang biasanya dipilih untuk mengakhiri kehamilan.

3. Klasifikasi

Menurut Andriani (2012), terdapat beberapa macam operasi SC yaitu:

a. Insisi Pada Segmen Bawah Rahim.

Dilakukan dengan dua cara yaitu melintang dan memanjang. Kelebihan dari teknik ini : tidak menyebabkan perdarahan yang banyak, resiko terjadinya peritonitis rendah, luka dapat sembuh lebih sempurna

b. Insisi Memanjang Pada Segmen atau Uterus.

Pembedahan ini dilakukan jika insisi segmen bawah rahim tidak bisa dilakukan.

c. Sectio caecaria ekstra peritoneal.

Sekarang sudah jarang dilakukan, dulu sering dilakukan pada pasien yang mengalami infeksi intra uterin yang berat.

d. Sectio Caesaria Histeroctomi.

Dilakukan pengangkatan rahim karena ada beberapa penyebab Setelah SC, dilakukan hysteroktomi dengan indikasi, atonia uteri. plasenta accrete, myoma uteri, infeksi intra uteri berat.

4. Patofisiologi

Penularan perinatal adalah penularan yang terjadi pada saat persalinan. Sebagian besar ibu dengan HbeSAg positif akan menularkan infeksi hepatitis B secara vertikal kepada bayi yang dilahirkannya sedangkan ibu yang anti-HbeSAg positif tidak akan menularkannya. Kasus persalinan lama cenderung meningkatkan penularan vertikal jika lama persalinan lebih dari 9 jam. SC merupakan salah satu persalinan yang menjadi pilihan memiliki tingkat penularan terhadap bayi lebih rendah dibandingkan dengan persalinan pervaginam sehingga tindakan sectio caesaria merupakan upaya untuk mencegah transmisi vertikal hepatitis B (Anandah, 2019)

5. Komplikasi pada ibu

Komplikasi pada seksio sesarea menurut Mochtar (2013) adalah sebagai berikut:

a. Infeksi puerferral (nifas)

- 1) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.
- 2) Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- 3) Berat dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik.

Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.

b. Perdarahan

Perdarahan pada SC terjadi karena adanya atonia uteri, banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, dan perdarahan pada *placental bed*. Perdarahan paska melahirkan biasanya didefinisikan sebagai hilangnya darah lebih dari 500 ml setelah kelahiran normal tanpa komplikasi, atau 1000 ml setelah kelahiran sesar. Perdarahan paska melahirkan dapat berlangsung dini (24 jam) atau akhir (antara 14 jam dan 6 minggu setelah kelahiran) (Johnson, 2014).

- c. Luka kandung kemih, dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
- d. Ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang
- e. Emboli paru

6. Indikasi Sectio Caesarea

- a. Indikasi SC berasal dari ibu adalah panggul sempit, adanya riwayat kehamilan dan proses melahirkan yang buruk, plasenta previa terutama pada primipara, solusio plasenta *grade* I-II, komplikasi kehamilan, penyakit penyerta pada saat hamil (jantung, DM), gangguan jalan lahir (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya (Manuaba, 2012).
- b. Indikasi berasal dari janin gawat janin yaitu prolapsus tali pusat, malpresentasi dan posisi kedudukan janin (Nurarif & Kusuma, 2015).

7. Kontraindikasi sectio caesarea

- a. Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil.
- b. Jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk tidak tersedia.
- c. Dokter bedah yang tidak berpengalaman, dan keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai (Bureau, 2013).

8. Penatalaksanaan SC

Menurut Hartanti (2016), ibu post SC perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

a. Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya.

b. Ruang perawatan

1) Monitor tanda–tanda vital

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

2) Pemberian obat – obatan

Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti, tramadol, antrain, ketorolac. Pemberian antibiotik seperti *ceftriaxone*, *cefotaxime*, dan sebagainya.

c. Terapi cairan dan diiet

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan, namun apabila pengeluaran urine turun, dibawah 30 ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali. Cairan yang biasa diberikan biasanya Dextrose 1%, garam fisiologi dan Ringer Lactat sevara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan.

d. Ambulasi

Ambulasi dilakukan 6 jam pertama setelah operasi harus tetap baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.

e. Perawatan luka

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

B. Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pasca SC

1. Definisi Kenyamanan

Kenyaman / rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilansehr-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan *transenden* (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dari nyeri). kenyamanan dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh, sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial, psikospiritual berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan, dan lingkungan berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna dan unsur alamiah lainnya. Nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya. Ketidaknyamanan atau nyeri pasca SC merupakan keadaan yang harus diatasi dengan manajemen nyeri, karena kenyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia (Evrianasari dan Yosaria, 2019).

2. Definisi Nyeri SC

Nyeri pasca SC adalah nyeri yang disebabkan adanya insisi dan jaringan yang rusak. Sensasi nyeri yang dirasa tergantung pada persepsinya, Persepsi setiap pasien terhadap nyeri berbeda-beda tergantung nilai ambang batas nyerinya. Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Astutik dan Kurlinawati, 2017).

Tindakan operasi SC menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan (Rini & Susanti, 2018). Rasa nyeri merupakan mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan rusak dan menyebabkan individu untuk bereaksi untuk

menghilangkan rangsangan nyeri. Rasa nyeri biasanya terjadi 12 sampai 36 jam setelah operasi, dan menurun pada hari ketiga.

3. Fisiologis Nyeri SC

Proses nyeri dimulai ketika bagian tubuh terluka oleh tekanan, pemotongan, dingin atau kekurangan oksigen dalam sel, maka bagian tubuh yang cedera akan merilis berbagai macam intraseluler zat dilepaskan ke ruang ekstraselular maka akan mengiritasi nosiseptor. Saraf ini akan merangsang dan bergerak sepanjang serat-serat saraf atau neurotransmisi yang akan menghasilkan zat yang disebut neurotransmitter, seperti empat prostaglandin dan epinefrin yang membawa pesan rasa sakit dari sumsum tulang belakang diteruskan ke otak dan dirasakan sebagai nyeri (Marfua, Dewi et al., 2019).

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri SC

Menurut (Andarmoyo, 2013), faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut :

1) Pengalaman sebelumnya

Seseorang dengan banyak pengalaman terhadap nyeri akan mampu mentoleransi nyeri dengan baik. Seseorang yang pernah merasakan nyeri cenderung lebih siap dalam mengantisipasi nyeri daripada yang belum pernah merasakan nyeri.

2) Ansietas menghadapi persalinan SC

Nyeri dan kecemasan bersifat kompleks. Kecemasan mungkin akan meningkatkan persepsi nyeri seseorang namun secara umum hal ini tidak sepenuhnya benar. Kecemasan yang dirasakan seseorang biasanya meningkatkan persepsi tentang nyeri .

3) Budaya individu mempelajari apa yang diajarkan dan apa yang diterima dalam budaya mereka. Keyakinan dan nilai-nilai budaya memiliki pengaruh pada seseorang dalam menangani nyeri.

4) Jenis kelamin respon nyeri pada laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan yang signifikan.

- 5) Kelelahan - kelelahan yang dirasakan tiap individu dapat meningkatkan rasa nyeri dan mengurangi kemampuan individu untuk mengatasinya.
- 6) Dukungan keluarga dan sosial seseorang yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan dan perlindungan dari anggota keluarga lainnya. Dukungan dari keluarga serta lingkungan sosial dapat meringankan rasa nyeri yang dialaminya.

4. Klasifikasi Nyeri SC

Klasifikasi nyeri post SC dapat dibedakan menurut tempat dan sifatnya . beberapa karakteristik nyeri yang dapat terjadi pada pasien SC antara lain Dibawah ini diuraikan beberapa karakteristik nyeri (Mubarak et.al ,2015).

a. Menurut Tempat :

- 1) *Peripheral pain*, nyeri yang terasa pada permukaan tubuh. Misalnya pada kulit atau mukosa
- 2) *Central pain*, terjadi karena perangsangan pada susunan saraf pusat, medula spinalis, batang otak dan lain-lain.
- 3) *Psychogenic pain*, nyeri dirasakan tanpa penyebab organik, tetapi akibat dari trauma psikologis.
- 4) *Radiating pain*, nyeri yang dirasakan pada sumbernya yang meluas ke jaringan sekitar.
- 5) Nyeri somatis dan nyeri viseral, kedua nyeri ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (superfisial) pada otot tulang.

b. Menurut sifat :

- 1) *Insidenta*, timbul sewaktu-waktu dan kemudian menghilang.
- 2) *Paroxysmal*, nyeri dirasakan berintegritas tinggi dan kuat sekali serta biasanya menetap 10-15 menit, lalu menghilang dan kemudian timbul kembali.

5. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri dilakukan oleh perawat dengan observasi keseluruhan. Perawat harus percaya saat pasien melaporkan nyeri yang

dialaminya, meskipun saat observasi perawat tidak menemukan adanya cedera atau luka. Setiap rasa nyeri yang dilaporkan pasien adalah nyata (Prasetyo, 2010). Karakteristik nyeri pada pasien pasca operasi SC dengan metode P, Q, R, S, T, yaitu :

a. Faktor pencetus (*Provocate*)

Penyebab atau pencetus rangsangan nyeri pada pasien pasca operasi SC yaitu nyeri yang terjadi dikarenakan luka akibat dari bekas operasi yang menimbulkan trauma pada jaringan. Trauma tersebut mengirimkan impuls syaraf yang kemudian direspon otak sehingga nyeri yang terjadi dapat dirasakan (Astutik & Kurlinawati, 2017).

b. Kualitas (*Quality*)

Kualitas nyeri yang diungkapkan pasien bersifat subjektif. Biasanya pada pasien pasca operasi SC mendeskripsikan nyeri dalam kalimat seperti teriris –iris (Ratna, 2012).

c. Lokasi (*Region*)

Lokasi nyeri pada pasien pasca operasi SC menurut penelitian Febrianti & Machmudah (2021) yaitu nyeri pada bagian abdomen bawah.

d. Keparahan (*Severe*)

Tingkat nyeri pasien merupakan karakteristik yang paling subjektif, pada pasien nyeri pasca operasi SC pasien mendeskripsikan nyeri yang dirasakan berbeda – beda pada umumnya pasien pasca SC mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Sekitar 60% klien menderita nyeri hebat, 25% nyeri sedang dan 15% nyeri ringan (Ramandanty, 2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, dan pengalaman sebelumnya.

e. Waktu (*Time*)

pasca operasi SC pasien mendefinisikan durasi nyeri selama 1 menit dan nyeri yang dirasakan pasien hilang timbul nyeri bertambah ketika

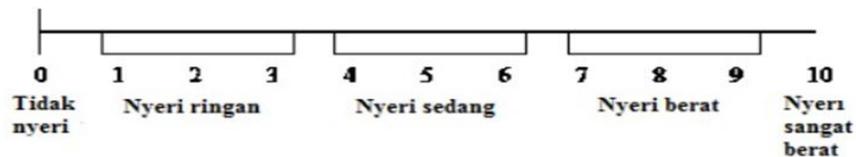
adanya gerakan tubuh yang pasien lakukan (Febiantri & Machmudah, 2021).

6. Metode pengukuran intensitas nyeri

Menurut (Potter & Perry, 2006) Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

a. Skala Deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif, skala deskriptif verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Deskripsi ini dirangkai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.

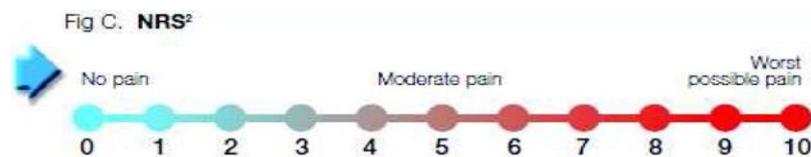


Gambar 2.1 skala deskriptif verbal

Sumber : Potter & Perry, 2006.

b. Numerical Rating Scale (NRS)

Pasien ditanya tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0-5 atau 0-10, dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri ringan, angka 4-6 menunjukkan nyeri sedang dan angka 7-10 menunjukkan nyeri berat.



Gambar 2.3 1 Numeruc Rating Scale

Sumber : Potter & Perry, 2006.

Keterangan :

0 : Tidak Nyeri

1 - 3 : Nyeri Ringan

3 - 6 : Nyeri Sedang

6 – 10: Nyeri Berat

7. Penanganan nyeri Pasca SC

1) Farmakologi

a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri atas berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini membuat ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun, penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernafasan dimedula batang otak sehingga perlu perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernafasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

b) Analgetik nonnarkotik

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

2) Non farmakologi

a) Teknik relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Miltenberg, 2012). Salah satu teknik relaksasi yang mudah diterapkan adalah terapi relaksasi benson. Terapi relaksasi benson yaitu teknik relaksasi pernafasan dengan melibatkan kepercayaan sehingga dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan menjadikan otot-otot lebih rileks menimbulkan rasa nyaman dan tenang. Asupan O₂ dalam otak tercukupi menjadikan manusia dalam keadaan seimbang (Febiantri & Machmudah, 2021).

b) Aromaterapi

Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup. Lavender merupakan jenis aromaterapi yang paling banyak digunakan oleh masyarakat dan memiliki banyak manfaat dalam kehidupan, antara lain sebagai zat analgesic. Penggunaan aromaterapi secara dihirup dapat mengurangi nyeri. Pengeluaran hormone endorphin ternyata dapat merangsang keluarnya hormone oksitosin. Aromaterapi lavender bekerja merangsang sel saraf penciuman dan mempengaruhi sistem kerja limbik. Sistem limbik merupakan pusat nyeri, senang, marah, takut, depresi, dan berbagai emosi lainnya. Hipotalamus yang berperan sebagai relay dan regulator, memunculkan pesan-pesan ke bagian otak serta bagian tubuh yang lain. Pesan yang diterima kemudian diubah menjadi tindakan berupa pelepasan hormon melatonin dan serotonin yang menyebabkan euporia, rileks atau sedative (Rahmaya Nova, 2021).

c) Teknik Distraksi

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

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan awal dari proses keperawatan, data dikumpulkan secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilaksanakan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Kozier et al., 2010)

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan , agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, Medikal reko , diagnosa medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, tanggal operasi, serta penanggung jawab.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri atau tidak nyaman dari berbagai sumber misalnya trauma bedah/ insisi, nyeri distensi kantung kemih meliputi keluhan atau berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi (anwar, 2011).

2) Riwayat Kesehaatan Dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat SC sebelumnya, panggul ibu sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga ada yang mengalami riwayat SC dengan indikasi letak sungsang, panggul sempit, gemili dan sudah riwayat SC sebelumnya.

4) Riwayat Menstruasi

Kaji menarche, siklus haid, lama haid, ganti duk, masalah dalam menstruasi, dan tafsiran persalinan.

5) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Sekarang

Pada saat dikaji klien melahirkan pada kehamilan ke berapa, lama masa kehamilan, dan kelainan selama hamil, kaji tanggal persalinan, jenis persalinan, penyulit persalinan, keadaan anak, apgar score dan lain-lain.

6) Riwayat Nifas

1) Kaji tinggi fundus uteri klien

2) Lochea

- a. Lochea rubra terdiri dari sebagian besar darah dalam jumlah banyak bercampur dengan jaringan sisa plasenta, dan robekan tropoblastik sehingga akan terlihat bewarna merah seperti layaknya darah menstruasi yang disertai juga gumpalan-gumpalan jaringan sisa.
- b. Lochea sanguelenta pada tahap berikutnya jumlah secret atau cairan tersebut akan sedikit berkurang, bewarna merah kehitaman dan berlendir biasanya tahapan ini akan berlangsung sekitar 1-2 minggu.
- c. Lochea serosa terdiri dari darah yang sudah tua (coklat), banyak serum. Jaringan sampai kuning cair biasanya tahapan ini berlangsung pada 2 minggu hingga satu bulan setelah melahirkan.
- d. Lochea alba terus ada hingga kira-kira 2-6 minggu setelah persalinan. Kekuningan berisi selaput lendir *leucocyte* dan kuman yang telah mati. Jumlah lochea digambarkan seperti sangat sedikit, moderat dan berat.

8. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Nutrisi dan Metabolisme

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

b. Pola Aktivitas

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

c. Pola Eliminasi

Pada pasien SC sering terjadi adanya konstipasi sehingga pasien takut untuk melakukan BAB.

d. Istirahat Tidur

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

e. Pola Sensori

Pasien merasakan nyeri pada abdomen akibat luka pembedahan yang dilakukan, biasanya nyeri ditimbulkan oleh luka insisi SC. Nyeri punggung atau nyeri pada bagian tengkuk juga merupakan keluhan yang biasa dirasakan oleh ibu post SC.

f. Pola Status Mental

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

g. Reproduksi dan Sosial

Pada pasien pasca SC terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan masa nifas.

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum dan kesadaran klien, TTV (TD, P, N, S), dan pemeriksaan *head to toes* :

2) Kepala

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

3) Mata

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

4) Mulut

Apakah pucat, sianosis, dehidrasi pada mukosa bibir, kemampuan inspirasi, keadaan gusi, kebersihan mulut, kemampuan berbicara

5) Dada

a) Jantung

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

b) Paru-paru

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

6) Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada edema atau tidak pada hari ke-3 postpartum, payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III), keras dan nyeri, adanya hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papila mammae. Ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila areola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, *engorgement* (bengkak) akan berkurang dalam 2-3 hari,

puting mudah erektif bila dirangsang. Pada ibu yang tidak menyusui akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

7) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea, apakah ada terjadinya *diastasis rectus Abdominalis* yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, cara pemeriksaannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti *diastasis rectae* ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak. Intensitas kontraksi uterus meningkat segera setelah bayi lahir kemudian terjadi respons uterus terhadap penurunan volume intra uterine kelenjar hipofisis yang mengeluarkan hormone oksitosin, berguna untuk memperkuat dan mengatur kontraksi uterus dan mengkrompesi pembuluh darah. Pada 1-2 jam pertama intensitas kontraksi uterus berkurang jumlahnya dan menjadi tidak teratur karena pemberian oksitosin dan isapan bayi.

8) Genetalia

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

9) Anus

Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid atau tidak.

10) Integumen

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

11) Ekstremitas

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada ibu post SC diantaranya: (PPNI T. P., 2017)

Tabel 2.1 Diagnosa keperawatan 1

Diagnosa Keperawatan	Tanda dan Gejala Mayor	Tanda dan Gejala Minor
Nyeri Akut b.d agen pencedra fisik luka SC	Subjektif: 1. Mengeluh nyeri Objektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat	Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis.
Ketidaknyamanan pasca partum b.d involusi uterus	Subjektif: 1. Mengeluh tidak nyaman Objektif: 1. Tampak meringis 2. Terdapat kontraksi uterus 3. Luka episiotomy 4. payudara bengkak	Subjektif: 1. (Tidak tersedia) Objektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Berkeringat berlebihan 4. Menangis / merintih 5. haemorroid 1.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI T. P., 2018) dengan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI T. P., 2019). Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ada pada tabel 2.1 di atas, intervensi keperawatan yang dapat dilakukan yaitu manajemen nyeri dan perawatan pasca persalinan seperti yang ada pada table berikut :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedra fisik luka SC.</p> <p>Tanda dan gejala mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak meringis Bersikap protektif Gelisah Frekuensi nadi Meningkat <p>Tanda dan gejala minor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah meningkat Pola napas berubah Nafsu makan berubah Proses berpikir terganggu 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, tingkat nyeri menurun yang ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri cukup menurun Meringis cukup menurun Sikap protektif cukup menurun Gelisah cukup menurun Perasan depresi cukup menurun Uterus teraba membulat cukup menurun Pola napas cukup membaik Nafsu makan membaik Pola tidur membaik Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen nyeri :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Identifikasi respon nyeri non verbal. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 	<ol style="list-style-type: none"> Dapat mengetahui riwayat kehamilan dan persalinan pasien Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien. Untuk mengetahui respon pasien terhadap nyeri. Mengetahui faktor yang mempengaruhi nyeri . Mengetahui pengetahuan dan keyakinan pasien tentang nyeri Mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri Mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas

	<p>5. Menarik diri</p> <p>6. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>7. Diaphoresis</p>		<p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>10. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (misal aromaterapi lavender dan terapi relaksasi Benson)</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>12. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p>	<p>hidup</p> <p>8. Mengetahui keberhasilan terapi komplementer</p> <p>9. Mengetahui efek samping dari penggunaan analgetik</p> <p>10. Teknik non farmakologi dapat membantu pasien dalam mengurangi rasa nyeri.</p> <p>11. Mencegah pasien mengalami stress yang dapat meningkatkan tingkatan nyeri yang dialami</p> <p>12. Memulihkan kekuatan tubuh.</p> <p>13. Mengetahui jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p>
--	---	--	---	--

			<p>Edukasi</p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>14. Pasien dapat mengetahui penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>15. Membantu pasien memahami strategi dalam mengurangi nyeri</p> <p>16. Pasien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan</p> <p>17. Penggunaan analgetik yang tepat dapat membantu meredakan nyeri yang dirasakan</p> <p>18. Penggunaan analgetik yang tepat mengurangi terjadinya efek samping yang tidak diinginkan</p> <p>19. Pasien dapat melakukan teknik non farmakologi secara mandiri.</p>
--	--	--	---	--

2.	<p>Ketidaknyamanan pasca partum b.d involusi uterus ditandai dengan :</p> <p>Tanda dan gejala mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh tidak nyaman <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak meringis Terdapat kontraksi uterus Luka episiotomy payudara bengkak <p>Tanda dan gejala minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> (Tidak tersedia) <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status kenyamanan pasca partum meningkat yang ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan tidak nyaman menurun Meringis menurun Kontraksi uterus menurun Berkeringat menurun Payudara bengkak menurun Tekanan darah menurun Frekuensi nadi menurun 	<p>Perawatan pasca persalinan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda – tanda vital Monitor nyeri Monitor status pencernaan Monitor tanda human Identifikasi adanya adaptasi psikologis ibu post partum <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan Masase fundus sampai kontraksi kuat Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini Berikan kenyamanan 	<ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui keadaan umum pasien Mengetahui karekteristik nyeri yang dirasakan pasien Untuk mengetahui status pencernaan Tanda homan untuk mendeteksi adanya tromboflebitis pada kaki Mengetahui adaptasi psikologis pada ibu post partum Untuk memperkecil resiko terjadinya perdarahan Menghindari uterus bersifat lembek Ambulasi dini membantu menurunkan nyeri pada pasien Aromaterapi lavender

	<p>meningkat 7. Frekuensi nadi meningkat 8. Berkeringat berlebihan 9. Menangis / merintih 10. haemorroid</p>		<p>pada ibu seperti aromaterapi lavender 10. Fasilitasi ibu berkemih secara normal 11. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum 12. Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu post partum 13. Jelaskan tanda dan bahaya nifas pada ibu dan keluarga 14. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara non farmakologi dengan terapi relaksasi Benson</p>	<p>dapat memberikan kenyamanan pada pasien 10. Membantu ibu berkemih secara normal 11. Menambah pengetahuan ibu mengenai kebutuhan istirahat post partum 12. Menambah pengetahuan ibu mengenai perubahan fisik ibu post partum 13. Menambah pengetahuan ibu mengenai tanda dan bahaya nifas 14. Terapi relaksasi benson dapat memberikan kenyamanan dan mengurangi nyeri pada ibu</p>
--	--	--	---	--

5. IMPLEMENTASI

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

Pelaksanaan yang akan dilakukan pada pasien nyeri post SC sesuai dengan diagnosis keperawatan yaitu menjelaskan dan membimbing pasien dalam melakukan manajemen nyeri seperti melakukan terapi relaksasi Benson, pelaksanaan terapi relaksasi Benson dilakukan pagi yang akan dilakukan selama 3 hari dengan waktu pemberian 10 – 15 menit. Selain pemberian terapi relaksasi Benson dalam pelaksanaan manajemen nyeri juga dilakukan tindakan seperti metode inhalasi pemberian aromaterapi lavender dengan lama pemberian 15 – 20 menit menggunakan alat humidifier.

Selain itu dalam melakukan dukungan perawatan pasca persalinan yaitu sesuai dengan diagnosis yang dipilih mendukung ibu dalam melakukan ambulasi dini, masase fundus sampai kontraksi kuat dan memberikan kenyamanan pada ibu dengan aromaterapi lavender selama 10 – 15 menit

6. EVALUASI

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermitten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi meningkatkan kemampuan perawat dan memodifikasi intervensi. Evaluasi intermitten dilakukan pada interval khusus misalnya seminggu sekali, dilakukan untuk mengetahui kemajuan terhadap Pencapaian tujuan dan meningkatkan kemampuan perawat untuk memperbaiki setiap kekurangan dan memodifikasi rencana keperawatan agar sesuai dengan kebutuhan.

Evaluasi terminal, menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan klien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan. (Wilkins & Williams, 2015).

BAB III

METODOLOGI PENULISAN

A. Jenis Studi Kasus

Jenis studi kasus ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada ibu SC di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subjek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan adalah 1 orang ibu Post SC. Di Rumah sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu. Kriteria subyek dalam penelitian ini adalah:

1. Kriteria inklusi
 - a. Pasien pasca SC hari pertama dengan masalah nyeri post SC
 - b. Pasien yang beragama islam
 - c. Pasien yang tidak memiliki gangguan penciuman
 - d. Pasien Pasca SC bersedia menjadi responden
2. Kriteria eksklusi
 - a. Pasien mengalami komplikasi pasca SC atau pindah rawat ke ruang rawat intensif.
 - b. Pasien pasca SC yang Meninggal Dunia.

C. Fokus Studi Kasus

Fokus studi dalam studi kasus ini yaitu asuhan keperawatan pada pasien pemenuhan rasa nyaman pada pasien nyeri post SC di RS Harapan dan Doa kota Bengkulu.

D. Definisi Operasional

1. Asuhan keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan dalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien . yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
2. Pemenuhan rasa nyaman adalah pasien yang mengalami nyeri akibat luka insisi pada dinding abdomen dan uterus
3. Pasien adalah ibu pasca SC dengan masalah keperawatan nyeri akut yang dirawat di RS Harapan dan Doa kota Bengkulu
4. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial.
5. Post partum adalah masa pemulihan yang dimulai sesudah persalinan SC dari dua jam pertama sampai 3 hari
6. *Sectio Caesarea* adalah prosedur medis dan tindakan operasi yang dilakukan dengan cara insisi pada dinding abdomen dan uterus yang bertujuan untuk mengeluarkan bayi.

E. Tempat dan waktu

Lokasi penelitian ini di RS. Harapan Dan Doa. Kota Bengkulu
Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan pada 25 Mei 2022 – 27 Mei 2022

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

a. Teknik pengumpulan data

a) Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan tanya jawab secara langsung kepada klien, keluarga maupun perawat yang dilakukan secara sistematis dan berdasarkan kepada tujuan penelitian. Hasil yang didapatkan dalam wawancara yaitu berisi tentang identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat psikologi dan spiritual, pola fungsi yang mempengaruhi kesehatan.

- b) Observasi dan pemeriksaan fisik
yang meliputi pemeriksaan fisik pasien meliputi keadaan umum, pemeriksaan head to toes yang difokuskan pada area payudara, abdomen dan genitalia yang dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.
- b. Instrumen pengumpulan data
Alat yang digunakan pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan maternitas ibu nifas sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan dari Jurusan Keperawatan
- c. Prosedur pengumpulan data
 - a) Meminta izin praktik kompherensif ke Direktur RS Harapan Dan Doa kota Bengkulu. Dengan membawa surat rekomendasi dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
 - b) Berkoordinasi dengan kepala ruangan untuk menentukan pasien yang dijadikan responden sesuai dengan subjek studi yang telah ditetapkan yaitu asuhan keperawatan pada pasien post SC di Harapan Dan Doa kota Bengkulu.
 - c) Menjelaskan kepada calon responden tentang studi kasus ini agar bersedia menjadi objek penelitian, kemudian membuat *informed consent* dengan pasien dan membina hubungan saling percaya dengan pasien sebelum melakukan studi kasus ini.
 - d) Melakukan studi kasus kepada responden dengan tahap melakukan Asuhan Keperawatan dengan masalah gangguan rasa nyaman Nyeri pada pasien post SC dan melakukan evaluasinya dengan menggunakan format evaluasi dengan metode SOAP yang telah dipersiapkan. Dengan kata lain waktu yang diperlukan untuk proses studi kasus ini adalah 3 hari.

G. Penyajian Data

Penyajian data pada studi kasus ini disajikan secara narasi atau tekstural dari subjek studi kasus yang merupakan data pendukungnya.

H. Etika Studi Kasus

Menurut Nursalam (2015) Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidak nyamanan fisik dan psikologis. *Ethical clearance* mempertimbangkan hal-hal dibawah ini :

1. *Self determinan*

Pada studi kasus ini,responden diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

2. Tanpa nama (*anonimity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya memberi inisial sebagai pengganti identitas responden.

3. Kerahasiaan (*confidentialy*)

Semua informasi yang di dapat dari responden tidak di sebar luaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya. Dan 3 bulan setelah hasil penelitian di presentasikan, data yang diolah di musnahkan demi kerahasiaan responden.

4. Keadilan (*justice*)

Penelitian memperlakukan semua responden secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi, baik yang bersedia mengikuti penelitian maupun yang menolak untuk menjadi responden penelitian.

5. Asas kemanfaatan (*beneficiency*)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas risiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti

menjamin responden tidak mengalami cedera, mengurangi rasa sakit, dan tidak akan memberikan penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi dimana pemberian informasi dari responden akan digunakan sebaik mungkin dan tidak digunakan secara sewenang-wenang demi keuntungan peneliti. Bebas risiko yaitu responden terhindar dari risiko bahaya kedepannya.

6. *Maleficience*

Peneliti menjamin tidak menyakiti, membahayakan, atau memberikan ketidak nyamanan baik secara fisik maupun psikologis.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus asuhan keperawatan pemenuhan rasa nyaman pada pasien nyeri post SC yang dilakukan di ruang musdalifa RS Harapan dan Doa kota Bengkulu. Pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 25 – 27 Mei 2022 mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan hingga implementasi keperawatan selama 3 hari dengan melakukan penerapan terapi relaksasi Benson dan inhalasi aromaterapi lemon. Pengkajian dilakukan dengan metode anamnesa (wawancara dengan klien langsung), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. P dengan diagnosa medis G1P0A0 Post SC dengan HBSAG (+) dilakukan pada tanggal 25 Mei 2022 di ruang Musdalifa RS Harapan dan Doa kota Bengkulu. Ny. P datang ke RS tanggal 25 Mei 2022 jam 09.15 WIB, dengan nomor register 10.06.58.

a. Identitas pasien

Nama Ny.P, perempuan usia 20 tahun, agama Islam, ruang rawat Musdalifa, diagnosis medis G1P0A0 Post SC dengan HBSAG (+), status perkawinan sudah menikah, pendidikan SMA, pekerjaan IRT, tanggal datang ke RS tanggal 25 Mei 2022 pukul 09.15 WIB. Identitas penanggung jawab nama Tn. I (suami pasien), pekerjaan petani, alamat JL.Lethu Abu Hanifa.

b. Keluhan utama pasien masuk rumah sakit

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Harapan dan Doa kota Bengkulu diantar keluarga pada tanggal 25 Mei 2022 jam 09. 15 WIB, G1P0A0

hamil \pm 37 minggu, hamil *aterm*, dianjurkan dokter persalinan SC karena HBSAG (+).

c. Riwayat kesehatan sekarang

Ny P mengatakan sejak 2 minggu sebelum persalinan dilakukan *screening* di puskesmas Pasar ikan kota Bengkulu, pasien mengeluh mual, mengalami perubahan bewarna kekuningan pada matanya disertai BAK yang bewarna kuning pekat seperti teh sejak 2 bulan yang lalu. Pasien datang ke poli kebidanan rumah sakit Harapan dan Doa kota Bengkulu pada tanggal 12 Mei 2022 atas rujukan dari puskesmas Pasar ikan kota Bengkulu karena hamil dengan HBSAG (+).

Poli kebidanan menganjurkan rencana operasi SC pada tanggal 25 Mei 2022. Pada tanggal 25 Mei 2022 pukul 09.15 WIB pasien datang kembali ke IGD RSHD kota Bengkulu dengan rencana operasi SC, dan pukul 10.00 WIB pasien masuk ke ruang kebidanan. Pasien dilakukan *skin test* untuk inj ceftriaxone. Pukul 11.30 WIB pasien diantar ke ruang operasi dan dilakukan operasi pukul 12.15. Jenis anestesi yang diberikan pada pasien yaitu *spinal anestesi* . Pada pukul 14.50 pasien tiba di ruang perawatan kebidanan. Pada saat dikaji pada pukul 19.30 WIB pasien tampak meringis, mehanan sakit, berkeringat, pucat dan bersikap protektif ketika ingin dilakukan pemeriksaan TTV.

Pasien juga mengeluh nyeri pada jahitan post SC. Nyeri bertambah ketika pasien melakukan gerakan – gerakan tubuh dan berkurang ketika pasien diberikan obat analgesik. Nyeri yang dirasakan seperti tersayat - sayat , lokasi nyeri yang dirasakan di bagian abdomen bawah, dan nyeri yang dirasakan menyebar. Nyeri yang dirasakan yaitu nyeri sedang dengan skala nyeri 5 dan hilang timbul. Selain itu klien mengatakan masih sulit bergerak, mengantuk, merasa mual dan ingin muntah. Pasien diberikan terapi obat inj asam traneksamat 100 mg/ 8 jam, metrodinazol infus 500 mg, dan pada pukul 20.30 diberikan terapi Paracetamol tablet 500 mg, dan Pronalges suppositoria 100 mg.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga Ny P yaitu kakak kandungnya ada yang mengalami riwayat SC sebelumnya atas indikasi Preeklamsia, dan pada keluarga tidak ada yang memiliki riwayat HBSAG (+)

e. Riwayat obsetri

1. Riwayat menstruasi

Pasien mengalami menarche pada usia 13 tahun, lama 5-6 hari dengan siklus 28 hari. Darah yang dikeluarkan cukup banyak, warna merah, encer bau amis dan nyeri pada saat menstruasi hari pertama dan kedua.

2. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, KB yang lalu tidak ada, karena pasien hamil pertama.

3. Riwayat kehamilan saat ini

Ny.P mengatakan ini adalah kehamilan pertama dan tidak pernah mengalami abortus (G1P0A0). Ny.P mengetahui kehamilannya pada bulan Oktober karena telat haid dan pemeriksaan urine positif. Pemeriksaan pertama kehamilan dilakukan di puskesmas Pasar ikan.

4. *Antenatal Care* (ANC)

Ny.P mengatakan dirinya melakukan kunjungan ANC pertama pada trimester pertama pada bulan oktober dengan keluhan pusing mual, muntah pada pagi hari, dan mudah lelah. Ny. P mendapat tablet fe dan edukasi tentang penanganan mual dengan minum air hangat dan mencium wewangian segar seperti lemon, jahe minyak kayu putih. Kunjungan kedua di lakukan pada usia kandungan 20 minggu di puskesmas Pasar ikan. Pada trimester ke – 2 Ny P merasa sering berkemih dan pada trimester ke – 3 Ny P merasakan mudah capek, nyeri punggung dan memiliki perasaan khawatir yang berlebih terhadap bayinya. Pada kunjungan terakhir yaitu 2 minggu sebelum masuk rumah sakit, BB sebelum hamil 55 Kg dan BB sekarang 67 Kg.

5. Riwayat alergi

Ny P mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi baik makanan maupun obat.

6. Riwayat operasi

Ny P mengatakan belum mempunyai riwayat operasi sebelumnya.

2. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum pasien tampak lemah, pucat, meringis, menahan nyeri, kesadaran compos mentis, GCS 15 : E4 V5 M6, BB 67 kg, Tinggi Badan : 158 cm, TD : 130/80 mmHg, HR : 100x/menit, RR : 22x/menit, T : 36,7°C.

b. Pemeriksaan *head to toe*

1. Kepala : Tekstur kasar, dan tidak rontok
2. Wajah : Ekspresi wajah tampak menahan sakit, meringis, berkeringat dan terlihat pucat.
3. Mata : Pupil dilatasi, palpebra oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera ikterik.
4. Telinga : tidak ditemukan peradangan, fungsi pendengaran baik.
5. Hidung : Mampu melakukan inspirasi, fungsi penciuman baik, dapat mencium aromaterapi lavender, tidak ada pernapasan cuping hidung
6. Mulut : Membran mukosa agak pucat, gusi tidak hyperemia, kemampuan menelan baik . muntah ada, tidak ada luka, tidak ada tanda sariawan, kemampuan berbicara baik.
7. Payudara : Payudara simetris, bengkak, bersih, areola mammae hitam kecoklatan, papilla mammae datar , payudara teraba agak keras, nyeri tekan tidak ada, nodul tidak ada, colostrum belum

ada, bayi belum menyusui dengan ibunya karena masih di Perinatologi (PRT).

8. Abdomen :

Terdapat striae bewarnah coklat , terdapat luka jahitan/ operasi post SC pada dinding /kulit abdomen panjang \pm 12 cm, , kondisi luka ditutup perban dengan kasa steril, peristaltik 25 kali per menit dengan jenis insisi horizontal, tidak ada nyeri epigastrium, tidak terdapat distensi kandung kemih kosong, perkusi redup didaerah supra pubis.

9. Ekstremitas :

a. Ekstremitas atas : kuku pucat, CRT < 2 detik, akral dingin rentang gerak agak terbatas karena terpasang infus RL 20 Tetes/menit di extremitas atas bagian kiri

b. Ekstremitas Bawah :

Ekstremitas bawah simetris kiri dan kanan, tidak ada varises di tungkai kaki, tidak ada edema, tidak ada kemerahan pada tungkai, tungkai bawah terasa kebas / baal, tidak bisa digerakan selama beberapa jam.

10. Perineum dan genetalia :

Tidak terdapat edema, tidak ada memar, perineum utuh, jumlah lochea \pm 50 cc, ganti pembalut 1x, jenis lochea rubra, konsistensi cair. Terpasang kateter jumlah urin 500 cc, bewarnah kuning pekat.

11. Pola aktifitas

a. Istirahat dan kenyamanan :

Pada saat dikaji klien mengeluh ngantuk, mual dan ingin muntah, pasien ingin beristirahat dan tidak nyaman dengan posisinya saat ini. Pada saat perawat mengatur posisi klien, klien melakukan penolakan karena nyeri terasa lebih ketika ada pergerakan tubuh. Selain itu klien mengeluh kram dan mules pada daerah abdomen pada saat uterus berkontraksi.

Ketidaknyamanan lain yang pasien rasakan yaitu nyeri terpasang kateter.

b. Nutrisi dan cairan :

Makan : Pasca operasi klien merasakan mual, nutrisi masuk melalui infus 20 tpm, klien mengatakan nafsu makan meningkat, porsi yang disediakan habis, klien dapat diit makanan lunak, dan tidak ada pantangan. BB sekarang 67 Kg

c. Minum : Klien minum 2 L / 8 jam

d. Eliminasi

BAB : Saat dilakukan pengkajian pasien belum BAB

BAK : Pasien terpasang kateter dengan jumlah cairan 500 cc / 2 jam, warna urin kuning pekat.

3. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan laboratorium

No	Hematologi	Hasil	Nilai Rujukan
	Hemoglobin	11,8	12-14 g/dL
	Leukosit	12.800	5.000-10.000/uL
	Trombosit	337.000	150.000-400.000/uL
	Hematokrit	36%	36-46%
		Hasil	
	GDS	82mg/dl	<200 mg/dl
	HBSAG	POSITIF	
	HIV	NON REAKTIF	

5. Penatalaksanaan medis

Table 4.2 penatalaksanaan medis

NO	Nama Obat	Rute	Dosis	Waktu	Tanggal		
					25/5/22	26/5/22	27/5/22
1.	Infus Ringer Laktat	IV	20 tpm	24 jam	✓	✓	✓
2	Induksin	IV	1ml drip cairan RL 500 ml 28 tpm	1 x 24 jam	✓		
2.	Asam tranexamat	IV	100 mg/8 jam	2 x 24 jam	✓	✓	

3.	Ceftriaxone	IV	2000 mg/12 jam	2 x 24 jam	✓	✓	✓
4.	Keterolax	IV	30 mg/ 8 jam	3 x 24 jam	✓	✓	
5.	Ondansetrone	IV	4 mg	2 x 24 jam	✓		
6	IVFD Metronidazol	IV	500 mg	2 x 24 Jam	✓	✓	✓
7	IVFD Paracetamol	IV	100 mg	2 x 24 Jam	✓	✓	-
8	Paracetamol Tablet	Oral	500 mg	3 x 24 Jam	✓	✓	✓
9	Pronalges	supp	100 mg	2 x 24 Jam	✓	✓	

2. Analisa data

Tabel 4.3 Analisa Data 1

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan SC 2. Klien mengeluh tidak nyaman pada luka jahitan SC 3. Klien mengatakan nyeri terasa lebih saat melakukan gerakan gerakan tubuh 4. Klien mengatakan nyeri seperti tersayat – tersayat di bagian abdomen bawah 5. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang dengan skala 5 6. Klien mengeluh tidak nyaman pada luka jahitan SC <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak meringis 3. Klien tampak menahan sakit, berkeringat dan pucat 4. Klien tampak rewel 5. Insisi luka operasi horizontal 6. Terdapat luka 12 cm diatas simpisis 7. nafsu makan berubah 8. klien fokus terhadap diri sendiri 9. klien bersikap protektif ketika dilakukan pemeriksaan 10. Klien tampak rewel 11. TD: 130/80 N : 100 x/i 	<p>Agen pencedra fisik (luka <i>Sectio Caesarea</i>)</p>	<p>Nyeri akut</p>

2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh tidak nyaman 2. Pasien mengeluh kram dan mules pada abdomen 3. Pasien mengatakan mules dan kram pada abdomen hilang timbul. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis, dan menanis 2. Konsistensi uterus keras 3. Terdapat kontraksi uterus 4. Berkeringat berlebihan 5. TD : 130 / 80 mmHg N : 100 x / i 	Involusi uterus	Ketidaknyamanan pasca partum
----	---	-----------------	------------------------------

3. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan

No.	Nama Pasien	Diagnosa	Tanggal Ditegakkan	Paraf
1.	Ny. P	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisik (Luka post SC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan SC 2. Klien mengeluh tidak nyaman pada luka jahitan SC 3. Klien mengatakan nyeri terasa lebih saat melakukan gerakan gerakan tubuh 4. Klien mengatakan nyeri seperti tersayat – tersayat di bagian abdomen bawah 5. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang dengan skala 5 6. Klien mengeluh tidak nyaman pada luka jahitan SC <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak meringis 3. Klien tampak menahan sakit, berkeringat dan pucat 4. Klien tampak rewel 5. Insisi luka operasi horizontal 6. Terdapat luka 12 cm diatas simpisis 7. nafsu makan berubah 8. klien fokus terhadap diri sendiri 	25 Mei 2022	<i>Widya</i>

		<p>9. klien bersikap protektif ketika dilakukan pemeriksaan</p> <p>10. Klien tampak rewel</p> <p>11. TD : 130/80 N : 100 x/i</p>		
2.		<p>Ketidaknyamanan pasca partum</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh tidak nyaman 2. Pasien mengeluh kram dan mules pada abdomen 3. Pasien mengatakan mules dank ram pada abdomen hilang timbul. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis, dan menangis 2. Konsitasi uterus keras 3. Terdapat kontraksi uterus 4. Berkeringat berlebihan 5. TD : 130 / 80 mmHg N : 100 x / i 	25 Mei 2022	Widya

Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedra fisik luka <i>Sectio Caesarea</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan SC 2. Klien mengeluh tidak nyaman pada luka jahitan SC 3. Klien mengatakan nyeri terasa lebih saat melakukan gerakan gerakan tubuh 4. Klien mengatakan nyeri seperti tersayat – tersayat di bagian abdomen bawah 5. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang dengan skala 5 6. Klien mengeluh tidak nyaman pada luka jahitan SC <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak gelisah 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, tingkat nyeri menurun yang ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif cukup menurun 4. Gelisah menurun 5. Pola napas membaik 6. Nafsu makan membaik 7. Pola tidur membaik 8. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen nyeri :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (misal aromaterapi lavender dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien. 2. Untuk mengetahui respon pasien terhadap nyeri. 3. Mengetahui faktor yang mempengaruhi nyeri. 4. Membantu mengalih perhatian pasien terkait pembedahan, Memperlancar peredaran darah. 5. Teknik non farmakologi dapat membantu pasien dalam mengurangi rasa nyeri. 6. Mencegah pasien mengalami stress yang dapat meningkatkan

	<p>2. Klien tampak meringis</p> <p>3. Klien tampak menahan sakit, berkeringat dan pucat</p> <p>4. Klien tampak rewel</p> <p>5. Insisi luka operasi horizontal</p> <p>6. Terdapat luka 12 cm diatas simpisis</p> <p>7. nafsu makan berubah</p> <p>8. klien fokus terhadap diri sendiri</p> <p>9. klien bersikap protektif ketika dilakukan pemeriksaan</p> <p>10. Klien tampak rewel</p> <p>11. TD: 130/80 N : 100 x/i</p>		<p>terapi relaksasi Benson)</p> <p>7. Kontrol lingkungan yang menurunkan rasa nyeri (misal, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>8. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>10. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>13. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi Benson <i>kolaborasi</i></p>	<p>tingkatan nyeri yang dialami</p> <p>7. Memulihkan kekuatan tubuh.</p> <p>8. Pasien dapat mengetahui penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>9. Membantu pasien memahami strategi dalam mengurangi nyeri</p> <p>10. Pasien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan</p> <p>11. Penggunaan analgetik yang tepat mengurangi terjadinya efek samping yang tidak diinginkan</p> <p>12. Pasien dapat melakukan teknik non farmakologi secara mandiri.</p>
--	---	--	---	--

			14. Kolaborasi pemberian analgetik.	
2.	<p>Ketidaknyamanan pasca partum b.d involusi uterus</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh tidak nyaman 2. Pasien mengeluh kram dan mules pada abdomen 3. Pasien mengatakan mules dank ram pada abdomen hilang timbul. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis, dan menangis 2. Konsitasi uterus keras 3. Terdapat kontraksi uterus 4. Payudara bengkak 5. Berkeringat berlebihan 6. TD : 130 / 80 mmHg N : 100 x / i 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status kenyamanan pasca partum meningkat yang ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Meringis menurun 3. Kontraksi uterus menurun 4. Berkeringat menurun 5. Payudara bengkak menurun 6. Tekanan darah menuruh 7. Frekuensi nadi menurun 	<p>Perawatan pasca persalinan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Monitor tanda – tanda vital 16. Monitor nyeri 17. Monitor status pencernaan 18. Monitor tanda human 19. Identifikasi adanya adaptasi psikologis ibu post partum <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan 21. Masase fundus sampai kontraksi kuat 22. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini 23. Berikan kenyamanan pada ibu seperti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 2. Mengetahui karekteristik nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui status pencernaan 4. Tanda human untuk mendeteksi adanya tromboflebitis pada kaki 5. Mengetahui adaptasi psikologis pada ibu post partum 6. Untuk memperkecil resiko terjadinya perdarahan 7. Menghindari uterus bersifat lembek 8. Ambulasi dini membantu menurunkan nyeri pada pasien 9. Aromaterapi lavender dapat memberikan

			<p>aromaterapi lavender</p> <p>24. Fasilitasi ibu berkemih secara normal</p> <p>25. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum</p> <p>26. Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu post partum</p> <p>27. Jelaskan tanda dan bahaya nifas pada ibu dan keluarga</p> <p>28. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara non farmakologi dengan terapi relaksasi Benson</p>	<p>kenyamanan pada pasien</p> <p>10.Membantu ibu berkemih secara normal</p> <p>11.Menambah pengetahuan ibu mengenai kebutuhan istirahat post partum</p> <p>12.Menambah pengetahuan ibu mengenai perubahan fisik ibu post partum</p> <p>13.Menambah pengetahuan ibu mengenai tanda dan bahaya nifas</p> <p>14.Terapi relaksasi benson dapat memberikan kenyamanan dan mengurangi nyeri pada ibu</p>
--	--	--	--	--

1. Implementasi

Tabel 4. 6 Implementasi Keperawatan

Tanggal 25 Mei 2022 - Hari Rawat 1

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
19.30	I	1. Memonitor tanda – tanda vital	1. TD : 130 / 80 mmHg N : 100 x/i	Widya
19.30	I,II	2. Menanyakan lokasi, Karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas nyeri.	2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada bagian abdomen bawah, nyeri seperti tersayat – sayat, Nyeri timbul setiap 5 menit. Lama nya berapa menit.	
19.30	I,II	3. Menanyakan skala nyeri menggunakan Numeric Ranting Scale (NRS)	3. Pasien mengatakan skala nyeri 5	
19.30	I	4. Meidentifikasi respon nyeri non verbal	4. Respon nyeri non verbal pasien tampak meringis, menahan nyeri,berkeringat, pucat dan bersikap protektif terhadap dirinya	
20.30	I	5. Menanyakan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	5. Faktor yang memperberat nyeri yaitu ketika adanya pergerakan pada tubuh, seperti mengangkat kaki dan badan. Nyeri berkurang ketika pasien terlentang. .	
20.35	I	6. Memonitor penggunaan analgetik	6. Penggunaan analgetik (Paracetamol tablet 500 mg / 8 jam dan Pronalges suppositoria 100 mg/ 12 jam)	
20.40	I	7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	7. Pasien kooperatif dan memperhatikan selama penjelasan	

20.45	I	8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	8. Pasien kooperatif dan memperhatikan selama penjelasan
20.50	I,II	9. Memberikan kenyamanan pada ibu seperti aromaterapi lavender	9. Pasien mengatakan perasaan nyaman dan rileks ketika diberikan aromaterapi lavender
20.55	I,II	10. Monitor tanda homan	10. Tanda homan (+)
21.00	I	11. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	11. Pasien kooperatif dan memperhatikan selama penjelasan
21.15	I,II	12. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	12. Pasien dapat memonitor nyeri secara mandiri
21.30	II	13. Mengajarkan teknik non farmakologis terapi relaksasi benson	13. Pasien mampu melakukan terapi relaksasi Benson
21.35	II	14. Mengidentifikasi adanya adaptasi psikologis ibu post partum	14. Adaptasi psikologis ibu berada pada fase takin in
21.40	II	15. Mengosongkan kandung kemih sebelum melakukan pemeriksaan	15. Pasien terpasang kateter dengan jumlah urin 500 cc
21.45	II	16. masase fundus sampai kontraksi kuat	16. Kontraksi uterus kuat
21.47	II	17. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini	17. Perawat membantu melakukan pergerakan ekstremitas aktif di tempat tidur

21.49	II	18. Mendiskusikan kebutuhan dan istirahat selama masa post partum	18. Pasien kooperatif dan memperhatikan selama penjelasan	
21.55	II	19. Mendiskusikan perubahan fisik dan psikologis ibu post partum	19. Pasien kooperatif dan memperhatikan selama penjelasan	
22.00	II	20. Menjelaskan tanda dan bahaya nifas pada ibu dan keluarga	20. Pasien kooperatif dan memperhatikan selama penjelasan	
22.05	II	21. Memberikan kenyamanan pada pasien dengan aromaterapi lavender	21. Pasien tampak tenang dan rileks	

Tanggal 26 Mei 2022 – Hari rawat ke 2

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
08.00	I	1. Memonitor tanda – tanda vital	1. TD : 120 /70 mmHg N : 90 x/i	Widya
08.05	I,II	2. Menanyakan lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri.	2. Lokasi nyeri yang dirasakan berada pada bagian abdomen bawah, karakteristik nyeri seperti di tusuk – tusuk, nyeri yang dirasakan hilang - timbul	
08.10	I,II	3. Menanyakan skala nyeri menggunakan Numeric Ranting Scale (NRS)	3. Skala nyeri 4	
10.00	I	4. Memonitor penggunaan analgetik (inj ketorolac 30 mg / 8 jam, paracetamol tablet 500 mg/ 8 jam, pronalges sup 100 mg / 12 jam)	4. Penggunaan analgetik (keterolax 30 mg / 8 jam dan paracetamol tablet 500 mg pada pukul 04.30 WIB, pronalges sup 100 mg / 12 jam pada pukul 08.30)	
11.00	I,II	5. Memberikan kenyamanan pada ibu seperti aromaterapi lavender	5. Pasien terlihat tenang dan rileks ketika diberikan aromaterapi lavender	
11.15	I	6. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi Benson	6. Pasien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan teknik relaksasi Benson	
11.40	II	7. Masase uterus sampai kontraksi kuat	7. Kontraksi uterus kuat	
12.30	II	8. Memfasilitasi ibu berkemih secara normal	8. Ibu berkemih menggunakan pispot	
13.00		9. Dukung ibu melakukan ambulasi dini		

13.10	II I,II	miring kanan miring kiri 10. Memberikan kenyamanan pada ibu dengan inhalasi aromaterapi lavender	9. Pasien melakukan miring kanan miring kiri dengan bantuan perawat 10. Pasien tampak tenang dan rileks	
-------	----------------	---	--	--

Tanggal 27 Mei 2022 – Hari rawat ke 3

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
08.00	I	1. Memonitor tanda – tanda vital	1. TD : 120 /70 mmHg N : 84 x/i	widya
08.00	I,II	2. Meidentifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri.	2. Lokasi nyeri yang dirasakan berada pada bagian abdomen bawah, karekteristik nyeri seperti tersayat – sayat , nyeri hilang timbul.	
08.10	I,II	3. Meidentifikasi skala nyeri.	3. skala nyeri 3	
10.00	I	4. Memonitor prnggunaan analgetik (inj ketorolac 30 mg / 8 jam, paracetamol tablet 500 mg/ 8 jam, pronalges sup 100 mg / 12 jam)	4. Penggunaan analgetik (Penggunaan analgetik (keterolax 30 mg / 8 jam dan paracetamol tablet 500 mg pada pukul 04.30 WIB, pronalges sup 100 mg / 12 jam pada pukul 08.30)	
10.45	I,II	5. Memberikan kenyamanan pada ibu seperti aromaterapi lavender	5. Pasien terlihat tenang dan rileks ketika diberikan aromaterapi lavender	
11.00	I,II.	6. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi Benson	6. Pasien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan teknik relaksasi Benson	
11.30	II	7. Masase fundus uterus sampai kontraksi kuat	7. Kontraksi uterus pada pasien kuat	

12.00	II	8. Memfasilitasi ibu berkemih secara normal	8. Ibu berkemih menggunakan pispot	
14.00	II	9. Dukung ibu melakukan ambulasi dini miring kanan miring kiri	9. Pasien melakukan ambulasi duduk di tempat tidur	

2. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 1 Evaluasi Keperawatan

No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	25 Mei 2022	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka jahitan Post SC - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika terlalu banyak gerak - Pasien mengeluh nyeri ketika diubah posisinya - Pasien mengeluh tidak dapat beristirahat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak gelisah - Nafsu makan membaik - Pola tidur terganggu - pasien tampak meringis menahan nyeri jika bergerak - pasien bersikap protektif saat diubah posisinya - Skala nyeri 5 - Pasien mampu melakukan teknik relaksasi benson yang diberikan. - TD : 120/80 mmHg N : 94 x/i R : 22 x/i <p>A: nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	Widya

2.	25 Mei 2022	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh tidak nyaman pada daerah abdomen - Pasien mengeluh kram dan mules pada area abdomen - Pasien mengatakan nyeri terpasang kateter - Pasien mengatakan rileks dan tenang ketika menghirup aromaterapi lavender - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika terlalu banyak gerak - Pasien mengatakan sulit untuk bergerak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Payudara bengkak - Pasien tampak berkeringat - Kontraksi uterus kuat - Pasien tampak sulit melakukan pergerakan - TD : 120/80 mmHg - N : 94 x / i - RR : 22 x/i <p>A: status kenyamanan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	Widya
No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	26 Mei 2022	I	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang - Pasien mengatakan nyeri jika melakukan pergerakan - Pasien mengatakan mampu melakukan terapi relaksasi benson ketika 	widya

			<p>nyeri muncul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidur malam hanya 4 jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak gelisah - Nafsu makan membaik - Pola tidur terganggu - pasien tampak meringis menahan nyeri jika bergerak - pasien bersikap protektif saat diubah posisinya - Skala nyeri 4 - Pasien mampu melakukan teknik relaksasi benson yang diberikan. - TD : 120/70 mmHg N : 84 x/i R : 20 x/i <p>A : nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	---	--

2.	26 Mei 2022	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh kram dan mules sedikit berkurang pada area abdomen - Pasien mengatakan rileks dan tenang ketika menghirup aromaterapi lavender - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika terlalu banyak gerak - Pasien mengatakan mulai mampu melakukan pergerakan seperti miring kanan – miring kiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Payudara bengkak - Kontraksi uterus kuat - Pasien melakukan pergerakan miring kanan miring kiri - TD : 120/70 mmHg - N : 84 x / i - RR : 20 x/i <p>A: status kenyamanan teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	Widya
----	----------------	----	---	--------------

No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	27 Mei 2022	I	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang - Pasien mengatakan mampu melakukan terapi relaksasi benson ketika nyeri muncul - Pasien mengatakan tidur malam 8 jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak rileks - Pasien tampak tenang - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik - pasien mampu mengontrol nyeri - pasien bersikap protektif saat diubah posisinya - Skala nyeri 3 - TD : 110/70 mmHg N : 84 x/i R : 20 x/i <p>A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan, pasien pulang</p>	Widya
2.	27 Mei 2022	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kram dan mules berkurang pada area abdomen - Pasien mengatakan rileks dan tenang ketika menghirup aromaterapi lavender - Pasien mengatakan mulai mampu melakukan pergerakan seperti berjalan ke kamar mandi 	Widya

			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak tenang- Payudara bengkak- Kontraksi uterus kuat- TD : 120/70 mmHg- N : 84 x / i- RR : 20 x/i <p>A: status kenyamanan teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan, pasien pulang</p>	
--	--	--	---	--

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. P dengan diagnosa pasca SC dilakukan dengan cara anamnesa (keluhan utama, riwayat yang berhubungan dengan keluhan utama, observasi, wawancara pada keluarga klien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik).

Keluhan Ny.P adalah nyeri pasca operasi dengan karakteristik nyeri sedang dengan skala nyeri 5. Nyeri bertambah ketika pasien melakukan gerakan – gerakan tubuh dan berkurang ketika pasien diberikan obat analgesik. Nyeri yang dirasakan seperti tersayat - sayat , lokasi nyeri yang dirasakan di bagian abdomen bawah, dan nyeri yang dirasakan menyebar.

Menurut (Nugroho, 2010) nyeri yang dirasakan klien merupakan gejala sisa yang diakibatkan oleh operasi SC yang dilakukan. Pada umumnya pasien post SC mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Sekitar 60% klien menderita nyeri hebat, 25% nyeri sedang dan 15% nyeri ringan. Berdasarkan penelitian Andriana ayu & Cahya ningtyas (2021) nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca SC adalah nyeri luka jahitan pasca SC, kualitas nyeri yang dirasakan yaitu nyeri seperti teriris – iris, lokasi nyeri yang dirasakan pada bagian abdomen, dengan skala nyeri 5, dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Sedangkan berdasarkan penelitian Wulandari Yunita (2019) nyeri yang dirasakan pasien pasca SC adalah nyeri karena post operasi hari pertama, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dibagian luka post operasi caesarea di abdomen,: skala nyeri 6, dan nyeri yang dirasakan terus-menerus.

Dari ketidaknyamanan pasca partum klien mengatakan mual dan ingin muntah, selain itu klien mengeluh mules yang disebabkan karena ada kontraksi uterus, pasien ingin beristirahat dan tidak nyaman dengan posisinya saat ini. Pada saat perawat mengatur posisi klien melakukan penolakan karena

nyeri terasa lebih ketika ada pergerakan tubuh, selain itu klien mengeluh tidak nyaman dengan nyeri terpasang kateter.

Data yang terdapat pada tinjauan teori sesuai dengan data yang ditemukan penulis saat melakukan pengkajian. Tahap – tahap pengkajian dalam tinjauan teori sudah di aplikasikan oleh penulis. Data keluhan utama yang di temukan di tinjauan teori yaitu nyeri akut pada operasi sectio caesarea sama dengan yang di temukan dengan kasus, pengkajian pada tanggal 25 Mei 2022 . Hasil Tanda-Tanda Vital : TD : 130/80 mmHg, S : 36,7 C, RR : 22x/i, N : 100x/i. Tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus.

2. Diagnosa

Diagnosa yang ditemukan pada kasus yang dialami Ny.P penulis mengangkat diagnosa utama yang dibahas pada teori bab II yaitu diagnosa nyeri akut b.d agen pencedra fisik, Ny.P mengeluh nyeri pada bagian luka jahitan SC, Ny.P mengeluh tidak nyaman pada luka jahitan SC, Ny P mengatakan nyeri terasa lebih saat melakukan gerakan tubuh, Ny P mengatakan nyeri seperti tersayat – tersayat di bagian abdomen bawah , nyeri yang dirasakan nyeri sedang dengan skala 5, Klien tampak gelisah, meringis, menahan sakit, berkeringat dan pucat, terdapat insisi luka operasi horizontal, sepanjang 12 cm , di bawah abdomen, klien berfokus terhadap diri sendiri, bersikap protektif ketika dilakukan pemeriksaan, TD : 130/80 mmHg, N : 100 x/i. Penulis memprioritaskan nyeri sebagai diagnosis utama karena nyeri merupakan keluhan utama pasien. Menurut Abraham Maslow, kebutuhan rasa aman dan nyaman memang menempati urutan kedua setelah kebutuhan fisik, tetapi pasien merasakan kenyamanan terganggu sehingga membutuhkan pertolongan untuk mengatasi nyerinya agar kebutuhan rasa nyaman terpenuhi.

Sedangkan pada diagnosis kedua. penulis menegaskan diagnosa ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uteri, karena pada tanggal 25 Mei 2022 ditemukan data klien mengatakan mual dan ingin muntah, selain itu klien mengeluh mules yang disebabkan karena ada

kontraksi uterus, pasien ingin beristirahat dan tidak nyaman dengan posisinya saat ini. Pada saat perawat mengatur posisi klien melakukan penolakan karena nyeri terasa lebih ketika ada pergerakan tubuh. Pasien mengeluh tidak nyaman dengan kondisinya saat ini, ketidaknyamanan lain yang pasien rasakan yaitu nyeri terpasang kateter.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan SIKI PPNI 2017 yaitu manajemen nyeri yang terdiri dari observasional, terapeutik dan kolaboratif. Semua intervensi pada diagnosis pertama nyeri akut yaitu manajemen nyeri semua dilakukan sesuai dengan yang direncanakan pada kasus ny. P, Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul berdasarkan rencana keperawatan yang telah dituliskan pada teori. Pada kasus Tn P penulis melakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam. Rencana tindakan diagnosis pertama untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien dengan memonitor tanda – tanda vital, melakukan pengkajian nyeri secara komperhesif yang meliputi (P,Q,RS,T) dan menggunakan *Numeric Ranting Scale*, mengajarkan teknik relaksasi Benson selama 10 – 15 menit, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi kenyamanan klien seperti mengatur suhu, membatasi jumlah pengunjung, dan berkolaborasi pemberian analgetik.

Sedangkan untuk diagnosis kedua intervensi yang dikembangkan kepada Ny.P untuk meningkatkan status kenyamanan pasien yaitu, memonitor tanda – tanda vital , monitor status pencernaan , meidentifikasi adanya adaptasi psikologis ibu post partum, masase fundus sampai kontraksi kuat, dukung ibu melakukan ambulasi dini,memberikan kenyamanan pada pasien dengan menggunakan terapi inhalasi aromaterapi lavender menggunakan diffuser selama 15 – 25 menit. Setiap hari selama pasien dirawat di RS.

4. Implementasi

Setelah menyusun rencana keperawatan, kemudian dilanjutkan dengan melakukan tindakan keperawatan atau implementasi. Pada kasus Ny. P tidak terdapat kesenjangan intervensi dan implementasi yang dilakukan. Semua tindakan dilaksanakan sesuai rencana yang disusun namun pada saat proses implementasi hari ke 1, implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda – tanda vital pasien, mengkaji skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Ranting Scale (NRS)*, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis terapi relaksasi Benson, memberikan kenyamanan pada pasien dengan aromaterapi lavender selama 10 menit, serta melakukan masase fundus sampai kontraksi kuat. Pada saat melakukan pengkajian nyeri tidak terdapat format monitoring khusus dari ruang perawatan. Dalam mengajarkan terapi relaksasi Benson tidak terdapat hambatan, pasien melakukan relaksasi Benson didampingi oleh perawat selama 5 menit. Dalam hal ini waktu pelaksanaan terapi relaksasi Benson tidak dapat dilakukan sesuai dengan teori yaitu 10 -15 menit, penulis hanya melakukan tindakan terapi relaksasi Benson selama 5 menit dikarenakan pada saat terapi relaksasi klien merasa ngantuk dan ingin beristirahat sehingga tindakan hanya dapat dilakukan dalam waktu 5 menit saja. Pada hari ke 2 dan ke 3 implementasi yang dilakukan pada Ny. P tidak berbeda jauh dengan implementasi yang dilakukan pada hari pertama.

Pada kasus Ny. P tidak terdapat kesenjangan intervensi dan implementasi yang dilakukan. Semua tindakan dilaksanakan sesuai rencana yang disusun. Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari dimulai pada tanggal 25 sampai 27 Mei 2022 dengan target tingkat nyeri menurun dan mobilitas fisik cukup meningkat. Untuk kedua diagnosa keperawatan. Selama melakukan implementasi, penulis menemukan faktor pendukung keberhasilan tindakan pada Ny.P yaitu pasien dan keluarga sangat kooperatif selama tindakan, kerjasama terjalin baik dengan perawat

ruangan, data medis dari dokter dan catatan keperawatan didapatkan dengan baik sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan lancar.

15. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan keperawatan yang mengukur sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan berdasarkan respon yang ditunjukkan oleh pasien. Pada kasus ini, penulis menggunakan dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif atau respon hasil yang dilakukan segera setelah melakukan tindakan dan evaluasi sumatif atau perkembangan yang dilakukan dalam 4-5 jam setelah tindakan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan menggunakan metode SOAP, yaitu S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (*Planning*).

Pada Ny. P setelah dilakukan implementasi dan evaluasi selama 3 hari. Semua indikator keberhasilan pada diagnosis nyeri akut b.d agen pencedra fisik, luka SC antara lain : keluhan nyeri cukup menurun menjadi nyeri ringan dengan skala 3, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, pola nafas membaik, pola tidur membaik dan tekanan darah membaik dapat tercapai dengan melaksanakan implementasi sesuai intervensi yang disusun.

Indikator keberhasilan diagnosis ketidaknyamanan pasca partum b.d involusi uteri antara lain : keluhan tidak nyaman menurun, kontraksi uterus menurun, berkeringat menurun, payudara bengkak menurun, tekanan darah menurun, frekuensi nadi menurun.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Data fokus hasil pengkajian pada kasus Ny. P didapatkan bahwa karakteristik nyeri yang dirasakan adalah nyeri sedang dengan skala nyeri 5, didapatkan data TD : 130/80 mmHg, N : 100 x/i , klien mengatakan nyeri yang dirasakan pada bagian abdomen bawah, nyeri yang dirasakan seperti tersayat – sayat, dan nyeri hilang – timbul. Klien mengeluh tidak nyaman dengan kondisi nya saat ini sehingga mengganggu kebutuhan istirahat pasien . Berdasarkan pengkajian tersebut didapatkan hasil yang sesuai dengan teori dan dapat disimpulkan bahwa kasus Ny. P termasuk nyeri sedang. Selain itu, Ny.P mengeluh tidak kram dan mules bagian perut bawah pada saat uterus berkontraksi, mengeluh mual dan ingin muntah , dan merasakan nyeri terpasang kateter.
2. Diagnosa keperawatan
Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada teori dan kasus Ny. P sesuai dengan data teori. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka jahitan post SC), Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut menjadi diagnosa utama karena sesuai kondisi keadaan ibu yang menunjukkan adanya nyeri post SC yang berdampak pada ibu dan bayi. Pada diagnosa kedua penulis tidak mengangkat diagnosis sesuai dengan yang ada pada teori karena data yang didapatkan lebih mengarah pada diagnosis ketidaknyamanan pasca partum b.d involusi uterus.
3. Intervensi
Intervensi yang dapat dikembangkan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pasien pasca SC adalah dengan melaksanakan tindakan observasi berupa memonitor tanda – tanda vital, memonitor nyeri menggunakan skala *Numeric Ranting Scale* Kemudian tindakan teraupetik juga dilakukan dalam

memenuhi kebutuhan rasa nyaman yaitu terapi relaksasi Benson dalam proses penurunan nyeri serta aromaterapi lavender yang diharapkan dapat memberikan kenyamanan dan menurunkan nyeri, namun intervensi pendukung seperti terapi relaksasi dan aromaterapi lavender tidak cukup untuk mengatasi nyeri, perlu ditambah dengan intervensi kolaborasi pemberian analgetik.

4. Implementasi

Tindakan observasional yang dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pasien post SC adalah memonitor tanda – tanda vital, mengkaji karakteristik nyeri, monitor skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale*. Tindakan terapeutik dengan menerapkan terapi relaksasi Benson memberikan kenyamanan dengan aromaterapi Lavender, masase fundus uteri sampai kontraksi kuat.

5. Evaluasi

Masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedra fisiologis bisa diturunkan tetapi tidak maksimal, tidak cukup hanya dicapai dengan 3 hari rawat karena pasien mengalami nyeri insisi 2 lapisan yang diputus, intervensi keperawatan tidak bisa murni dilakukan dengan terapi perawat perlu adanya tindakan kolaboratif pemberian analgetik

B. Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat menerapkan terapi relaksasi Benson untuk meredakan nyeri dan inhalasi aromaterapi lavender untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien

2. Bagi Perawat

Perawat hendaknya dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan menyeluruh serta lebih memonitoring nyeri yang dirasakan pada pasien post SC. Selain pemberian aromaterapi lavender perawat

hendaknya memberikan terapi non farmakologis, serta pemberian obat secara rutin sesuai resep dokter.

3. Bagi institusi pendidikan

a. Dosen

Diharapkan dosen melatih dan mendampingi mahasiswa dalam melaksanakan pengkajian, mengembangkan intervensi yang dapat dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien nyeri pasca SC.

b. Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mempelajari lebih dalam mengenai pengkajian dan memperluas wawasan tentang pengembangan intervensi dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada ibu pasca SC

DAFTAR PUSTAKA

- Anandah, H. P. (2019). *Penularan Infeksi Hepatitis B Pada Ibu Hamil* (Transmission of Hepatitis B virus in Pregnant Women) DETEKSI DINI PERSALINAN PRETERM MENGGUNAKAN SYSTEM SCORING CREAMY View project. *Poltekkes Kemenkes Banten*, 1(May), 89–94. <https://www.researchgate.net/publication/333131763>
- Astutik, P., & Kurlinawati, E. (2017). Konsep & Aplikasi Manajemen Nyeri. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(2), 30–37.
- Dermawan. (2016). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Mawar Nifas RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. FLEPS 2019 - IEEE International Conference on Flexible and Printable Sensors and Systems, Proceedings*, 6(1), 1–46. <https://doi.org/10.1016/j.snb.2019.127013>
- Febiantri, N., & Machmudah, M. (2021). *Penurunan Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea Menggunakan Terapi Teknik Relaksasi Benson. Ners Muda*, 2(2), 31. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6239>
- Kognisi, P. K., Risiko, P., Jenis, D. A. N., Bidori, F., Puspitowati, L. I. dan I., Wijaya, I. G. B., Alifah, U., Artikel, I., Paedagoria, S. N., Anwar, I., Jamal, M. T., Saleem, I., Thoudam, P., Hassan, A., Anwar, I., Saleem, I., Islam, K. M. B., Hussain, S. A., Witcher, B. J., ... alma. (2021).
- Octasari, P. M., Rukminingsih, F., & Widia, D. (2022). *Evaluasi Penggunaan Analgesik pada Pasien Sectio caesarea di Rumah Sakit St. Elisabeth Semarang Evaluation of Analgesic Usage in Cesarean Section Patients at St. Elisabeth Hospital, Semarang Operasi sesar adalah proses persalinan dengan pembedahan mela*. 19(1), 45–54.
- Puspitasari, R. A., & Ekacahyaningtyas, M. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Limfoma Non Hodgkin Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Keselamatan : Nyeri*.
- Rahmaya Nova. (2021). *Efektivitas Aromaterapi Lavender dalam Menurunkan Intensitas Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea*. 2013, 298–302.
- Ratna, P. (2012). *Ratna Pratiwi 1 Ermiati 1 Restuning Widiasih 1*. 1–15.
- Rosselini RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan Jl Kol Burlian, R. H., Bangun, S., Sukarami, K., Palembang, K., & Selatan, S. (2022). *Literature Review Efektivitas*

Aromaterapi Lavender Dalam Menurunkan Nyeri Pada Pasien Operasi Sectio Caesarea. 12(23), 70–83.

Shim, H., Shin, N., Stern, A., Aharon, S., Binyamin, T., Karmi, A., Rotem, D., Etgar, L., Porath, D., Pradhan, B., Kumar, G. S., Sain, S., Dalui, A., Ghorai, U. K., Pradhan, S. K., Acharya, S., Quan, L. N., Rand, B. P., Friend, R. H., ... Gmbh, Z. (2018).

SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

SLKI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.

SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.

L
A
M
P
I
R
A
N

BIODATA PENULIS



Nama Lengkap : Widya Andriani
Tempat Tanggal Lahir : Bengkulu, 21 September 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Nama Orang Tua
Ayah : Arinal
Ibu : Ema Firdayani
Alamat Rumah : Jl lethu abu hanifa, Tengah Padang kota
Bengkulu
Email : widiaandriani955@gmail.com
Judul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Pasca SC Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu
Riwayat Pendidikan :
1. SDN 11 Kota Bengkulu
2. SMPN 03 Kota Bengkulu
3. Madrasah Aliyah Alhasanah Bengkulu Tengah

Standar Oprasional Prosedur Aromaterapi Lavender

NO	Tahap Pemberian Aromaterapi Lavender
Pre Interaksi	
1	Kaji adanya kebutuhan pada Aromaterapi Lavender
2	Identifikasi factor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontraindikasi
3	Siapkan alat dan bahan (Diffuser, Essensial Oil Lavender, Air bersih secukupnya).
Tahap Orientasi	
1	Beri salam dan panggil Pasien dengan nama kesukaannya
2	Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien
3	Atur posisi pasien nyaman mungkin
Tahap Kerja	
1	Buka tutup diffuser lalu isi dengan air cukupnya.
2	Teteskan essensial oil lavender (jumlah sesuai kebutuhan), kemudian tutup kembali diffuser.
3	Sambungkan kabel diffuser ke stop kontak, atur kecepatan keluarnya uap pada diffuser.
4	Anjurkan pasien untuk menghirup aromaterapi dan rileks.
5	Untuk penggunaannya, 3-4 tetes essensial oil dalam 30-40 ml air (15-30 menit) dengan jarak pemberian 50-100 cm dari lokasi pasien
Terminasi	
1	Jelaskan pada pasien bahwa terapi telah selesai
2	Kaji respon pasien setelah dilakukan terapi
3	Rapikan alat

SOP TERAPI RELAKSASI BENSON

<p>Pengertian</p>	<p>Terapi relaksasi benson yaitu teknik relaksasi pernafasan dengan melibatkan kepercayaan sehingga dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan menjadikan otot-otot lebih rileks menimbulkan rasa nyaman dan tenang (Yusliana, 2015 ; A, Haris., dkk, 2017).</p>
<p>Tujuan</p>	<p>Asupan O₂ dalam otak tercukupi menjadikan manusia dalam keadaan seimbang. Keadaan ini akan menimbulkan suasana rileks pada manusia, dan akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan Corticotropin Relaxing Factor (CRF). CRF akan bekerja merangsang kelenjar dibawah otak untuk meningkatkan produksi Proopiod Melanochortin (POMC) menjadikan produksi Enkephalin oleh medulla adrenal mengalami peningkatan</p>
<p>Prosedur</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalan diri kepada pasien dan menjelaskan tujuan tindakan 2. Atur posisi pasien senyaman mungkin 3. Anjurkan klien untuk relaksasi semua otot secara dalam, mulai dari kaki dan relaksasi wajah 4. Nafas melalui hidung, hembuskan nafas, sambil mengucap istighfar, tenangkan fikiran. Nafas dalamhembuskan istighfar, nafas dalam hembuskan....istighfar, bernafaslah dengan mudah dan alami...hembuskan sampai tercipta ketenangan dan rilek pada diri anda 4. Lakukan selama 15 menit, kegiatan minimal dilakukan 1 kali sehari 5. Ciptakan lingkungan yang sunyi dan bebas gangguan

Dokumentasi



FORMAT PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

- a. Nama ibu : _____
- b. Usia : _____
- c. Agama : _____
- d. Status perkawinan : _____
- e. Pekerjaan : _____
- f. Pendidikan terakhir : _____
- g. Nama suami : _____
- h. Pekerjaan : _____
- i. Alamat : _____

2. Keluhan Utama

- a. Alasan masuk : _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- b. Tanggal masuk : _____
- c. Riwayat Obstetri : _____

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan sekarang

:

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat menstruasi :

b. Riwayat kesehatan dahulu :

c. Riwayat kehamilan saat ini :

d. Riwayat alergi :

e. Riwayat operasi :

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum :

b. Pemeriksaan head to toe

1. Kepala :

2. Wajah :

3. Mata :

4. Telinga :

5. Hidung :

6. Mulut :

7. Payudara :

8. Abdomen :

9. Ekstremitas :

a. Ekstremitas atas :

b. Ekstremitas bawah :

10. Perineum & Genetelia :

6. Pola Aktivitas

a. Istirahat & Kenyamanan :

b. Nutrisi & Cairan :

c. Eliminasi :

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium

No	Hematologi	Hasil	Nilai Rujukan

Penatalaksanaan Medis

NO	Nama Obat	Rute	Dosis	waktu	Tanggal		
					3/6/22	4/6/22	5/6/22

LEMBAR KONSUL PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Widya Andriani

Nim & prodi : P05120219075 & DIII Keperawatan

Pembimbing : Asmawati, S.Kp., M.Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Nyeri Pasca SC di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022

NO	HARI/TANGGAL	POKOK BAHASAN	SARAN	PARAF
1	28 Desember 2022	Judul KTI	Pemenuhan Kebutuhan yang sering ditemui	<i>af</i>
2	30 Desember 2022	Judul KTI	ACC Judul KTI Asuhan Keperawatan Pemenuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Nyeri Post SC Di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022	<i>af</i>
3	10 Januari 2022	BAB I	Latar belakang dibuat seperti piramida terbalik dari umum ke khusus	<i>af</i>
4	13 Januari 2022	BAB I	Perbaiki pravelensi di latar belakang berdasarkan sumber terbaru	<i>af</i>
5	27 Januari 2022	BAB I	1. Perjelas data yang di ambil di rumah sakit 2. Kualitas nyeri yang dirasakan oleh pasien SC seperti apa	<i>af</i>
6	2 Februari 2022	BAB I Dan BAB II	1. Sumber disetiap ujung paragraf 2. Perbaiki konsep SC	<i>af</i>

7	12 Februari 2022	BAB I Dan BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan ejaan tanda baca 2. Lengkapi terapi non farmakologis untuk pasien nyeri post SC 3. Perbaiki klasifikasi SC 	af
8	14 Februari 2022	Bab II, BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan tanda baca 2. Lengkapi patofisiologi SC 3. Perbaiki inklusi Bab III 	af.
9	17 Mei 2022	ACC proposal		af.
10	19 Mei Kamis 2022	Konsul format pengkajian		af.
11	21 Juni 2022	Bab IV dan Bab V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan keluhan utama pasien 2. Tambahkan riwayat alergi dan riwayat operasi 3. Perbaiki penulisan 	af
12	24 Juni 2022	Bab IV dan Bab V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan literature karakteristik nyeri yang dirasakan pasien pasca SC 2. Digambarkan hasil observasi yang ditemukan pada kasus 3. Tambahkan data ketidaknyamanan pada pasien pasca SC 	af.



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
DINAS KESEHATAN

Jl. Letjen Basuki Rahmat No. 08 Bengkulu Telp (0736) 21072 Kode Pos 34223

REKOMENDASI

Nomor : 070 / 123 / D.Kes / 2022

Tentang
IZIN PRA PENELITIAN

Dasar Surat Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekes Kemenkes Bengkulu Nomor : DM.01.04/114/2/2022 Tanggal 27 Januari 2022 Perihal : Permohonan Izin Pengambilan data awal Dalam Bentuk Karya Tulis ilmiah (KTI) / skripsi atas nama :

Nama : Widya Andriani
N I M/NPM : P05120219089
Program Studi : D III Keperawatan
Judul / Data : Asuhan Keperawatan Maternitas Dengan Masalah Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Post Se di Rumah Sakit Harapan dan Do'a Kota Bengkulu Tahun 2022
Tempat Penelitian : 1. Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
2. RSHD. Kota Bengkulu
Lama Kegiatan : 08 Februari 2022 s/d. 14 Februari 2022

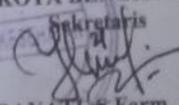
Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan pra penelitian/kegiatan yang dimaksud dengan catatan ketentuan :

- Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- Apabila masa berlaku Rekomendasi Pra Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Pra Penelitian.
- Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan).
- Surat Rekomendasi Pra Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN DI: B E N G K U L U
PADA TANGGAL : 8 FEBRUARI 2022

An. **KEPALA DINAS KESEHATAN**
KOTA BENGKULU


NURHIDAYATI, S.Farm, Apt, M.E
Pembina / Nip. 198002122005022004

Tembusan :
1. Dir. RSHD. Kota Bengkulu
2. Yang Bersangkutan



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. BasukiRahmat No.01 Kota Bengkulu Telp. (0736) 345 100 Kode Pos 38223



SURAT IZIN PRA PENELITIAN

Nomor : 893.5 / 444 / RSUD.HD

Menindaklanjuti surat dari Politeknik Kesehatan Bengkulu Nomor: DM.01.04/175/2/2022 tanggal 27 Januari 2022 Perihal Izin Pra Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : Widya Andriani
NIM : P05120219089
Prodi : Keperawatan

Untuk melakukan pengambilan data awal pra penelitian dengan judul "Asuhan Keperawatan Maternitas Dengan Masalah Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Post Sc di Rumah Sakit Harapan & Doa Kota Bengkulu Tahun 2022" pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan pra penelitian terhitung mulai tanggal 09 Februari 2022 s/d 16 Februari 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 08 Februari 2022
Pih. DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU

Joni Haryadi T., SKM., MM.,
Pembina
NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Pra Penelitian Ruang Instalasi Rawat Inap (IRNA) dan Instalansi Rawat Jalan (IRJA)
2. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera
3. Tidak di perkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Melur No. 01 Nusa Indah Telp. (0736) 21801
BENGKULU

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/ 532- /B.Kesbangpol/2022

Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian

Memperhatikan : Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor : DM.01.04/ 1189 /2/2022 tanggal 15 Mei 2022 perihal Izin Penelitian

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

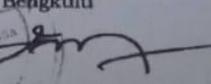
Nama : WIDYA ANDRIANI
NIM : P05120219089
Pekerjaan : Mahasiswa
Prodi/ Fakultas : D3 Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Nyeri Post SC Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 20 Mei 2022 - 20 Agustus 2022
Penanggung Jawab : Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Dengan Ketentuan : 1 Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
2 Melakukan Kegiatan Penelitian dengan Mengindahkan Protokol Kesehatan Penanganan Covid-19.
3 Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
4 Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
5 Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 20 Mei 2022

a.n. WALIKOTA BENGKULU
Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Bengkulu


Dra. Hj. FENNY FAHRIANNY
Pembina
NIP. 19670904 198611 2 001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemendes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



15 Mei 2022

Nomor : : DM. 01.04/.../2022
Lampiran : -
Hal : : **Izin Penelitian**

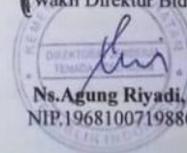
Yang Terhormat,
Direktur Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : WIDYA ANDRIANI
NIM : P05120219089
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 089636865338
Tempat Penelitian : RS Harapan dan Doa Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 3 Bulan
Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik



Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada:
Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No 01| Bengkulu 38223
(0736) 34 5100|Fax (0736) 345 100 |kotabengkulursud@gmail.com



SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 893.5 / $\sqrt{4}$ /RSUD.HD

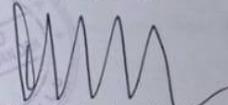
Menindaklanjuti surat rekomendasi penelitian dari Kesbangpol dengan Nomor: 070/532/B.Kesbangpol/I/2022 tanggal 20 Mei 2022 Perihal Izin Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : Widya Andriani
NIM : P05120219089
Prodi : DIII Keperawatan

Untuk melakukan penelitian dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pemenuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Nyeri Post SC di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022**" pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan penelitian terhitung mulai tanggal 24 Mei 2022 s/d 23 Juni 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 23 Mei 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU


dr. Lista Cerlyviera, M.M.
Pembina Tk.I
NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Penelitian di Ruang Kebidanan (Musdalifah)
2. Tidak diperkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut
3. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223
5100|Fax (0736) 345 100 |kotabengkulursud@gmail.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 893.5/1113 /RSUD.HD

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Lista Cerlyviera, M.M
NIP : 19690704 199903 2 003
Pangkat/ Gol : Pembina Tk I - IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

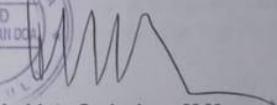
Nama : Widya Andriani
NIM : P05120219089
Prodi : DIII Keperawatan

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul "**Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Nyeri Post Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022**".

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 30 Mei 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU




dr. Lista Cerlyviera, M.M

Pembina Tk.1
NIP. 19690704 199903 2 003