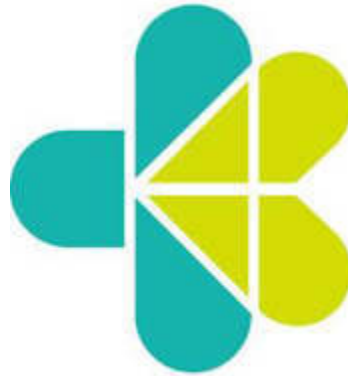


KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN *POST SECTIO CAESAREA*
DENGAN IMPLEMENTASI FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT
PADA PASIEN NYERI DI RUANG TERATAI RSUD
KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2024**



DISUSUN OLEH :

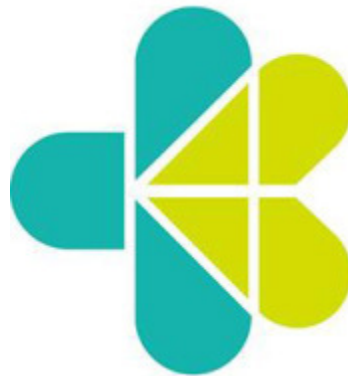
WIKEN PERMATASARI

NIM. P00320121 055

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2024**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN *POST SECTIO CAESAREA*
DENGAN IMPLEMENTASI FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT
PADA PASIEN NYERI DI RUANG TERATAI RSUD
KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2024

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

WIKEN PERMATASARI
NIM. P00320121 055

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2024

LEMBAR PERSETUJUAN

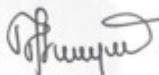
Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Wiken Permatasari
Tempat, Tanggal Lahir : Pagar Gunung, 26 juni 2003
N I M : P00320121055
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Post *Sectio Caesarea*
Dengan Implementasi Foot Massage Dan
Kompers Hangat Pada Pasien Nyeri Di Ruang
Teratai Rsud Kabupaten Rejang Lebong Tahun
2024

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 12 Mei 2024

Curup, 12 Mei ... 2024

Pembimbing



Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep
NIP: 197004071989112002

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN *POST SECTIO CAESAREA*
DENGAN IMPLEMENTASI FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT
PADA PASIEN NYERI DI RUANG TERATAI RSUD
KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2024

Disusun oleh :

WIKEN PERMATASARI
NIM.P00320121055

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 25 juni 2024, dan dinyatakan

L U L U S

Ketua Penguji



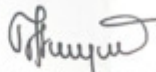
Ns. Misniarti, S.Kep M.Kep
NIP. 197703112001122001

Penguji I



Ns. Derison marsinova B S.Kep M.Kep
NIP.19711217991021001

Penguji II



Yanti Sutriyanti, SKM, M.Kep
NIP.197004071989112002

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma III Jurusan
Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN *POST SECTIO CAESAREA*
DENGAN IMPLEMENTASI FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT
PADA PASIEN NYERI DI RUANG TERATAI RSUD
KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2024

ABSTRAK

Latar belakang : Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. **Tujuan :** Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien post sectio caesarea meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi dan implementasi terkhususnya tindakan foot massage dan kompres hangat untuk mengurangi nyeri serta evaluasi keperawatan. **Metode :** yaitu dengan teknik foot massage dan kompres hangat terhadap penurunan skala nyeri post sectio caesarea. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam didapatkan hasil, keluhan nyeri klien menurun dari skala 6 menjadi 2 setelah diberikan teknik foot massage dan kompres hangat, ketidaknyamanan pasca partum menurun, mobilitas fisik meningkat, berduka menurun, resiko infeksi menurun. **Kesimpulan:** Masalah keperawatan yang ada pada klien teratasi semua dan teknik foot massage dan kompres hangat dapat mengurangi keluhan nyeri klien.

Kata kunci : Foot massage dan Kompres hangat, Nyeri, Sectio caesarea

**NURSING CARE
WITH THE IMPLEMENTATION OF FOOT MASSAGE AND WARM
COMPRESSES
IN PAIN PATIENTS IN THE TERATAI HOSPITAL ROOM
REJANG LEBONG DISTRICT
YEAR 2024**

ABSTRACT

Background: Sectio caesarea is a medical procedure necessary to assist with childbirth that cannot be carried out normally due to maternal health problems or the condition of the fetus. **Objective:** To determine nursing care for clients pre and post caesarean section including assessment, diagnosis, intervention and implementation, especially early mobilization exercises in reducing pain as well as nursing evaluation. **Method:** namely using early mobilization techniques to reduce the pain scale post caesarean section. **Results:** After 3x24 hours of nursing care, the results were obtained, the client's pain complaints decreased from a scale of 6 to 2 after being given early mobilization distraction techniques, anxiety levels decreased, risk of infection decreased, risk of injury decreased, physical mobility increased, and breastfeeding status improved. **Conclusion:** The client's existing nursing problems were all resolved and early mobilization distraction techniques can reduce the client's pain complaints.

Key words: Early mobilization, pain, Sectio caesarea

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan *Post Sectio Caesarea* Dengan implementasi Foot Massage Dan Kompres Hangat pada Pasien Nyeri Di Ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2024”. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada nabi kita, Nabi Muhammad SAW, karena berkat suri tauladan beliau, mengantarkan kita semua dari jalan yang gelap gulita menuju ke jalan yang terang benderang seperti saat ini.

Tujuan dari pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Bersama ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar- besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep Selaku Dosen Pembimbing Yang Telah Menyediakan Waktu, Tenaga, Dan Pikiran Untuk Melakukan Konsultasi Dan Mengarahkan Penulis Dengan Memberikan Saran-Saran Yang Membangun Dalam Penyusunan Laporan Tugas Akhir Ini.
5. NS. Misniarti, S. Kep,M. Kep Selaku Ketua Penguji Yang Telah Menyediakan Waktu Menguji Penulis Dan Memberikan Arahan Serta Masukan Yang Bersifat Membangun.
6. Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep Selaku Penguji 1 Yang Telah Menyediakan Waktu Menguji Penulis Dan Memberikan Arahan Serta Masukan Yang Bersifat Membangun.

7. Seluruh Dosen Dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
8. Kedua Orang Tua Saya Yang Selalu Memberi Support Dan Doa Yang Tiada Henti Sehingga Dapat Menyelesaikan Laporan Tugas Akhir Ini.

Mudah-mudahan laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup,.....

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| HALAMAN JUDUL | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN | iii |
| KATA PENGANTAR..... | vi |
| DAFTAR ISI..... | iv |
| DAFTAR TABEL | vii |
| DAFTAR GAMBAR..... | viii |
| DAFTAR SKEMA | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | x |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penulisan..... | 5 |
| 1.4 Manfaat | 6 |
| BAB II TINJUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Konsep Post Sectio Caesarea..... | 7 |
| 2.1.1 Definisi..... | 7 |
| 2.1.2 Etiologi | 8 |
| 2.1.3 Manifestasi Klinis..... | 8 |
| 2.1.4 Anatomi Fisiologi..... | 9 |
| 2.1.5 Patofisiologi | 11 |
| 2.1.6 WOC..... | 13 |
| 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang | 14 |
| 2.1.8 Penatalaksanaan Medis | 14 |
| 2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan | 15 |
| 2.2 Nyeri Akut | 16 |
| 2.2.1 Definisi Nyeri Akut | 16 |
| 2.2.2 Proses Nyeri Akut..... | 19 |
| 2.3 Foot massage dan kompres hangat..... | 21 |
| 2.3.1 Definisi Foot massage dan kompres hangat..... | 21 |
| 2.3.2 Tujuan Foot massage dan kompres hangat | 22 |
| 2.3.3 Manfaat Foot massage dan kompres hangat | 22 |
| 2.3.4 Evidence Based Foot massage dan Kompres hangat..... | 22 |
| 2.3.5 Prosedur Tindakan keperawatan Foot massage dan kompres hangat | 23 |
| 2.4 Asuhan Keperawatan..... | 26 |
| 2.4.1 Pengkajian Keperawatan..... | 30 |
| 2.4.2 Diagnosa Keperawatan | 30 |
| 2.4.3 Intervensi Keperawatan | 32 |
| 2.4.4 Implementasi Keperawatan | 41 |

| | | |
|----------------|------------------------------------|----|
| 2.4.5 | Evaluasi Keperawatan..... | 41 |
| BAB III | METODE PENELITIAN | |
| 3.1 | Desain/Rancangan Studi Kasus | 42 |
| 3.2 | Subjek Studi Kasus | 42 |
| 3.3 | Fokus Studi Kasus..... | 43 |
| 3.4 | Definisi Operasional..... | 43 |
| 3.5 | Tempat dan Waktu Penelitian..... | 44 |
| 3.6 | Pengumpulan Data | 45 |
| 3.7 | Analisa dan Penyajian Data | 46 |
| 3.8 | Etika Penelitian | 46 |
| BAB IV | TINJAUAN KASUS | |
| | DAFTAR PUSTAKA | |
| | LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| No | Judul | Halaman |
|-------|---|---------|
| 2.3.5 | Prosedur tindakan Foot Massage dan Kompres Hangat | 23 |
| 2.4.3 | Diagnosa Keperawatan | 32 |
| 2.4.3 | Rencana Keperawatan | 32 |
| 3.5 | Instrumen penelitian | 44 |

DAFTAR GAMBAR

| No | Judul | Halaman |
|-----|--|---------|
| 2.1 | Kuadran Abdomen | 9 |
| 2.2 | Teknik Klasik Dengan Sayatan Vertikal | 10 |
| 2.3 | Sc Trnperitonealis Pofunda | 11 |
| 2.4 | VAS (Visual Analog Scale) | 17 |
| 2.5 | Prosedur Tindakan Foot Massage Dan Kompres Hangat | 23 |
| 2.6 | VAS (Visual Analog Scale) | 44 |

DAFTAR LAMPIRAN

| No | Judul |
|----|-------------------------------------|
| 1 | Biodata |
| 2 | Lembar Konsul |
| 3 | Lembar Observasi Skala Nyeri |
| 4 | Lembar Observasi Post SC |
| 5 | Lembar Observasi TTV |
| 6 | Jurnal |
| 7 | Surat Pengambilan Kasus Tugas Akhir |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sectio Caesarea atau persalinan buatan merupakan suatu pembedahan yang bertujuan untuk mengeluarkan janin lewat sayatan laparotomi sampai histerotomi di karenakan persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan atau beresiko kepada komplikasi medis lainnya. Pasien post operasi sering kali mengalami nyeri hebat meskipun tersedia obat-obatan analgesik yang efektif. Hal tersebut membutuhkan intervensi yang tepat untuk menurunkan tingkat nyeri ibu post *Sectio Caesarea*. (Dumilah.2018)

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) (2018) rata-rata tindakan *sectio caesarea* berkisar 5% sampai 15% per 1000 kelahiran dunia. Hasil Riskesdas tahun 2018 berkisar antara 15.000-15.300 persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta 27,2% per 10.000 kelahiran hidup, Dari data Riskesdas 2018 di provinsi Bengkulu di dapatkan proporsi metode persalinan pada perempuan dengan metode persalinan normal sebanyak 84,54%, operasi *sectio caesarea* sebanyak 14,92% dan dengan metode persalinan lainnya berupa forcep dan vacuum sebanyak 0,54% (Riskesdas, 2018). Sedangkan angka ibu melahirkan di Indonesia pada tahun 2018 adalah sebanyak 5.043.078 jiwa dan ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan sebanyak 4.351.389 jiwa (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan hasil data yang diperoleh dari rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Curup di ruang kebidanan tahun 2017 terdapat 206 kasus angka persalinan dengan *sectio caesarea*, pada tahun 2018 terjadi penurunan kasus angka persalinan *sectio caesarea* sebanyak 141 kasus, pada tahun 2019 sebanyak 196, pada tahun 2020 sebanyak 201 kasus dan pada tahun 2021 sebanyak 257 kasus, di tahun 2022 sebesar 309 kasus dan di tahun 2023 sebesar

221 kasus persalinan dengan *sectio caesarea*. (Rekam medik RSUD Curup, 2023).

Persalinan *Sectio Caesarea* memiliki resiko dampak lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal. Dampak dari tindakan *sectio caesarea* bagi ibu adalah rasa nyeri yang akan dirasakan setelah operasi *sectio caesare* dan luka post *sectio caesarea* (Astutik, 2017). Dengan adanya luka bekas operasi *sectio caesarea* menimbulkan nyeri pada pasien sehingga pasien cenderung untuk berbaring saja, untuk mempertahankan seluruh tubuh kaku dan tidak mengindahkan daerah pembedahan sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, penyembuhan luka lambat, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini (Ferinawati,2019).

Masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien post *Sectio caesarea* yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, resiko syok hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktf, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur (SDKI, 2017). Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya (Hidayat, 2016).

Pasien post operasi sering kali mengalami nyeri hebat meskipun tersedia obat-obat analgesik yang efektif, sekitar 60% pasien post *sectio caesarea* (SC) masih mengalami nyeri dalam 24 jam *post partum* (Zawn, 2018). Penelitian yang dilakukan Jin et al. (2017) menunjukkan bahwa ibu *post partum* mengalami nyeri kronik post pembedahan (*Chronic Post-Surgical Pain/CPSP*), dimana insidensinya pada 3 bulan, 6 bulan dan 12 bulan post SC adalah 18,3%, 11,3%, dan 6,8%. *Sectio caesarea* yang dilakukan akan mendapatkan luka oprasi di bagian perut yang akan mengakibatkan nyeri pada saat bergerak pasien akan cenderung berbaring saja dan tidak mengindahkan

daerah pembedahan sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, penyembuhan luka lambat, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini (Ferinawati,2019).

Manajemen nyeri adalah salah satu alternatif yang dikembangkan berbagai tindakan non farmakologi atau tindakan Foot massage dan kompres hangat. Teknik Foot massage dan kompres hangat merupakan salah satu alternatif pilihan penanganan nyeri non farmakologi. Tindakan Foot massage dan Kompres hangat dirasa efektif mengurangi atau menghilangkan rasa tidak nyaman, tindakannya cukup sederhana dan dapat dilakukan oleh diri sendiri atau dengan bantuan orang lain. Foot massage dan Kompres hangat menjadi salah satu tindakan massage yang dikembangkan dan di implementasikan di rumah sakit dalam manajemen nyeri non farmakologi (chanif, 2013).

Foot massage dan Kompres hangat dapat membantu menutup gerbang posterior horns dari sumsum tulang belakang dan memblokir bagian dari nyeri ke sistem saraf pusat, selain itu Foot massage dan Kompres hangat juga dapat menurunkan tingkat kecemasan dan stres dengan meningkatkan tingkat dopamine yang ada di tubuh (Abdelaziz & Mohammed , 2014). Nosireseptor adalah saraf yang memulai sensasi nyeri dimana reseptor ini yang mengirim sinyal nyeri dan terletak di permukaan jaringan internal dan dibawah kulit pada kaki, oleh karna itu Foot massage dan Kompres hangat dianggap menjadi metode yang sangat tepat untuk mengurangi nyeri (Abbspoor, M, & S, 2014). Teknik massage ini efektif untuk mengurangi rasa nyeri akut post operatif (Trisnowiyanto, 2012 .) Kompres hangat pada area telapak kaki merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan rasa hangat dengan suhu 40°C-43°C Kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah ke bagian yang nyeri, menurunkan ketegangan otot sehingga mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan otot. (Potter and Perry 2015)

Hasil penelitian yang dilakukan pada 90 ibu post *sectio caesarea* mengalami penurunan nyeri yang signifikan disebutkan bahwa Foot massage

dan Kompres hangat lebih efektif dibandingkan dengan hand massage dan Kompres hangat. Temuan dalam penelitian ini yaitu pemberian terapi foot massage dan Kompres hangat merupakan terapi yang paling efektif untuk mengurangi nyeri post *sectio caesarea* dibandingkan dengan hand massage.(Babu, J, Annie, AM, Renuka, K. (2019)

Hasil penelitian menyebutkan sebelum diberikan kompres hangat 100% responden dengan nyeri sedang, setelah diberikan kompres hangat sebagian besar adalah nyeri ringan sebanyak 7 orang (70%). Hasil ini menunjukkan ada penurunan nyeri dari kategori sedang menjadi ringan. Dilihat dari rerata skor nyeri dari skor 5 menjadi skor 2,80. Penurunan intensitas nyeri setelah dilakukan kompres panas, tetapi penurunan intensitas nyeri tidak sama pada setiap individu. Selama proses persalinan ibu sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar, salah satu kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi adalah bebas dari nyeri. Setiap ibu ingin terbebas dari nyeri akibat his. Beberapa bentuk menyamankan ibu secara nonfarmakologis salah satunya adalah dengan kompres panas. Kompres hangat lebih efektif dibandingkan dengan Foot massage terhadap penurunan nyeri pasien post operasi *sectio caesarea* dengan nilai p value = 0,034.(Devi Permata sari, dkk 2019)

Hasil survey yang dilakukan di Rumah Sakit Curup tindakan teknik foot massage dan Kompres hangat untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* belum pernah dilakukan Perawat. Berdasarkan hasil wawancara ke satu pasien yang sedang dirawat di Rumah Sakit Rejang lebung di Ruang Teratai pasien mengatakan belum mengetahui teknik foot massage dan Kompres hangat.

Upaya yang dilakukan untuk menangani fenomena tersebut salah satunya dengan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu Post SC diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi serta memberikan implementasi foot massage dan Kompres hangat dan dapat

dilakukan juga teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri (Nurarif, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan Asuhan Keperawatan Post *Sectio caesarea* melalui proses pengkajian, intervensi, implementasi terutama teknik foot massage dan Kompres hangat , dan evaluasi secara komprehensif di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Rejang Lebong Tahun 2024.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah “Bagaimana gambaran asuhan keperawatan *sectio caesarea* dengan implementasi foot massage dan Kompres hangat untuk menurunkan nyeri pada ibu post operasi *sectio caesarea* di Rumah Sakit RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2024?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum :

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan post *sectio caesarea* dengan implementasi Foot Massage dan Kompers Hangat pada pasien nyeri di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2024.

1.3.2 Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui gambaran Pengkajian pada pasien post *sectio caesarea* dengan implementasi Foot Massage dan Kompers Hangat pada pasien nyeri di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong
- b. Mengetahui gambaran Diagnosa pada pasien post *sectio caesarea* dengan implementasi Foot Massage dan Kompers Hangat pada pasien nyeri di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong
- c. Mengetahui gambaran Rencana perawatan pada pasien post *sectio caesarea* dengan implementasi Foot Massage dan Kompers Hangat pada pasien nyeri di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong

- d. Mengetahui gambaran Implementasi keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* dengan implementasi Foot Massage dan Kompers Hangat pada pasien nyeri di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong
- e. Mengetahui gambaran Evaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.

1.4 Manfaat

Ada tiga manfaat yang perlu dijelaskan pada sub bab tentang manfaat penelitian, yaitu:

1) Manfaat bagi klien

Klien dan Keluarga mendapatkan pelayanan yang berkualitas, Klien dan Keluarga juga dapat melakukan teknik yang diberikan secara mandiri sehingga dapat mengatasi masalah nyeri yang dihadapi, yaitu dengan cara Foot massage dan Kompres hangat.

2) Manfaat bagi perawat

Menambah wawasan dan pengalaman dalam mengaplikasikan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* implementasi foot massage dan Kompres hangat, sehingga dapat dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit.

3) Manfaat bagi pelayanan Rumah Sakit

Rumah Sakit Sebagai salah satu referensi perawat dalam mengaplikasikan hasil studi literatur dalam memberikan tindakan keperawatan Foot massage dan Kompres hangat yang dapat diterapkan langsung terhadap klien di rumah sakit

4). Manfaat bagi pendidikan

Menambahkan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan post SC dengan implementasi foot massage dan kompers hangat pada pasien nyeri di RS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Sectio Caesarea

2.1.1 Definisi

Persalinan *Sectio caesarea* didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) (Cunningham.2012). *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah.2018). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gr (Aprina.2016).

Dari beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan menjadi alternatif bila ibu dan janin terganggu untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

Post operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut dan tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. Aktifitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitas dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

Definisi dan Klasifikasi Plasenta previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Wiknjosastro, 2014). Plasenta previa adalah kondisi dimana plasenta berimplantas menutupi sebagian atau seluruh segmen bawah rahim (Sataloff dkk, 2014).

Plasenta previa berdasarkan terabanya jaringan plasenta melalui jalan lahir diklasifikasikan menjadi plasenta previa totalis yaitu implantasi plasenta menutupi seluruh pembukaan jalan lahir, plasenta previa partialis yaitu plasenta yang implantasinya menutupi sebagian pembukaan jalan lahir, plasenta previa marginalis yaitu plasenta yang implantasinya berada tepat di pinggir pembukaan jalan lahir dan plasenta letak rendah yaitu implantasi plasenta yang terletak 3-4 cm dari pembukaan jalan lahir.

2.1.2 Etiologi

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya *sectio caesarea* antara lain :CPD (Chepalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir.

b. Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.3 Manifestasi Klinik

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Doenges (2010) mengemukakan manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi :

- a. Nyeri yang disebabkan luka dari pembedahan
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
- c. Umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
- g. Tidak terdengarnya suara bising usus
- h. Pengaruh anestesi dapat memicu mual, muntah dan imobilisasi
- i. Klien memilih untuk tidak banyak melakukan pergerakan

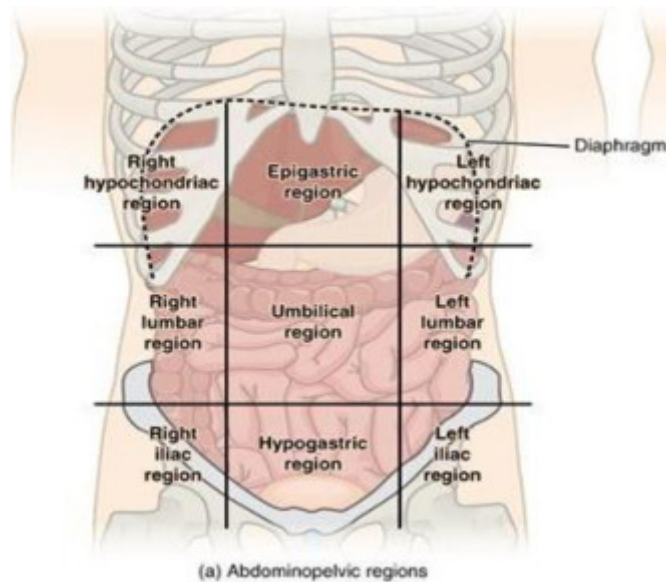
2.1.4 Anatomi Fisiologi Pembedahan Abdomen

a. Pembedahan Abdomen

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari otot abdomen, columna vertebralis, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (regiones). Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas crista iliaca dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga ke delapan hingga kepertengahan ligamen inguenale. Dinding

abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu Kulit, Jaringan subkutan, Otot dan Fasia, Jaringan ekstraperitoneum dan Peritoneum.

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen



Sumber : Wikipedia 2011

b. Pembedahan *sectio caesarea*

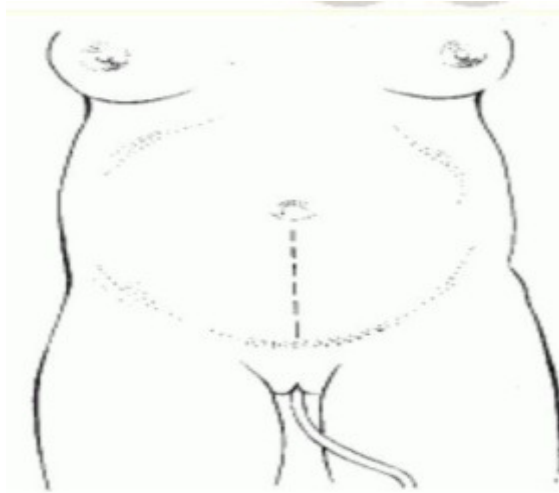
sectio caesarea merupakan prosedur operatif, yang dilakukan dibawah anestesia sehingga janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus, Prosedur ini biasanya dilakukan setelah viabilitas tercapai, misal usia kehamilan lebih dari 24 minggu.

Terdapat beberapa bagian *sectio caesarea* adalah :

1) *Sectio caesarea* klasik (korporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan terbentuk adalah garis vertikal.

Gambar 2.2 Teknik Klasik Dengan Sayatan Vertikal

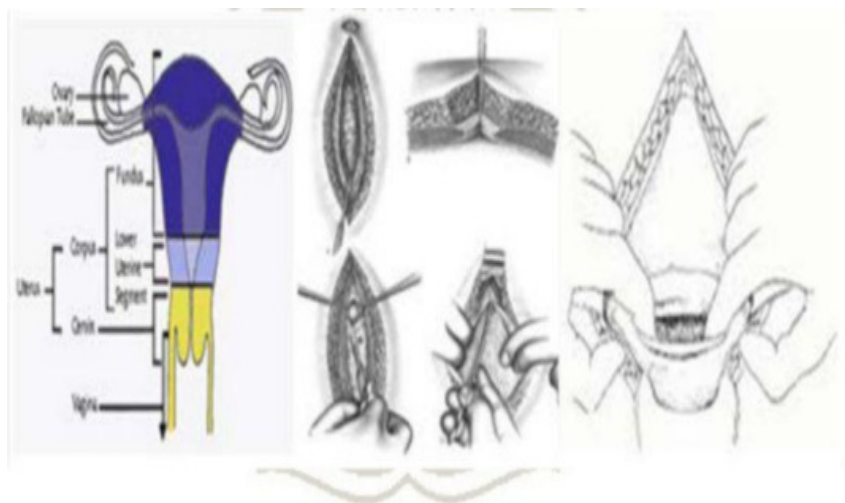


Sumber : Wikipedia 2011

2) *Sectio caesarea* ismika (pofunda)

Dilakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbukanya cabang-cabang pembuluh darah, sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal.

Gambar 2.3 Klasik Tranperitonialis Profuda



Sumber : Wikipedia 2011

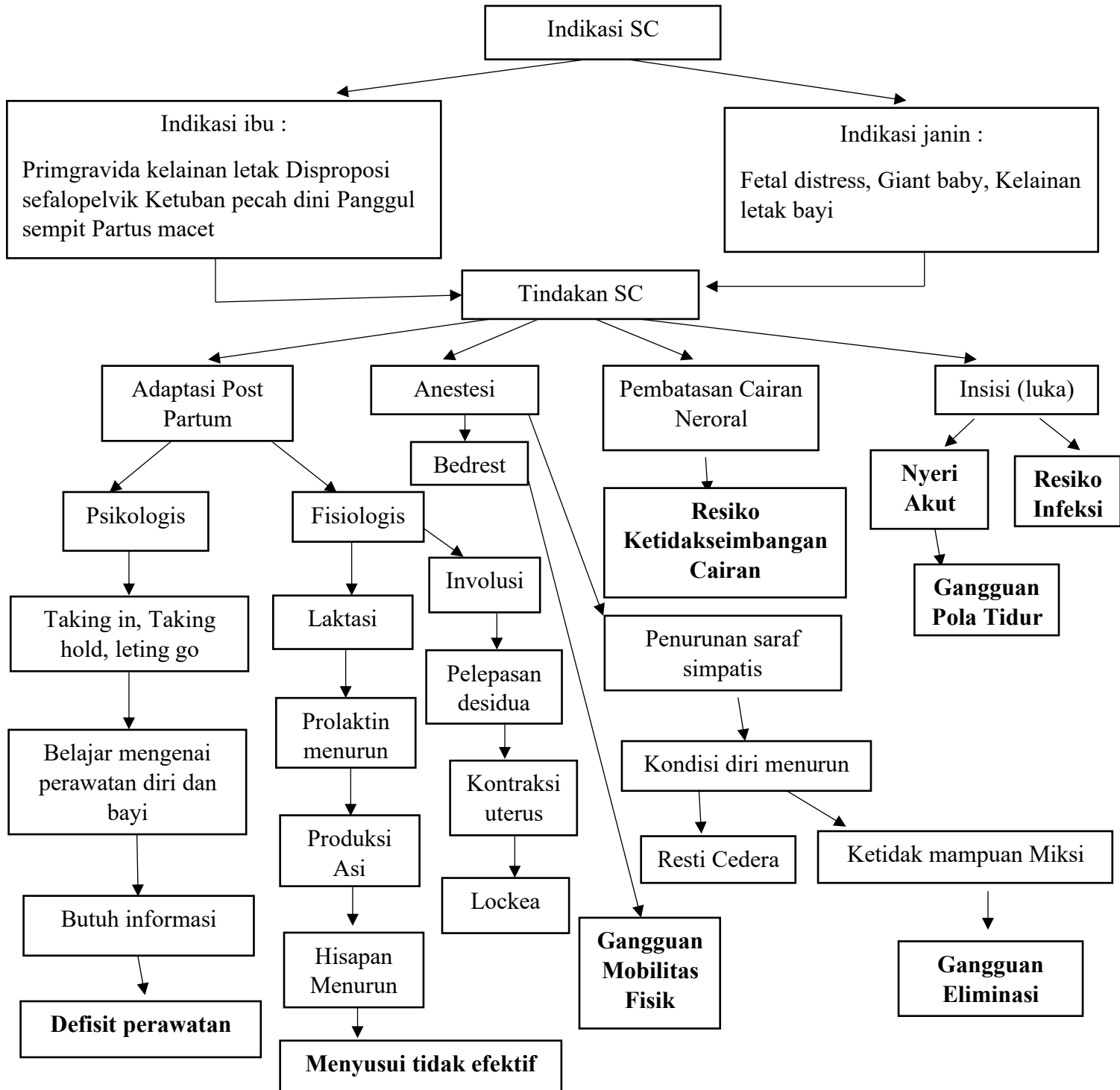
2.1.5 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea*. Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik secara psikologis maupun fisiologis. Adaptasi post partum secara psikologis akan terjadi penambahan anggota keluarga baru sehingga terdapat tuntutan anggota baru misalnya pada saat bayi menangis. Pada saat bayi menangis akan menimbulkan masalah gangguan pola tidur. Sedangkan adaptasi post partum secara fisiologis akan terdapat proses laktasi. Pada saat proses laktasi prolaktin akan meningkat sehingga produksi ASI juga meningkat. Meningkatnya produksi ASI dapat mengakibatkan nyeri payudara sehingga dapat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI (Nurarif, dkk 2016).

Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri(nyeri akut) yang mengakibatkan enggan melakukan pergerakan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang dapat menimbulkan masalah resiko infeksi. Pada tindakan *Sectio Caesarea* akan ada tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien akan mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah

intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kondisi tubuh yang menurun dapat mengakibatkan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah difisit perawatan diri . (Nurarif, dkk 2016).

2.1.6 WOC (Web Of Caution)



Sumber : (Nurarif dan Hardhi (Sofyan 2019))

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Hemoglobin atau hematocrit (HB/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan
2. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
3. Tes golongan darah, lama pendarahan, waktu pembekuan darah
4. Urinalisis / kultur urine
5. Pemeriksaan elektrolit

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) pemeriksaan penunjang sectio caesarea yaitu : pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, JDL, dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin atau hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar X sesuai indikasi dan ultrasound.

2.1.8 Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan Medis (Jitowiyono, 2012)

a. Antibiotic

Cara pemilihan dan pemberian sangat berbeda disetiap institusi dan berdasarkan resep dokter.

b. Analgetik

obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan supositoria (ketoprofen sup 2x / 24 jam), oral (tramadol tipa 6 jam / paracetamol), Injeksi pentidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

c. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum pasien dapat diberikan caboransia seperti Neurobion I vit.C

d. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan DS 10%, garam fisiologis dan RL

secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.

e. Diet

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

f. Kateterisasi

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

g. Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi hari setelah operasi hematokrit tersebut harus di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

a. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

b. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang disedini mungkin setelah sadar. Hari pertama post operasi pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi semifowler dan selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri dan pada hari ke-3 pasca operasi pasien dapat dipulangkan.

c. Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Bersihkan luka dengan menggunakan cairan NaCl dan ditutupi kasa steril serta plaster. Secara normal jahitan kulit dapat diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.

d. Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *sectio caesarea*. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat mengurangi rasa nyeri.

e. Personal hygiene

Umumnya pasien post operasi *sectio caesarea* akan dibantu oleh keluarga dalam melakukan personal hygiene pada hari ke 1-2 post operasi, pada hari berikutnya pasien akan melakukan personal hygiene mandiri.

2.2 Nyeri akut

2.2.1 Pengertian Nyeri Akut

Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat serta pallor (Mubarak et al., 2015).

Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (PPNI, 2016)

Berikut ini alat ukur/instrumen dan PQRST dalam pengkajian nyeri yang telah diteliti dan dapat digunakan untuk pengkajian nyeri.

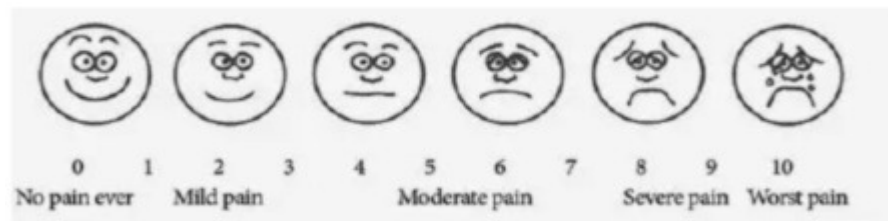
a. Pengkajian nyeri subjektif

a. NRS (Numeric Rating Scale)

cara mengkaji nyeri secara subjektif yang sering digunakan. Metode yang digunakan adalah angka 0-10, dengan menggunakan NRS kita dapat menentukan tingkat/derajat nyeri pasien dimana 0 (tidak ada nyeri), 1-4 (nyeri ringan), 5-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat).

b. VAS (Visual Analog Scale)

2.4 Gambar Visual Analog Scale



Skala berupa garis lurus yang panjangnya 10 cm, dengan deskripsi pada masing-masing angkanya. <4 (nyeri ringan), 4-7 (nyeri sedang) dan 7-10 (nyeri berat).

c. Wong-Baker Faces Pain Scale

Pengkajian nyeri dipusatkan pada ekspresi wajah yang terdiri dari enam animasi wajah, dari ekspresi tersenyum, kurang bahagia, sedih, dan wajah penuh air mata (rasa sakit yang paling buruk).

2).Pengkajian nyeri objektif

a. Nonverbal Adult Pain Scale (NVPS): Instrumen ini dapat digunakan pada pasien dewasa yang mengalami penurunan kesadaran (terintubasi dan tersedasi). NVPS terdiri dari 3 indikator perilaku dan fisiologi (tekanan darah, denyut jantung, respiratory rate, kulit). Perhatikan gambar di bawah untuk memahami bagaimana penilaian nyeri dengan NVPS

b. FLACC Scale

Pengkajian nyeri yang terdiri dari item wajah, kaki, aktivitas, tangisan, dan kenyamanan. Instrumen ini dapat digunakan pada orang dewasa yang mengalami gangguan komunikasi verbal. Hasil FLACC dapat ditentukan dengan skor 0 (nyaman), 1-3 (ringan), 4-6 (sedang) dan 7-10 (berat).

c. Comfort Scale

Comfort scale terdiri dari 8 item indikator penilaian yakni kewaspadaan, ketenangan, respon pernapasan, gerakan fisik, ketegangan wajah, gerakan otot, tekanan darah dan denyut nadi. Hasil penilaian terdiri dari 1-5, dimana 1 merupakan tidak berespon dan 5 paling tidak nyaman.

d. Behavior Pain Scale (BPS)

adalah instrumen pengkajian nyeri pada pasien kritis. BPS terdiri dari tiga item penilaian yakni ekspresi wajah, pergerakan bibir atas dan komplians terhadap ventilator. Setiap item tersebut memiliki 1-4 skor. Jika ditemukan hasil <3 menandakan tidak nyeri, sementara jika skor 12 (sangat nyeri).

e. CRIES Scale

Pengkajian nyeri dengan melihat adanya tangisan, oksigenasi, vital signs, ekspresi wajah dan tidur (sleepless).

f. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

merupakan instrumen pengkajian nyeri yang terdiri dari 4 item penilaian yakni ekspresi wajah, pergerakan badan, tegangan otot dan keteraturan dengan ventilator (pasien terintubasi) dan tidak terintubasi. Total skor CPOT adalah 8 (semakin tinggi skor yang didapat mengindikasikan tingkat nyeri yang dialami pasien).

3). Pengkajian nyeri PQRST

P : provokes, palliative (penyebab)

Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.

Q :quality (kualitas)

Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).

R :Radiates (penyebaran)

Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.

S : severity (keparahan)

Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit. Cara lain adalah menggunakan skala FACES untuk pasien anak-anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan bicara

T : time (waktu)

Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda.

2.2.2 Proses Nyeri Akut

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

Suatu rangkaian proses elektrofisiologis terjadi antara kerusakan jaringan sebagai sumber rangsangan sampai dirasakan sebagai nyeri yang secara kolektif disebut nosiseptif. Terjadi empat proses yang terjadi pada suatu nosiseptif, yaitu sebagai berikut

1) Proses transduksi

Proses transduksi (transduction) merupakan proses dimana suatu stimuli nyeri (noxious stimuli) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung –ujung saraf (nerve ending). Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (Substansi nyeri).

2) Proses transmisi

Transmisi (transmission) merupakan fase di mana stimulus dipindahkandari saraf perifer melalui medulla spinal (spinal cord) menuju otak.

3) Proses modulasi

Proses modulasi (modulation) adalah proses dari mekanisme nyeri dimana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Jadi, proses ini merupakan proses desenden yang dikontrol oleh otak. sistem analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorphin, serotonin, dan noradrenalin; memiliki efek yang dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Kornu posterior dapat diibaratkan sebagai pintu yang tertutup atau terbuka yang dipengaruhi oleh sistem analgesik endogen tersebut diatas. Proses modulasi ini juga memengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan seseorang.

4) Persepsi

Hasil dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi dan transmisi pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri. Pada saat klien menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang

kompleks. Faktor – faktor psikologis dan kognitif akan bereaksi dengan faktor – faktor neurofisiologis dalam mempersepsikan nyeri. Tiga sistem interaksi persepsi nyeri sebagai sensori diskriminatif, motivasi afektif, dan kognitif evaluatif. Persepsi menyadarkan klien dan mengartikan nyeri sehingga klien dapat bereaksi atau berespon. (Zakiyah, 2015)

2.3 Foot massage dan Kompres hangat

2.3.1 Pengertian Foot massage dan Kompres hangat

Foot Massage merupakan teknik sentuhan serta pijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin (Nurrochmi, 2014). Untuk penanganan non farmakologi nyeri post operasi abdomen merupakan salah satu pilihan, hal ini disebabkan karena didaerah kaki banyak terdapat saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam, tindakan dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk mengurangi rasa nyeri. Pelaksanaan Foot massage dapat dilakukan pada 24-48 jam post operasi, dan setelah 5 jam pemberian injeksi ketorolac, dimana pada saat itu pasien kemungkinan mengalami nyeri terkait dengan waktu paruh obat ketorolac 5 jam dari waktu pemberian (Chanif, 2013).

Kompres hangat yaitu kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan rasa hangat dengan suhu 40°C-43°C di sekitar area insisi *sectio caesarea* selama 5 sampai dengan 10 menit dengan menggunakan buli- buli yang berisi air hangat. Kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah ke bagian yang nyeri, menurunkan ketegangan otot sehingga mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan otot. Teknik nonfarmakologi ini dapat diterapkan di semua rumah sakit dan rumah bersalin, karena teknik nonfarmakologi ini sangat mudah dilakukan dan biayanya terjangkau

mengatakan bahwa kompres hangat juga merupakan terapi nonfarmakologi yang efektif untuk mengurangi rasa nyeri post pembedahan. Andinawati (2018)

2.3.2 Tujuan Foot massage dan Kompres hangat

Pemberian foot massage dan kompres hangat bertujuan menghasilkan relaksasi atau meningkatkan sirkulasi atau aliran oksigen dan nutrisi juga menghilangkan ketegangan fisik maupun emosional. (Abbaspoor, M, & S, 2014).

2.3.3 Manfaat Foot massage dan Kompres hangat

Pemberian Foot massage dan Kompres hangat mempengaruhi penurunan skala nyeri pada klien post operasi *sectio caesarea*. Penurunan skala nyeri ini menurut beberapa penelitian dapat disebabkan karena foot massage dan kompres hangat dapat menyebabkan pelepasan neurotransmitter tertentu seperti serotonin dan dopamin yang dapat membuat pasien relaksasi sehingga nyeri berkurang (Afianti & mardhiyah, 2017).

2.3.4 Evidence Based Foot massage dan Kompres hangat

Hasil penelitian Foot massage merangsang tubuh melepaskan senyawa endhoprin yang merupakan pereda sakit alami. Modulasi nyeri yang diberikan dapat menghambat rasa sakit untuk memblokir transmisi implus nyeri sehingga menghasilkan analgetik dan nyeri setelah persalinan berkurang dengan nilai rata-rata $p=0,003$. tarigan (2015)







Hasil penelitian dengan memberi kompres hangat pada suhu 40°C - 43°C dapat merangsang bagian pembuluh darah sehingga kekakuan otot menurun, Mendapatkan bahwa terdapat perbedaan rerata derajat nyeri setelah kompres panas dan dingin dengan nilai $p=0,003$. Terdapat perbedaan selisih derajat nyeri kompres panas dan dingin $p=0,001$. Terdapat pengaruh pemberian kompres panas lebih efektif dibandingkan dengan kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan. (Mutia, 2015)








Hasil penelitian foot massage merupakan sentuhan manipulasi sistematis jaringan lunak terutama otot, tendon dan kulit melemaskan otot-otot yang tegang dan memberikan dampak pada peningkatan sirkulasi, lalu

menimbulkan relaksasi. Pada kompres hangat juga bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi ke bagian nyeri, lalu menurunkan ketegangan otot sehingga mengurangi nyeri akibat spasme atau kekauan otot. Nosireseptor adalah saraf yang memulai sensasi nyeri dimana reseptor ini yang mengirim sinyal nyeri dan terletak di permukaan jaringan internal dan dibawah kulit padat kaki, oleh karena itu Foot massage dan Kompres hangat dianggap menjadi metode yang sangat tepat untuk mengurangi nyeri Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat penurunan rata-rata skala nyeri persalinan setelah diberikan Foot massage dan Kompres hangat. Penurunan skala nyeri yang terjadi disebabkan karena pada pemberian kompres hangat dapat memperlancar sirkulasi darah, mengurangi rasa sakit, memberi rasa hangat, nyaman dan tenang. Pemberian foot massage dan kompres hangat ini dilakulan pada saat hari ke 2 post oprasi selama 20 menit satu kali dalam sehari. Manurung (2015)

2.3.5 Prosedur tindakan keperawatan Foot massage dan Kompres hangat bisa dilakukan untuk umum dan bisa dilakukan mandiri dirumah karna prosedur tindakan sangat praktis, dan tidak ada syarat tertentu untuk melakukan Foot massage dan Kompres hangat. (Nurfadilah, dkk, 2016)

| | | | |
|---|---------------|--|--|
| 1 | Pra interaksi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baby oil 2. Sarung tangan 3. Tissue |  |
|---|---------------|--|--|

| | | | |
|---|-----------------|---|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 4. Baskom 5. Air hangat 40-43 C 6. Alat pengukur suhu 7. Handuk 8. Periksa catatan keperawatan atau catatan medis pasien 9. Persiapkan alat-alat 10. Cuci tangan |     |
| 2 | Tahap Orientasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalkan diri Periksa identitas pasien dengan benar 2. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan pada pasien 3. Kontrak waktu tindakan yang akan dilakukan (15-20) menit 4. Berikan kesempatan klien untuk bertanya tentang tindakan yang akan dilakukan 5. Tanyakan persetujuan klien tentang tindakan yang akan dilakukan 6. Kaji skala nyeri pada pasien 7. Atur posisi pasien sehingga pasien merasakan aman dan nyaman |  |
| 3 | Tahap kerja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan dan pastikan kuku jari tangan pendek 2. Posisikan pasien rileks |  |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>3. Basahi handuk dengan air hangat dengan suhu 40-41 C</p> <p>4. Usapkan handuk hangat pada kaki, dari pergelangan kaki sampai telapak kaki</p> <p>5. Bungkus atau kompres kaki dengan handuk hangat</p> <p>6. Lakukan pemijatan langkah pertama urut bagian telapak kaki, dan punggung kaki</p> <p>7. Renggangkan pergelangan kaki dengan cara memutar</p> <p>8. Lakukan gerakan meremas seperti mengaduk adonan roti pada kaki</p> <p>9. Lakukan gerakan naik dan turun kaki dan gerakan sisi ke sisi</p> <p>10. Lakukan gerakan pemutaran pada kaki atas</p> <p>11. Pijat jari-jari kaki</p> <p>12. Kaji kembali skala nyeri pasien</p> |           |
|--|--|---|---|

| | | | |
|---|-----------------|--|--|
| | | 13. Rapihan alat dan bahan yang telah digunakan | |
| 4 | Tahap Terminasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan mengenai perasaan pasien setelah dilakukan tindakan 2. Berikan umpan balik positif 3. Dokumentasi di dalam catatan keperawatan | |

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian menurut (Baradero 2017), yaitu:

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien. Pengkajian pada pasien *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

1. Data subyektif

a. Identitas lengkap

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat.

b. Data riwayat kesehatan

Post Sectio Caesarea

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan, pergerakan tidak bebas, perut kembung, muntah BAK&BAB tidak nyaman.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit akut, kronis

seperti jantung, diabetes, hipertensi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya kelainan atau gangguan setelah *post sectio caesarea*.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, Hepatitis, abortus dan bayi kembar yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

f. Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB sebelumnya, dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama dan apakah ada keluhan selama program KB serta bagaimana rencana KB setelah masa nifas.

g. Kehidupan sosial budaya

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan ibu pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan, pijat ke dukun bayi.

h. Data psikologi

Post Sectio Caesarea

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana respon ibu terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi dan psikologis selama masa nifas, sang ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Pengkajian psikologis dilakukan untuk melihat bagaimana respon ibu terhadap bayinya dan respons ibu terhadap dirinya

i. Data Pengetahuan

Post Sectio Caesarea

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan ibu nifas

j. Nyeri/ketidnyamanan

Nyeri pada pasien *post sectio caesarea* dapat dikaji pada saat 6 jam post operasi. Pasien mengeluh nyeri karena trauma bedah dan ketidaknyamanan akibat bedah (insisi), distensi kandung kemih, efek-efek anestesi dan nyeri tekan uterus. Serta mengkaji skala nyeri pada klien post SC.

k. Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus dan terdapat lochea. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan.

l. Kekuatan otot

Kekuatan harus dinilai. Skala berikut, digunakan secara universal:

0: Tidak ada kontraksi otot yang terlihat

1: Kontraksi otot yang terlihat tanpa atau sedikit pun gerakan

2: Gerakan anggota badan, tetapi tidak melawan gravitasi

3: Gerakan melawan gravitasi tetapi bukan perlawanan

4: Gerakan melawan setidaknya beberapa perlawanan yang diberikan oleh pemeriksa

5: Kekuatan penuh

Kesulitan dengan skala ini dan skala serupa adalah kemungkinan besarnya rentang kekuatan antara kelas 4 dan 5.

m. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan kesadaran klien, berat badan, tinggi badan

b. Tanda-tanda vital

1. Suhu

Setelah persalinan suhu ibu mungkin naik karna meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan antara 37,2 C – 37,5 C. Kemungkinan juga disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

2. Nadi dan Pernafasan

Pada pasien post *sectio caesarea* nadi biasanya meningkat > 80 x/menit. Pernapasan juga akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

3. Tekanan Darah

Tekanan darah normal untuk sistil dan diastol 120/90 mmHg. Namun setelah persalinan tekanan darah akan sedikit turun karna terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

c. Rambut

Warna rambut, jenis rambut, kebersihan, rontok atau tidak, apakah ada lesi atau tidak.

d. Mata

Skleranya ikterik atau tidak, konjungtiva an anemis atau anemis, pada ibu yang mengalami persalinan konjungtivanya anemis, palpebra edema atau tidak, menggunakan alat bantu penglihatan atau tidak.

e. Hidung

Bernapas dengan menggunakan cuping hidung atau tidak, terdapat serumen atau tidak dan penciumannya baik atau tidak.

f. Telinga

Keistimewaan antara kiri dan kanan, menggunakan alat bantu pendengaran atau tidak dan fungsi pendengaran klien.

g. Mulut

Mukosa bibir klilen, tekstur dan warna sianosis atau tidak.

h. Leher

Apakah klien mengalami pembengkakan kelenjar tyroid.

i. Abdomen

Keadaan abdomen, warna, ada lesi atau tidak, keadaan luka operasi, nyeri abdomen post op *Sectio Caesarea* dan bising usus klien. Kaji abdomen pada hari pertama observasi bagian sisi perban lihat apakah terdapat tanda kemerahan yang berlebih seperti infeksi dan lihat apakah ada pengeluaran cairan darah atau nana yang berlebih. Pada hari ke 2 observasi apabila terdapat tanda-tanda infeksi. Pada hari ke tiga observasi bagian luka , ukur panjang luka, observasi apakah luka sudah mengering atau belum, lihat tanda rubor, calor, tumor, dolor.

j. Payudara

Puting susu menonjol atau tidak, warna areola mammae, kondisi mammae, colostrum sudah keluar atau belum.

k. Genitalia

Terdapat varises atau tidak, apakah ada edema atau tidak, pengeluaran lochea berwarna apa. Lochea rubra 1-3 hari berwarna merah kehitaman, lochea sanguinolenta 3-7 hari berwarna merah kekuningan, lochea serosa 8-14 hari berwarna kekuningan/kecoklatan dan lochea alba >14 hari berwarna putih.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan (SDKI PPNI 2017).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi, pembengkakan payudara)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan, ketidak bugaran fisik
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, ketidakadekuatan suplai ASI
4. Difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, gangguan neuromuskuler

5. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive/ malnutrisi/peningkatan paparan organisme patogen lingkungan/ ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer atau sekunder.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi
7. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik,anastesi
8. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan mayor, pembatasan peroral

2.4.3 Rencana Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) | Intervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) |
|----|--|---|--|
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 6. Uterus teraba membulat menurun (5) 7. Frekuensi nadi membaik (5) 8. Pola nafas membaik (5) 9. Tekanan darah membaik (5) | <p>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</p> <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>TERAPEUTIK</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>10. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik foot massage dan kompres hangat)</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>12. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>13. Pertimbangkan 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. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik distraksi mobilisasi dini)</p> <p>KOLABORASI</p> <p>17. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Kecemasan menurun (5) <p>Gerakan terbatas menurun (5)</p> | <p>OBSERVASI :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memuai mobilisasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. <p>TERAPEUTIK :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu <p>Pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. |
|---|---|--|--|

| | | | |
|---|--|---|---|
| 3 | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan nyeri payudara | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3. Miksi bayi lebih dari 8kali/24 jam meningkat (5) 4. Suplai ASI meningkat (5) | <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media penkes 4. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7. Libatkan sistem pendukung <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan konseling menyusui 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara postpartum |
|---|--|---|---|

| | | | |
|---|---|--|---|
| 4 | Difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat (5) Mengelap badan tidak lagi Dibantu keluarga 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) Mengenakan pakaian tidak lagi dibantu keluarga 3. Kemampuan ke toilet meningkat (5) Berjalan ke toilet tidak lagi dibantu keluarga 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) | <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu perawatan diri <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5. Siapkan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan |
|---|---|--|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Bengkak menurun (5) | OBSERVASI 1. Monitor tanda dan gejala infeksi TERAPEUTIK 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi EDUKASI 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 10. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan KOLABORASI |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | | 12.Kolaborasi pemberian imunisasi |
| 6 | Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun (5) 2. Keluhan sering terjaga menurun (5) 3. Keluhan tidak puas tidur menurun (5) 4. Keluhan pola tidur berubah menurun (5) | <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi TERAPEUTIK 5. Modifikasi lingkungan 6. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 7. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 9. Anjurkan menetapkan kebiasaan waktu tidur 10. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur 11. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur |

| | | | |
|---|--|---|---|
| 7 | Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik, anastesi | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam diharapkan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensasi berkemih Meningkat (5) 2. Desakan berkemih Menurun (5) 3. Berkemih tidak tuntas Menurun (5) | <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3. Monitor eliminasi urine <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Catat waktu waktu dan haluaran berkemih 5. Batasi asupan cairan, <i>jika perlu</i> 6. Ambil asupan urine tengah (midstream) atau kultur <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. ajarkan terapi modalitas penguatan otot otot panggul/berkemihan <p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, <i>jika perlu</i> |
|---|--|---|---|

| | | | |
|---|--|--|--|
| 8 | Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan mayor, pembatasan peroral | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam diharapkan Keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan Meningkat (5) 2. Haluaran urine Meningkat (5) 3. Kelembapan membran mukosa Meningkat (5) 4. Edema Menurun (5) | <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi 2. Monitor berat badan 3. Monitor berat badan harian 4. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Monitor status Hemodinamik <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Cara intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 8. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan 9. Berikan cairan intravena, <i>jika perlu</i> <p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian diuretik, <i>jika perlu</i> |
|---|--|--|--|

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

2.4.5 Evaluasi

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan.

Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, objektif, assement, Perencanaan).

Teknik pelaksanaan SOAP :

S (Subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan

O (Objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan

A (Assement) adalah membandingkan antar informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.

P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain/Rancangan Studi Kasus

Desain penelitian ini adalah Studi Kasus Deskriptif. Studi Kasus yang akan dilaksanakan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pada kasus Post *Sectio caesarea* dengan implementasi foot massage dan kompres hangat dalam mengatasi masalah nyeri akut di RSUD Rejang Lebong.

Gambaran penelitian ini meliputi data pengkajian, perencanaan (*Nursing Care Plane*) tersajikan dalam bentuk naratif, Tindakan menggambarkan pelayanan asuhan keperawatan dengan menerapkan *evidence based practice* salah satu hasil penelitian implementasi Foot Massage dan Kompres Hangat dan evaluasi disajikan dalam catatan perkembangan (*Nursing progress*) menggambarkan perkembangan klien sejak dilakukan asuhan keperawatan hingga akhir melakukan asuhan keperawatan.

3.2 Subjek studi kasus

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari subjek yang diambil yaitu:

a. Inklusi

- 1) Persalinan dengan tindakan *sectio caesarea*.
- 2) Klien post SC yang dirawat di ruang perawatan kebidanan (Teratai)
- 3) Klien post SC dengan pemberian anestesi spinal serta sadar penuh dengan kesadaran composmentis.
- 4) Klien yang bersedia dilakukan tindakan Foot Massage dan Kompres Hangat
- 5) Klien tanpa komplikasi penyakit kronis seperti hipertensi, jantung, dll.
- 6) Klien tanpa edema di kaki dan luka pada kaki
- 7) Klien menyetujui dilakukan perawatan di rumah
- 8) Klien tidak ada masalah pada bagian leukosit
- 9) Klien berusia 20-40 tahun

- 10) Klien dengan usia kehamilan 9 bulan
- 11) Klien dengan Primipara
- b. Ekslusi
 - 1) Klien mengalami komplikasi saat penelitian berlangsung dan dipindahkan ke ruang ICU.
 - 2) Klien tidak tahan dipijit dan merasa tidak nyaman jika dipijit area kaki
 - 3) Klien ada riwayat alergi baby oil

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus adalah menerapkan tindakan keperawatan yang berhubungan dengan penyelesaian Nyeri akut pada pasien post oprasi *sectio caesarea*.

- a) Penerapan Foot massage dan Kompres Hangat pada pasien post oprasi *sectio caesarea*

3.4 Definisi Operasional

- a) Post *sectio caesarea*

Pasien post *sectio caesarea* adalah pasien yang baru dipindahkan dari ruang recovery ke ruang teratai minimal 2 jam setelah post SC di RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

- b) Nyeri

Nyeri yang dirasakan klien saat hari ke 2 post oprasi *sectio caesarea* dan sebelum diberikan analgetik.

- c) Foot massage dan kompres hangat

Foot massage sebagai mekanisme modulasi nyeri yang dipublikasikan untuk menghambat rasa sakit dan memblokir transmisi impuls nyeri sehingga menghasilkan analgetik dan nyeri dan nyeri yang dirasakan setelah operasi berkurang. Kompres hangat bertujuan melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah ke bagian yang nyeri akibat spasme dan kekuatan otot. Foot massage dan Kompres hangat dilakukan pada wilayah telapak kaki dan punggung kaki, dengan cara membasahi handuk kecil lalu membungkuskan kedua kaki dengan suhu 40°C-43°C ,

menggosok bagian punggung kaki dan telapak kaki, meremas seperti sedang mengadon roti, usap sisi ke sisi kaki, pijat jari-jari kaki. Foot massage dan kompres hangat dapat dilakukan dihari ke 2 post SC sebelum pasien diberi analgesik berikutnya, dilakukan satu kali dalam sehari selama 20 menit.

3.5 Instrumen Penelitian

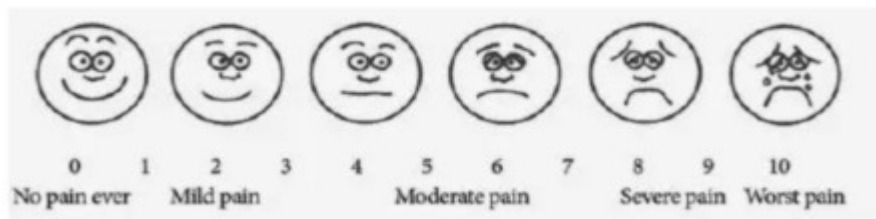
Alat ukur yang digunakan dalam melaksanakan asuhan dan tindakan keperawatan seperti catatan atau format yang digunakan untuk mengumpulkan data, lembar observasi (*flow sheet*) format pengkajian, catatan pengukuran, *Numeric Rating Scale*

a. NRS (Numeric Rating Scale)

Cara mengkaji nyeri secara subjektif yang sering digunakan. Metode yang digunakan adalah angka 0-10, dengan menggunakan NRS kita dapat menentukan tingkat/derajat nyeri pasien dimana 0 (tidak ada nyeri), 1-4 (nyeri ringan), 5-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat).

b. VAS (Visual Analog Scale)

2.6 Gambar Visual Analog Scale



Skala berupa garis lurus yang panjangnya 10 cm, dengan deskripsi pada masing-masing angkanya. <4 (nyeri ringan), 4-7 (nyeri sedang) dan 7-10 (nyeri berat).

3.6 Tempat dan Waktu

Lokasi penelitian ini adalah di ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2024. Studi kasus ini dilakukan mulai dari tanggal 01 Desember 2023 sampai dengan Juli 2024.

3.7 Pengumpulan data

a) Biofisiologis

mendengarkan serta meningkatkan kesejahteraan klien melalui bina hubungan saling percaya dan saling support dan Komunikasi terapeutik.

b) Observasi

kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti penglihatan, pendengaran, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan fakta-fakta peristiwa empiris. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada sistem tubuh klien.

c) Wawancara

Bina hubungan saling percaya bertujuan mendengarkan serta meningkatkan kesejahteraan klien dan saling support. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan informasi keluhan/masalah utama klien dan riwayat penyakit saat ini.

3.8 Analisis dan Penyajian Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data Analisis data dilakukan sejak peneliti di lahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul Teknik analisis menggunakan narasi hasil penelitian. Dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Kemudian dengan cara observasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan oleh peneliti.

3.9 Etika Penelitian

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden/klien dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Terdapat 7 prinsip etik keperawatan yaitu yaitu;

1. Otonomi (menghormati hak pasien)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2. Non malficience (tidak merugikan pasien)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

3. Beneficience (melakukan yang terbaik bagi pasien)

Beneficience berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

4. Justice (bersikap adil kepada semua pasien)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terpai yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

5. Veracity (jujur kepada pasien dan keluarga)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan

objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Walaupun demikian, terdapat beberapa argument mengatakan adanya batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran akan kesalahan prognosis klien untuk pemulihan atau adanya hubungan paternalistik bahwa "doctors knows best" sebab individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

6. Fidelity (selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

7. Confidentiality (mampu menjaga rahasia pasien).

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh klien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari.

BAB IV

TINAJUAN KASUS

4.1 Hasil

4.1.1 Pengkajian

Tempat praktek : Ruangan Teratai
No. Reg : 2405200116
Tanggal Pengkajian : 20 Mei 2024 Pukul : 18.20 WIB
Tanggal Masuk : 20 Mei 2024 Pukul : 10.00 WIB
Diagnosa Medis : G1P0A0 + Post SC Indikasi Plasenta Previa

4.1.2 Identitas Klien

1. Identitas diri klien

Nama Klien : Ny.L
Umur : 26 Tahun
Pendidikan : SMA
Status Perkawinan : Kawin
Alamat : Batu Galing
Agama : Islam
Suku Bangsa : Rejang
Pekerjaan : IRT

2. Penanggung jawab

Nama Ibu : Ny.A
Alamat : Perbo

Umur : 47 Tahun

Pekerjaan : Swasta

4.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Data Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keadaan umum klien 1 jam post operasi dalam kondisi tirah baring dan lemas, merasa nyeri apabila bergerak tapi masih bisa tertahankan, Klien tampak menggigil. Setelah 6 jam post operasi klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen, nyeri muncul saat bergerak seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut dengan skala nyeri sedang yaitu 6.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan nyeri di perut bagian bawah karena terdapat luka post operasi sectio caesarea. setelah 6 jam post operasi klien tampak meringis dan berhati-hati untuk meggerakkan tubuhnya karena takut bekas operasinya terbuka, kaki terasa kaku untuk digerakkan.

P : Nyeri timbul saat bergerak

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk dan berdenyut

R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen

S : Skala nyeri sedang yaitu 6

T : Nyeri dirasakan saat bergerak

Pada hari ke 2 post operasi SC klien mengatakan payudara nya nyeri dan bengkak, Klien juga mengatakan sangat sedih karena telah kehilangan anak pertamanya.

c. Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan bahwa kehamilannya kali ini sangat ditunggu-tunggu dan telah dipersiapkan dengan matang dikarenakan klien hamil anak pertama. Klien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di dokter spesialis, klien biasa meminum obat rutin Vitamin Livron B.flex, Asam Folat 400 mcg, dan tablet Fe. Klien tidak mendapatkan imunisasi, klien pernah dirawat di rumah sakit saat usia kehamilan 6 bulan dengan indikasi Gerakan Janin berkurang dan terjadi perdarahan. Klien juga sering mengalami perdarahan berulang pada usia kehamilan 6-9 bulan.

d. Riwayat kehamilan yang lalu

Klien mengatakan saat ini mengandung anak pertama Primi Gravida.

e. Riwayat persalinan saat ini

Klien P1A0 usia 26th dengan riwayat kehamilan aterm 35-36 minggu klien mengatakan air ketuban merembes secara tiba-tiba berwarna keruh tanpa rasa nyeri / kontraksi. Klien tiba di RSUD Rejang Lebong DJJ sudah tidak ada dan bayi sudah meninggal. Klien dilakukan pemasangan infus RL dan drip Oksitosin lalu terasa nyeri setelah diberikan infus. Hasil pemeriksaan terdapat plasenta previa, Klien dianjurkan untuk operasi SC.

Jenis persalinan yaitu operasi *Sectio Caesarea* indikasi Plasenta previa yang dilakukan pada tanggal 20 Mei 2024 Jam 12.10 WIB dengan anestesi spinal, luka operasi di abdomen bagian bawah berbentuk horizontal panjang ± 10 cm, selesai operasi jam 14.30 WIB. Klien tidak mengalami pendarahan hebat.

f. Riwayat kesehatan lalu

1) Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan. Klien juga mengatakan tidak ada alergi penggunaan minyak oles seperti baby oil dan minyak telon. Klien mengatakan tidak ada alergi obat seperti obat antibiotik yaitu ceftriaxone.

2) Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat trauma seperti jatuh atau tepleset.

3) Riwayat dirawat RS

Klien mengatakan memiliki riwayat dirawat di RS dengan GJB.

4) Riwayat Operasi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat operasi

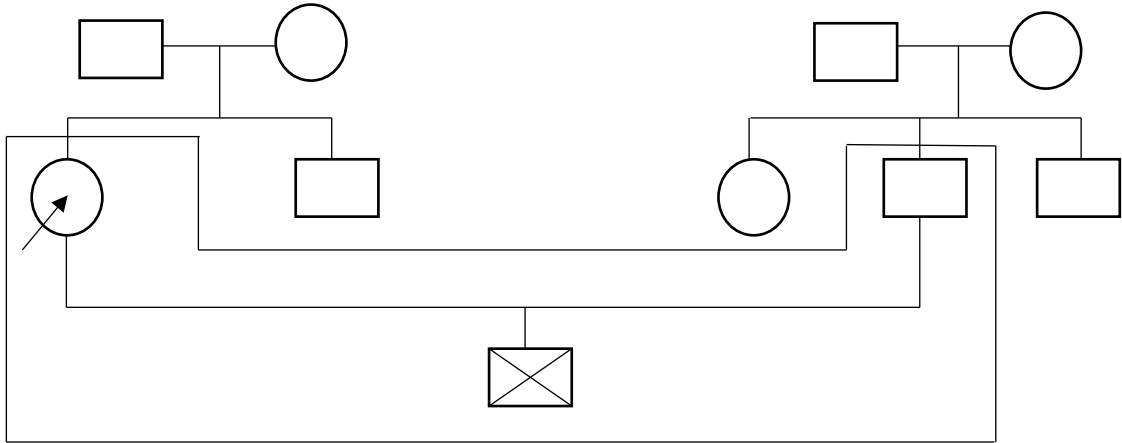
g. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami persalinan dengan operasi dan tidak memiliki riwayat penyakit menular.

h. Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan menggunakan KB Spiral atau IUD.

i. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

○ (with arrow) : Klien

— : Tinggal Serumah

□ (with X) : Meninggal

Ny.L mengatakan ia anak pertama dari 2 bersaudara Ny.L tinggal satu rumah dengan suaminya.

Data Umum Maternitas :

a. Riwayat kehamilan

- 1) Menarche : Ny.L mengatakan umur 12 tahun mengalami menarche pertama kali

- 2) Siklus : Siklus haid Ny L 26 hari
- 3) Lama : Ny.L mengatakan lamanya haid 7 hari
- 4) Banyaknya : Ny.L mengatakan haidnya normal
- 5) Teratur/tidak : Ny.L mengatakan haidnya tidak teratur
- 6) Disminore : Ny.L mengatakan mengalami nyeri
pada saat haid

- b. Kehamilan sekarang : Direncanakan
- c. Status Obsetrikus : G1P0A0
- d. Usia Kehamilan : 35-36 Minggu
- e. HPHT : 10 Agustus 2023
- f. Taksiran Persalinan : 17 Mei 2024
- g. Mengikuti kelas prenatal : Tidak
- h. Rencana KB : Belum tau

Tabel 4.1 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

| Pemenuhan Kebutuhan | Sebelum di rawat | Post Operasi Sectio Caesarea 6 jam |
|--|--|---|
| Nutrisi/cairan 1. MAKAN a. Frekuensi b. Banyaknya c. Jenis 2. MINUM a. Frekuensi b. Jenis | 3x/hari 1 porsi Nasi + lauk pauk 9x/hari Air putih | Pasien masih dalam keadaan puasa Pasien masih dalam keadaan puasa |
| Eliminasi 1. BAK : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan 2. BAB a. Frekuensi b. Warna | 6x/hari Kuning jernih Tidak ada 2 x/hari Kuning kecoklatan | Terpasang kateter 300cc Kuning jernih Tidak ada Belum ada BAB Tidak ada |

| | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------------|
| c. Keluhan | Tidak ada | Tidak ada |
| Pola istirahat dan tidur | | |
| 1. Lama tidur siang | 2-3 jam | Belum ada tidur |
| 2. Lama tidur malam | 7-8 jam | - |
| 3. Kebiasaan sebelum tidur | Tidak ada | Tidak ada |
| 4. Keluhan | Posisi tidur | Lingkungan RS dan nyeri |
| Personal Hygiene | | |
| 1. Mandi | | |
| a. Frekuensi | 2x/hari | Tidak dilakukan personal hygiene |
| b. Waktu | Pagi dan sore | |
| 2. Oral hygiene | | |
| a. Frekuensi | 3x/hari | Tidak ada |
| b. Waktu | Pagi, sore dan malam | Tidak ada |
| 3. Cuci rambut | | |
| a. Frekuensi | 1x/hari | Tidak ada |
| b. Waktu | Pagi | |
| Aktivitas/istirahat | | |
| a. Jenis pekerjaan | IRT | |
| b. Lama bekerja | Tidak menentu | |
| c. Hobby | Memasak | Klien hanya tirah baring |
| d. Kegiatan waktu luang | Tidak menentu | |
| Kebiasaan lain | | |
| a. Minuman keras | Tidak ada | Tidak ada |
| b. Penggunaan obat-obatan | Tidak ada | Tidak ada |
| c. Psikotropika/narkotik | Tidak ada | Tidak ada |

Tabel 4.2 Pola Aktivitas Dan Latihan

| Kemampuan perawatan diri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| Makan/minum | ✓ | | | | |
| Mandi | | | ✓ | | |
| Toileting | | | ✓ | | |
| Berpakaian | | | ✓ | | |
| Mobilitas di tempat tidur | | | ✓ | | |
| Berpindah/berjalan | | | ✓ | | |

Keterangan :

| | |
|------------------------|---------------------------------------|
| 0 : Mandiri | 3 : Alat bantu dan dibantu orang lain |
| 1 : Alat bantu | 4 : Tergantung total |
| 2 : Dibantu orang lain | |

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3 Tanda-Tanda Vital

| | <i>Post Sectio Caesarea</i> |
|------------------|-----------------------------|
| Tekanan Darah | 110/80 mmHg |
| Pernapasan | 22x/menit |
| Nadi | 75x/menit |
| Suhu | 37°C |
| Urine | 300 cc |
| Involusi Uterus | Sepusat |
| Kontraksi Uterus | Keras |
| Bising Usus | - |
| DJJ | - |

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

| Pemeriksaan Fisik | <i>Post Sectio Caesarea</i> |
|-------------------|--|
| Mata | Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : Anemis Pupil : Isokor Kelainan : tidak ada oedema |
| Hidung | Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada Napas tambahan: Tidak ada |

| | |
|----------------|--|
| | Kelainan : Tidak ada |
| Mulut | Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibir : Kering dan pucat Sianosis : Tidak ada sianosis Lidah : Sedikit kotor |
| Leher | JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kelejar getah bening Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid |
| Paru-paru | Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan Palpasi : Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler |
| Cardiovaskuler | Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Kanan atas ICS ke 2 sinistra dan dekstra Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan teratur |
| Payudara | 1. Bentuk : Simetris antara kiri dan kanan, mammae membesar dan saat di palpasi 2. Aerola : Hyperpigmentasi 3. Putting susu : Menonjol 4. Kolostrum : Saat di palpasi terdapat keluarnya kolostrum |
| Abdomen | Inpeksi : Tidak ada pembesaran di abdomen, adanya bekas luka operasi SC dibagian bawah abdomen sepanjang \pm 10 cm, luka operasi berbentuk horizontal, Tertutup obsite, perban tampak bersih. Auskultasi : bising usus 12x/menit |

| | | | | | | | |
|------------|---|---|---|--|--|---|---|
| | <p>Palpasi : Nyeri tekan disekitar luka, skala nyeri 6 TFU sepusat, kontraksi uterus keras. Perkusi : Timpani</p> | | | | | | |
| Genetalia | <p>Terdapat pengeluaran darah bewarna kemerahan sebanyak 30cc satu jam pertama. Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> | | | | | | |
| Ektremitas | <p>Ektremitas : tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot lemah. Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> </table> | 3 | 3 | | | 3 | 3 |
| 3 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 3 | 3 | | | | | | |

4.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 20 Mei 2024

Tabel 4.5 Pemeriksaan Laboratorium Post SC

| Pemeriksaan | Nilai | Nilai Normal |
|-------------|---------------|-----------------------------|
| Hemoglobin | 13,5 g/dL | W : 11,7 -15,5 |
| Leukosit | 9.800 uL | W : 3.600-11.000 |
| Trombosit | 158.000 uL | 150.000-440.000 |
| Hematokrit | 39% | W : 35-47 |
| Diff Count | 0/0/0/90/6/4% | 0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8 |

4.1.6 Penatalaksanaan *Post Sectio Caesarea*

Tabel 4.6 Penatalaksanaan *Post Sectio Caesarea*

| Tanggal | Obat | Fungsi Obat | Pemberian obat | Dosis Obat |
|------------------------------|-------------|--|----------------|-----------------------|
| 20 Mei 2024 – 20 Mei 2024 | IVFD RL | Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu. | IV line | 20 ggt/menit |
| | Ceftriaxone | Untuk mencegah infeksi | IV line | 1x1 gr |
| | Kalnex | Untuk mencegah infeksi akibat bakteri di system reproduksi, kulit, jantung dan vaginosis bakterialis. | IV line | 3x1 gr |
| | Tramadol | Untuk meredakan rasa nyeri ringan hingga sedang | IV line | 100 mg/amp 3x1 amp |
| | Vit K | Untuk membantu proses pembekuan darah | IM | 5 ml 3x1 tab |
| | Pronalgex | Untuk mengurangi nyeri | Anal | 3x100 mg |

Table 4.7 Penatalaksanaan perawatan invasive *Post Sectio Caesarea*

| No | Perawatan Invasif | Tgl pemasangan | Tgl dilepaskan |
|----|-------------------|----------------|----------------|
| 1. | Infus | 20 Mei 2024 | 22 Mei 2024 |
| 2. | Kateter | 20 Mei 2024 | 22 Mei 2024 |

4.1.7 Analisa Data

Post Sectio Caesarea

Tabel 4.8 Analisa Data *Post Sectio Caesarea*

| NO | ANALISA DATA | PENYEBAB | MASALAH |
|----|---|---|-------------------------------------|
| 1. | <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen bawah tertutup obsite. Pemantauan setelah 6 jam post operasi</p> <p>P :Nyeri saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut</p> <p>R : Nyeri pada luka operasi bagian abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak</p> <p>DO :</p> <p>Pemantauan setelah 6 jam post operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri - Gerakan tubuh pasien tampak berhati-hati dan terbatas - TD : 110/80 mmHg N : 83x/menit RR : 22x/menit T : 37 °C | <p>Agen pencedera fisik (Luka operasi pada abdomen)</p> | <p>Nyeri Akut</p> |
| 2. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada hari ke-2 Post oprasi SC klien mengatakan nyeri di bagian payudara dan bengkak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya pengeluaran ASI | <p>Pembengkakan payudara dimana ASI tidak tersalurkan</p> | <p>Ketidaknyamanan pasca partum</p> |
| 3. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit dan takut melakukan pergerakan - Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri - Klien mengatakan tubuhnya terasa lemas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah | <p>Program perbatasan gerak</p> | <p>Gangguan mobilitas fisik</p> |

| | | | | | | | |
|----|---|---|----------------|---|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px;">3</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">3</td> <td style="padding: 2px 10px;">3</td> </tr> </table> | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| 3 | 3 | | | | | | |
| 3 | 3 | | | | | | |
| 4. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa sangat kehilangan karna ini adalah anak pertamanya padahal klien dan suami sudah mempersiapkan sebaik mungkin untuk menyambut kedatangan anaknya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menangis - Klien tampak melamun | Kematian keluarga atau orang yang berarti | Berduka | | | | |
| 5. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup obsite - Keadaan obsite bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi SC - Tampak terpasang balut pada bekas jaitan - Kulit sekitar luka SC teraba hangat | Efek prosedur invasif | Resiko infeksi | | | | |

4.1.8 Diagnosa Keperawatan

Post Sectio Caesarea

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

| NO | DIAGNOSA | Tanggal Ditemukan | Tanggal Teratasi |
|-----------|--|--------------------------|-------------------------|
| 1. | Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen) | 20 Mei 2024 | 22 Mei 2024 |
| 2. | Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan pembengkakan payudara dimana ASI tidak tersalurkan | 20 Mei 2024 | 22 Mei 2024 |
| 3. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Program perbatasan gerak | 20 Mei 2024 | 22 Mei 2024 |
| 4. | Berduka berhubungan dengan Kematian keluarga atau orang yang berarti | 20 Mei 2024 | 22 Mei 2024 |
| 5. | Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasaif | 20 Mei 2024 | 22 Mei 2024 |

4.1.9 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. 10 Rencana Keperawatan Post SC

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) | Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) |
|----|---|---|---|
| 1. | Nyeri melahirkan berhubungan dengan luka operasi pada abdomen | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun | <p>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik foot massage dan kompres hangat) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | | <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik mobilisasi dini) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 2. | <p>Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan pembengkakan payudara dimana ASI tidak tersalurkan</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status kenyamanan pascapartum meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman meningkat 2. Payudara bengkak menurun | <p>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik mobilisasi dini) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitas istirahat dan tidur |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | | <p>12. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>13. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>14. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>15. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik mobilisasi dini)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>16. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> |
| 3. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kecemasan menurun 4. Kekuatan otot meningkat 5. Kelemahan fisik menurun | <p>SIKI : Dukungan Ambulasi I.06171</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi 4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk) 2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 4. | Berduka berhubungan dengan Kematian keluarga atau orang yang berarti | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, tingkat berduka membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Tingkat Berduka L. 09094 1. Verbalisasi menerima kehilangan 2. Menangis 3. Konsentrasi | SLKI : Dukungan Proses Berduka I.09274 Observasi 1. Identifikasi kehilangan yang dihadapi 2. Identifikasi proses berduka yang dialami 3. Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal 4. Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan Tereupatik 5. Tunjukkan sikap menerima dan empati 6. Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan 7. Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat 8. Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma sosial - Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis, membaca buku, menulis, menggambar atau bermain) 10. Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan Edukasi 11. Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar 12. menawar, sepresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan 13. Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan 14. Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan 15. Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap |
| 5. | Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil : | SIKI : Perawatan Pasca Seksio Sesaria I.14567 Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital ibu |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>SLKI : Tingkat Infeksi L.14137 1. Kebersihan badan meningkat 2. Nyeri menurun</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan 2. Masase fundus sampai kontraksi kuat 3. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini 4. Berikan kenyamanan pada ibu 5. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga 2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin 3. Ajarkan perawatan perenium atau kondisi luka secara tepat 4. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (terapi distraksi mobilisasi dini) |
|--|--|---|---|

4.1.10 Implementasi Keperawatan

Nama Klien : Ny.L

Ruangan : Teratai

Umur : 26 tahun

No.RM : 268158

Tabel 4. 11 Implementasi Keperawatan

| Tanggal | No. Dp | Jam | Implementasi | Respon Hasil | Paraf |
|------------|--------|-------|--|--|-------|
| 20-05-2024 | 1 | 14.00 | 1. Memeriksa tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik | 1. TD :110/80 mmHg N :85x/menit RR :22x/menit T :36.8°C - Mata Bentuk, Simetris Sclera, Anikterik Konjungtiva Anemis Pupil Isokor Kelainan tidak ada oedema - Hidung Bentuk Simetris,Kebersihan Bersih Polip Tidak ada, Napas tambahan Tidak ada Kelainan Tidak ada -Mulut Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibir Kering, dan pucat Sianosis Tidak ada, Lidah Sedikit kotor Leher JVP Tidak ada peningkatan vena jugularis , KGB Tidak ada kele jar getah bening, Thyroid Tidak ada pembesaran Thyroid Paru-paru Inspeksi Simetris, tidak ada pembengkakan Palpasi Tidak ada kelainan Perkusi Sonor Auskultasi Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru | wiken |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>vaskuler Cardiovaskuler Inpeksi Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perkusi : Kanan atas ICS ke 2 sinistra dan dekstra Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan teratur -</p> <p>Payudara Bentuk : Simetris antara kiri dan kanan, mammae membesar dan saat di palpasi</p> <p>Aerola : Hyperpigmentasi Putting susu : Menonjol Kolostrum : Saat di palpasi terdapat keluarnya kolostrum</p> <p>-Abdomen Inpeksi : Tidak ada pembesaran di abdomen, adanya bekas luka operasi SC dibagian bawah abdomen sepanjang ± 10 cm, luka operasi berbentuk horizontal, Tertutup obsite , perban tampak bersih.</p> <p>Auskultasi : bising usus 12x/menit</p> <p>Palpasi : Nyeri tekan disekitar luka, skala nyeri 6 TFU sepusat, kontraksi uterus keras.</p> <p>Perkusi : Timpani</p> <p>-Genetalia Terdapat pengeluaran darah bewarna kemerahan sebanyak 30cc satu jam pertama. Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>-Ektremitas : tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot lemah.</p> <p>Kekuatan otot :</p> <p style="padding-left: 40px;">3 3</p> <p style="padding-left: 40px;">3 3</p> <p>1.</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---------|-------|----|---|---|-------|
| | | | Melakukan pemeriksaan Lochea,TFU, Urine,Mobilitas | Lochea : Darah TFU : Setinggi pusat Urine : 1400cc Mobilitas : Aktivitas dibantu keluarga | wiken |
| 1,2,3,5 | 14.15 | 2. | Melakukan pemeriksaan ttv | 2. TD: 120/80 mmHg HR: 85x/m RR: 20x/m T: 37 C | wiken |
| 1,2,3,5 | 14.30 | 3. | Melakukan pemeriksaan TTV | 3. TD : 120/80mmHg HR: 76x/m RR: 20x/m T: 37 C | wiken |
| 1,2,3,5 | 14:45 | 4. | Melakukan pemeriksaan TTV | 4. TD : 110/80 mmHg HR : 80x/m RR : 19x/m T: 37 C | wiken |
| 1,2,3,5 | 15:00 | 5. | Melakukan pemeriksaan TTV | 5. TD : 110/80 mmHg HR : 73x/m RR : 18x/m T: 37 C | wiken |
| 5 | 16:00 | 6. | Memberikan injeksi Kalnex 3x1 (1gr), Vit K 3x1 (10 mg) | 6. Diberikan obat tranexa 1 amp 1 gr melalui IV dan Vit K 1 amp 5 ml melalui IM dan pasien setuju diberikan obat | wiken |
| 1,2 | 16:08 | 7. | - Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, dan faktor pencetus nyeri | 7. - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi sampai pusat, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul saat bergerak dengan skala nyeri sedang yaitu 6 | wiken |

| | | | | | |
|------------|-------|--|---|--|-------|
| 21-05-2024 | 1 | 16:15 | - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal | - Muka klien tampak meringis dan gelisah | wiken |
| | 1,3 | 16:18 | - Menanyakan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri | - Klien mengatakan nyeri muncul jika bergerak | wiken |
| | 1 | 16:25 | - Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri | - Klien dan keluarga mengerti mengenai penyebab dan pemicu nyeri yang dirasakan klien | wiken |
| | 1 | 16:30 | - Mengajarkan klien tarik nafas dalam untuk meredakan nyeri pada bekas luka op SC | - Klien mengerti dan dapat melakukan teknik tarik nafas dalam secara mandiri | wiken |
| | 4 | 17:00 | - Mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi | - Klien mengatakan merasa sangat kehilangan anak pertamanya | wiken |
| | 4 | 17:05 | - Mengidentifikasi proses berduka yang dialami | - Klien tampak menangis dan murung | wiken |
| | 4 | 17:10 | - Menganjurkan klien untuk selalu sabar dan tabah menghadapi ujian dari Allah SWT | - Klien tampak mengangguk dan mengikuti anjuran | wiken |
| | 3 | 21:00 | -Menganjurkan klien untuk miring kiri/kanan | - Klien mengikuti anjuran dan dibantu perawat | wiken |
| | 1 | 08:30 | 8. Monitor TTV | 8. TD : 120/80 mmhg N : 82 x/m RR : 20 x/m T : 36,6°C | wiken |
| | 2 | 08:50 | 9. Melakukan pemeriksaan Lochea,TFU,Urine,Mobilitas | 9. Lochea : Rubra TFU : 1-2 jari dibawah pusat Urine : 1500 cc Mobilitas : Aktivitas dibantu keluarga | wiken |
| 1 | 11:31 | 10. Menanyakan kembali kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan pada area luka post SC atau terdapat nyeri dibagian lain | 10. Klien mengatakan nyeri masih sangat terasa pada bagian luka oprasi SC klien masih sangat takut untuk menggerakkan tubuhnya dan pada area payudara juga terasa nyeri dan bengkak | wiken | |

| | | | | | |
|--|-----|-------|---|---|-------|
| | 1 | 11:00 | 11. Membantu dan mengajarkan mengurangi nyeri dengan teknik Foot massage dan Kompres hangat pada area kaki | 11. Klien kooperatif saat dilakukan teknik foot massage dan kompres hangat | Wiken |
| | 3 | 11.35 | 12. Mengevaluasi teknik foot massage dan kompres hangat yang dilakukan | 12. Klien mengatakan merasa lebih rileks nyeri terasa sedikit berkurang skala nyeri 4 setelah dilakukan foot massage dan kompres hangat, kaki sudah tidak terasa kaku | wiken |
| | 2 | 12.10 | 13. Membantu klien mengebat payudaranya dengan kain panjang agar kolostrum tidak terus keluar dan bengkak | 13. Klien kooperatif dan mengikuti anjuran | wiken |
| | 1 | 12.11 | 14. Menganjurkan keluarga klien untuk mengurangi pengunjung | 14. Keluarga klien membatasi kunjungan | wiken |
| | 1 | 12.15 | 15. Menganjurkan klien beristirahat dan tidur | 15. Klien mengatakan saat tidur rasa nyeri berkurang | wiken |
| | 3 | 12.20 | 16. Mengajarkan klien untuk melakukan mobilisasi dini dengan posisi fowler semi fowler untuk mengurangi nyeri dan mencegah kekauan pada klien | 16. Klien mampu melakukan mobilisasi dini dibantu oleh perawat dan keluarga pasien | wiken |
| | 1,2 | 13.00 | 17. Memberikan obat pronalges supp 3x1 | 17. Diberikan obat pronalges supp 100 mg untuk mengurangi nyeri. | wiken |
| | 5 | 13.05 | 18. Memberikan obat Kalnex melalui IV line untuk mencegah infeksi | 18. Diberikan injeksi kalnex 1 amp 1 gr di infus RL dan klien setuju diberikan obat IV | wiken |
| | 1,2 | 13:06 | 19. Memberikan obat inj Tramadol drip untuk mengurangi nyeri | 19. Diberikan obat inj Tramadol 1 amp 100 mg drip RL untuk mengurangi nyeri dan pasien setuju untuk diberikan obat | wiken |

| | | | | | |
|------------|-------|---|---|--|-------|
| 22-05-2024 | 4 | 13:08 | 20. Menanyakan perasaan klien saat ini | 20. Klien mengatakan hari ini cukup terhibur karna kedatangan teman-teman nya | wiken |
| | 1,2 | 13.15 | 21. Menanyakan kembali apakah nyerinya masih ada (karakteristik, frekuensi, skala, waktu, tempat nyeri) | 21. Klien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka operasi, nyeri seperti tersayat-sayat, kualitas nyeri tajam, dengan skala nyeri 4 dan nyeri hilang timbul. | wiken |
| | 5 | 13:20 | 22. Memeriksa tanda dan gejala infeksi | 22. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi, tidak ada gatal, tertutup obsite kering | wiken |
| | 1,2 | 08:00 | 23. Memeriksa tanda tanda vital | 23. TD: 115/80 MmHg N : 78 x/m RR : 20 x/m Suhu : 36,5°C | wiken |
| | 1,2 | 08:10 | 24. Melakukan pemeriksaan Lochea,TFU,Urine,Mobilitas | 24. Lochea : Rubra TFU : Pertengahan simpisis Urine : 1500cc Mobilitas : Aktivitas mandiri | wiken |
| | 1,2 | 11.00 | 25. Menanyakan kembali apakah nyeri masih ada setelah oprasi SC (Karakteristik,frekuensi,skala,waktu,te mpat nyeri) | 25. Klien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka oprasi, nyeri seperti tersayat-sayat, kualitas nyeri tajam skala nyeri 5, nyeri hilang timbul. Klien juga merasakan masih nyeri di area payudara | wiken |
| | 1,2 | 11:04 | 26. Membantu mengurangi nyeri dengan teknik Foot massage dan kompres hangat | 26. Klien Kooperatif saat dilakukan teknik foot massage dan kompres hangat | wiken |
| | 1 | 11.25 | 27. Mengevaluasi teknik foot massage dan kompres hangat yang telah dilakukan | 27. Klien mengatakan lebih rileks dan nyeri berkurang skala nyeri 3 | wiken |
| 2 | 12.04 | 28. Membantu dan mengajarkan klien dan keluarga untuk mengebat payudara | 28. Klien dan keluarga kooperatif | wiken | |

| | | | | |
|------------------|-------|---|--|-------|
| 5 1 4 3 | 12:10 | 29. Memberikan obat Kalnex melalui IV line untuk mencegah infeksi | 29. Diberikan injeksi kalnex 1 amp 1 gr dan klien setuju diberikan obat IV | wiken |
| | 12:20 | 30. Memberikan obat inj Tramadol drip untuk mengurangi nyeri | 30. Diberikan obat inj Tramadol 1 amp 100 mg drip RL untuk mengurangi nyeri dan pasien setuju untuk diberikan obat | wiken |
| | 12:30 | 31. Menanyakan bagaimana prasaan klien saat ini | 31. Klien mengatakan harus mengikhlaskan kepergian anaknya semoga bisa menjadi tabungan di akhirat kelak | wiken |
| | 12:45 | 32. Mengajarkan klien untuk melakukan mobilisasi dini dengan melakukan posisi semi fowler untuk mengurangi nyeri dan mencegah kekakuan pada ibu | 32. Klien mampu melakukan mobilisasi dini dengan dibantu oleh perawat dan keluarga dan mengatakan kaki dan tangannya sudah tidak kaku lagi | wiken |

4.1.11 Evaluasi Keperawatan Post Sectio Caesarea

Tabel 4. 12 Evaluasi Keperawatan

| No | Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Jam | Evaluasi | Paraf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------|---|-----------|--|-------|----------------|---|---|---|---|---|----|---------------|--|--|---|--|--|----|----------|--|--|---|--|--|----|---------|--|--|--|---|--|-------|
| 1 | Senin 20 mei 2024 | Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen) | 20.00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi <p>P : Nyeri saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut</p> <p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup obsite keadaan obsite kering dan bersih</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu skala 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hati dan terbatas - TTV - TD : 110/80 mmHg - N : 84 x/menit - RR : 22x/menit - T : 36,0°C <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Keluhan nyeri | | | ✓ | | | 2. | Meringis | | | ✓ | | | 3. | Gelisah | | | | ✓ | | wiken |
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Keluhan nyeri | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Meringis | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Gelisah | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 2 | Senin 20 mei 2024 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak | 20.00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan terutama dibagian kaki dan perut - Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Klien sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> | 4 | 4 | 3 | 3 | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Pergerakan ekstremitas, | | ✓ | | | | 2. | Nyeri | | ✓ | | | | 3. | Kecemasan | | | ✓ | | | 4. | Kelemahan fisik | | ✓ | | | | 5. | Gerakan terbatas | | ✓ | | | | wiken |
|----|-------------------------|--|-----------|--|-------|---|---|---|----|----------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------|--|---|--|--|--|----|-------|--|---|--|--|--|----|-----------|--|--|---|--|--|----|-----------------|--|---|--|--|--|----|------------------|--|---|--|--|--|-------|
| 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Pergerakan ekstremitas, | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Nyeri | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Kecemasan | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Kelemahan fisik | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Gerakan terbatas | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Senin, 20 Mei 2024 | Berduka berhubungan dengan Kematian keluarga atau orang yang berarti | 20:00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa masih sangat sedih karna anaknya telah pergi meninggalkan nya untuk selama lamanya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menangis - Klien tampak murung <p>A : Masalah belum teratasi</p> | wiken | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | <table border="1"> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Verbalisasi menerima kehilangan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menangis</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Konsentrasi</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> | No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | Verbalisasi menerima kehilangan | | | ✓ | | | 2 | Menangis | | | ✓ | | | 3 | Konsentrasi | | | ✓ | | | |
|----|---------------------------------|---|-----------|--|----|----------------|---|---|---|---|---|----|---------------------------------|--|---|---|--|--|----|----------|--|---|---|--|--|----|-----------------------|---|--|---|--|--|-------|
| No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Verbalisasi menerima kehilangan | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Menangis | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Konsentrasi | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Senin, 20 mei 2024 | Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif | 20.00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup opsite - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi - Pemeriksaan laboratorium tanggal 27 Juni 2023 Hb : 13, 6g/dL dan Leukosit 12.800 uL - Kontraksi uterus keras, TFU 1 cm dibawah pusat - Pengeluaran lokhea sebanyak 300 cc` - Suhu : 36,0 °C - Nadi : 84x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Kebersihan badan | | ✓ | | | | 2. | Nyeri | | ✓ | | | | 3. | Kadar sel darah putih | ✓ | | | | | wiken |
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Kebersihan badan | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Nyeri | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Kadar sel darah putih | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EVALUASI HARI KE-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------------|--|-----------|--|----|----------------|---|---|---|---|---|----|---------------|--|--|--|---|--|----|----------|--|--|--|---|--|----|---------|--|--|--|--|---|-------|
| 1 | Selasa 21 mei 2024 | Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen) | 14.00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang pada daerah luka operasi <p>P : Nyeri saat bergerak aktif</p> <p>Q : Nyeri berdenyut-denyut</p> <p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup obsite keadaan obsite kering dan bersih</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu skala 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas - TTV - TD : 120/80 mmHg - N : 82 x/menit - RR : 20x/menit - T : 36,6°C <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Keluhan nyeri | | | | ✓ | | 2. | Meringis | | | | ✓ | | 3. | Gelisah | | | | | ✓ | wiken |
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Keluhan nyeri | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Meringis | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Gelisah | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Selasa 21 mei 2024 | Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan | 14:00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa nyeri sedikit berkurang ketika payudara nya sudah diikat dengan kain panjang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | pembengkakan payudara dimana ASI tidak tersalurkan | | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih nyaman - Payudara Klien tampak bengkak - Terdapat pengeluaran ASI <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan tidak nyaman</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Payudara bengkak</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> | No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | Keluhan tidak nyaman | | | ✓ | | | 2 | Payudara bengkak | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------|--|-----------|--|----|----------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------|--|--|---|---|--|----|------------------|--|--|---|---|--|----|-----------|--|--|--|---|--|----|-----------------|--|--|--|--|---|----|------------------|--|--|--|---|--|-------|
| No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Keluhan tidak nyaman | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Payudara bengkak | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Selasa 21 mei 2024 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak | 14.00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa miring kanan miring kiri, duduk secara mandiri - Klien mengatakan sedang belajar untuk berdiri dibantu oleh keluarga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot $\frac{5}{4} \quad \quad \frac{5}{4}$ <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Pergerakan ekstremitas, | | | | ✓ | | 2. | Nyeri | | | | ✓ | | 3. | Kecemasan | | | | ✓ | | 4. | Kelemahan fisik | | | | | ✓ | 5. | Gerakan terbatas | | | | ✓ | | wiken |
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Pergerakan ekstremitas, | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Nyeri | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Kecemasan | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Kelemahan fisik | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Gerakan terbatas | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | P : Intervensi Dilanjutkan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------------------|--|-----------|--|----|----------------|---|---|---|---|---|----|---------------------------------|--|--|---|---|--|-------|----------|--|--|---|--|--|---|-------------|--|--|---|--|--|-------|
| 4 | Selasa 21 Mei 2024 | Berduka berhubungan dengan Kematian keluarga atau orang yang berarti | 20:00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa sedikit senang hari ini karna ada teman-teman yung mengunjunginya namun saat temannya pulang klien merasa sedih kembali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menangis - Klien tampak murung dan lesu <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Verbalisasi menerima kehilangan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menangis</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Konsentrasi</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | Verbalisasi menerima kehilangan | | | ✓ | | | 2 | Menangis | | | ✓ | | | 3 | Konsentrasi | | | ✓ | | | wiken |
| No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Verbalisasi menerima kehilangan | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Menangis | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Konsentrasi | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Selasa 21 mei 2024 | Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif | 14.00 wib | <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup opsite - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi - Suhu : 36,6°C - Nadi : 82x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Kebersihan badan | | | | ✓ | | wiken | | | | | | | | | | | | | | |
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Kebersihan badan | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | <table border="1"> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 2. | Nyeri | | | | ✓ | | 3. | Kadar sel darah putih | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|--|-----------|--|----|----------------|---|---|---|---|---|----|------------------------|---|--|--|--|---|----|------------------|--|--|--|--|---|----|-----------------|--|--|--|--|---|-------|
| 2. | Nyeri | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Kadar sel darah putih | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P : Intervensi dilanjutkan dirumah pasien | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EVALUASI HARI KE-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Rabu 22 mei 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka oprasi abdomen) | 14.00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif - Klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan <p>P : Nyeri timbul pada saat bergerak aktif</p> <p>Q : Nyeri seperti nyilu</p> <p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup obsite keadaan obsite bersih dan kering</p> <p>S : Skala nyeri ringan yaitu 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas - TTV <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 85x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 36,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Keluhan nyeri, menurun | | | | | ✓ | 2. | Meringis menurun | | | | | ✓ | 3. | Gelisah menurun | | | | | ✓ | wiken |
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Keluhan nyeri, menurun | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Meringis menurun | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Gelisah menurun | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | P : intervensi dihentikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------|--|-----------|--|----|----------------|---|---|----|----------------|---|---|----------------------|---|---|----|-------------------------|---|---|------------------|--|---|----|-------|--|-------|--|---|--|-------|
| 2 | Rabu 22 mei 2024 | Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan pembengkakan payudara dimana ASI tidak tersalurkan | 14:00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa nyeri sudah tidak terasa klien merasa sangat nyaman saat diikat dengan kain <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih nyaman - Payudara Klien tampak bengkak - Terdapat pengeluaran ASI <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan tidak nyaman</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Payudara bengkak</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p> | No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | Keluhan tidak nyaman | | | | | ✓ | 2 | Payudara bengkak | | | ✓ | | | wiken | | | | |
| No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Keluhan tidak nyaman | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Payudara bengkak | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Rabu 22 mei 2024 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak | 14.00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet secara mandiri - Klien mengatakan aktivitas yang berat masih dibantu oleh keluarga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <table border="1"> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | 5 | 5 | 5 | 5 | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Pergerakan ekstremitas, | | | | | ✓ | 2. | Nyeri | | | | ✓ | | wiken |
| 5 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Pergerakan ekstremitas, | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Nyeri | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | <table border="1"> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </table> <p>P : Intervensi Dihentikan</p> | 3. | Kecemasan | | | | | ✓ | 4. | Kelemahan fisik | | | | | ✓ | 5. | Gerakan terbatas | | | | | ✓ | | | | | | | | |
|----|---------------------------------|--|-----------|---|-------|----------------|---|---|---|---|---|----|---------------------------------|--|--|--|--|---|----|------------------|--|--|--|---|---|---|-------------|--|--|--|--|---|-------|
| 3. | Kecemasan | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Kelemahan fisik | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Gerakan terbatas | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Rabu 22 mei 2024 | Berduka berhubungan dengan Kematian keluarga atau orang yang berarti | 20:00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa sedikit lebih baik hari ini dan harus mengikhlaskan anaknya karna klien yakin rencana Allah SWT pasti yang terbaik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih menerima keadaan yang sedang dihadapi - Klien tampak lebih bersemangat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Verbalisasi menerima kehilangan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menangis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Konsentrasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p> | No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | Verbalisasi menerima kehilangan | | | | | ✓ | 2 | Menangis | | | | ✓ | | 3 | Konsentrasi | | | | | ✓ | wiken |
| No | Kriteria hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Verbalisasi menerima kehilangan | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Menangis | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Konsentrasi | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Rabui 22 mei 2024 | Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif | 14.00 WIB | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup opsite | wiken | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi - Suhu : 36,5°C - Nadi : 82x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p> | No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Kebersihan badan | | | | ✓ | | 2. | Nyeri | | | | ✓ | | 3. | Kadar sel darah putih | | | ✓ | | | |
|----|-----------------------|---|---|---|----|----------------|---|---|---|---|---|----|------------------|--|--|--|---|--|----|-------|--|--|--|---|--|----|-----------------------|--|--|---|--|--|--|
| No | Kriteria Hasil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Kebersihan badan | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Nyeri | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Kadar sel darah putih | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ringkasan Keluar (Klien Pulang)

Nama Pasien : Ny. L
 Umur : 25 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tempat praktek : Ruang Teratai
 No. RM : 268158
 Tanggal Masuk : 20 Mei 2024 Pukul : 10.11 WIB
 Tanggal Pulang : 23 Mei 2024 Pukul : 16.00 WIB
 Diagnosa Medis : G1P0A0 + Post SC Indikasi Plasenta Previa
 Keadaan pasien pulang : Keadaan sudah membaik

Tanda-Tanda Vital :

TD : 110/70 mmHg
 RR : 20 x/menit
 HR : 81x/menit
 S : 36,5°C

Pendidikan kesehatan :

1. Mengajarkan klien melakukan teknik foot massage dan kompres hangat dirumah secara mandiri jika nyeri timbul.
2. Mengajarkan klien untuk mengebat payudara nya dan melepaskan saat tidak nyeri dan sudah tidak bengkak.
3. Mengajarkan makan yang banyak mengandung protein seperti makan telur 8 butir perhari dan ikan gabus.

4. Mengajarkan klien untuk selalu tabah dan bersabar menghadapi cobaan.
5. Mengajarkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih
6. Klien mengontrol luka pada hari Sabtu, 26 Mei 2024

4.2 Pembahasan

Foot Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin (Kuswandi, 2011 dalam Nurrochmi, 2014). Teknik non farmakologis Pijatan (massage) dapat memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri dan meningkatkan keefektifan dalam pengobatan. Foot Massage merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan. Pijat kaki merupakan salah satu pilihan, hal ini disebabkan karena didaerah kaki banyak terdapat saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam, tindakan dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk mengurangi rasa nyeri. (Potter & Perry, 2010). Kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah ke bagian yang nyeri, menurunkan ketegangan otot sehingga mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan otot. Teknik nonfarmakologi ini dapat diterapkan di semua rumah sakit dan rumah bersalin, karena teknik nonfarmakologi ini sangat mudah dilakukan dan biayanya terjangkau mengatakan bahwa kompres hangat juga merupakan terapi nonfarmakologi yang efektif untuk mengurangi rasa nyeri post pembedahan. Andinawati (2018)

Setelah dilakukan perawatan pada Ny.L dengan diagnosa medis Post SC dengan indikasi Plasenta Previa. Penerapan Asuhan Keperawatan pada ibu Post SC indikasi Plasenta previa diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa keperawatan, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya teknik Foot massage dan Kompres hangat dan Evaluasi keperawatan pada Ny.L dengan Plasenta previa yang dilaksanakan tanggal 20 Mei 2024 – 22 Mei 2024, sehingga dapat diambil kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka penulis akan membandingkan antara teori dan praktik hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.L dengan post Sectio Caesarea indikasi Plasenta Previa diruang Teratai RSUD sebagai berikut:

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada kasus Ny.L dengan Post *Sectio Caesarea* Indikasi Plasenta previa dilakukan pengkajian pada hari selasa 20 Mei 2024 pukul 15.10 WIB dengan metode wawancara, saat pengkajian ditemukan beberapa data yang ada pada klien.

Klien mengatakan bahwa kehamilannya suatu yang diharapkan, Klien rutin memeriksakan kandungannya ke dokter spesialis kandungan, klien memiliki riwayat dirawat di RS sebelumnya saat kehamilan berusia 6 bulan dengan indikasi Gerak Janin Berkurang dan Perdarahan Klien juga kerap mengalami perdarahan berulang pada saat usia kehamilan 6-9 bulan. Namun tuhan berkehendak lain bayi klien tidak dapat diselamatkan klien merasa sangat sedih dan terpukul.

Menurut teori Zawn,V 2018, Nyeri akut pada post sectio caesarea dirasakan setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar dan efek anastesi habis maka pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengalami nyeri pada bagian luka bekas jahitan, keluhan tersebut wajar karena tubuh mengalami luka. Rasa nyeri pada daerah sayatan yang membuat pasien terganggu dan merasa tidak nyaman. Sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan, sehingga individu merasa tersiksa yang akhirnya akan mengganggu aktifitas sehari- hari.

Post *sectio caesarea*, jam 14.00 klien dijemput dari ruang operasi akan dirawat diruangan teratai dan penulis langsung melakukan observasi keadaan umum klien didapatkan Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen bawah tertutup obsite.

P :Nyeri saat bergerak

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut

R : Nyeri pada luka operasi bagian abdomen bawah

S : Skala nyeri sedang yaitu 6

T : Nyeri hilang timbul saat bergerak

Klien tampak meringis menahan nyeri Gerakan tubuh pasien tampak berhati-hati dan terbatas TD : 110/80 mmHg, N : 83x/menit, RR : 22x/menit, T : 37 °C.

Menurut PPNI, 2016 Ketidaknyamanan pasca partum disebabkan oleh trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses

pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, dan faktor budaya (PPNI, 2016).

Pada hari ke 2 post operasi SC klien mengeluh nyeri pada bagian payudara skala nyeri 5, Klien juga mengatakan payudara nya bengkak, Tampak adanya pengeluaran ASI.

Menurut studi pustaka Mobilisasi dini post Sectio caesarea biasanya disebabkan oleh nyeri yang dirasakan sehingga klien takut untuk menggerakkan tubuhnya, merubah posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam persalinan sectio caesarea. Hasil penelitian Reny dan Ardeny (2016) menyatakan bahwa komplikasi pada post operasi Sectio caesarea dapat dicegah dengan ibu sesegera mungkin melakukan mobilisasi sesuai dengan tahapan-tahapannya.

Pada saat pengkajian Klien mengatakan sulit dan takut melakukan pergerakan Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan tampak lemas.

Menurut Babu j, dkk 2019, Duka adalah respons emosional terhadap kehilangan, yang didefinisikan sebagai perasaan dan respons individual dan personal yang dilakukan seseorang terhadap kehilangan yang nyata, dirasakan, atau diantisipasi. Perasaan ini mungkin termasuk kemarahan, frustrasi, kesepian, kesedihan, rasa bersalah, penyesalan, dan kedamaian. Duka berdampak pada penyintas secara fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Proses

berduka tidak teratur dan tidak dapat diprediksi. Fluktuasi emosi adalah hal yang normal dan diharapkan.

Pada saat dilakukan pengkajian dan peneliti bertanya bagaimana perasaan klien, Klien mengatakan merasa sangat kehilangan karena ini adalah anak pertamanya padahal klien dan suami sudah mempersiapkan sebaik mungkin untuk menyambut kedatangan anaknya, Klien tampak menangis dan tampak melamun

Menurut teori PPNI 2017, Resiko infeksi beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko, meliputi gangguan peristaltis, kerusakan integritas kulit, perubahan skresi PH, penurunan kerja siliaris, penurunan hemoglobin, imunosupresi, leukopenia, plasenta previa, prosedur infasif.

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.L Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka, Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm, Luka tertutup obsite, Keadaan obsite bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi SC, Tampak terpasang balut pada bekas jaitan, Kulit sekitar luka SC teraba hangat dan menggigil masih dalam kondisi efek dari anestesi, terdapat luka post operasi *sectio caesarea* dengan panjang 10 cm berbentuk vertikal dibagian abdomen bawah, tertutup obsite dengan keadaan kering, klien terpasang kateter dengan jumlah 150 cc dan berwarna kuning pekat, pada bagian ekstremitas pergerakan terbatas dikarenakan adanya program perbatasan gerak. Penulis memberikan obat terapi Ny.L yaitu injeksi ceftriaxone, tramadol, kalnex, Vit K, Pronages

supp. Post *sectio caesarea* setelah 6 jam diruang maternitas klien mengeluh nyeri pada luka post operasi dibagian abdomen bawah dengan data P: luka operasi, Q: seperti disayat-sayat, R: area luka operasi, S: 6, T: hilang timbul, pengeluaran lochea berwarna merah.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien Pre Dan Post *Sectio Caesarea* yaitu (SDKI DPP PPN, 2017) :

Post *sectio caesarea* indikasi Plasenta previa diagnosa yang mungkin muncul yaitu 1).Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi, pembengkakan payudara 2).Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan, ketidakbugaran fisik 3).Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, ketidakadekuatan suplai ASI 4).Difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, gangguan neuromuskuler 5). Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive/ malnutrisi/peningkatan paparan organisme patogen lingkungan/ ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer atau sekunder. 6).Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi 7).Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik,anastesi 8).Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan mayor, pembatasan peroral

Hasil analisa data pengkajian diagnosa keperawatan yang didapatkan semuanya sesuai dengan teori. Post *sectio caesarea* 4 diagnosa keperawatan,

1). Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen) 2). Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan pembengkakan payudara dimana ASI tidak tersalurkan 3). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak, 4). Berduka berhubungan dengan kematian keluarga atau orang yang berarti 5). Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka post operasi).

4.2.3 Rencana tindakan keperawatan

Menurut PPNI 2018, intervensi yang akan dilakukan mengacu kepada 8 tugas yaitu :

1. Manajemen nyeri
2. Dukungan mobilisasi
3. Edukasi menyusui
4. Dukungan perawatan diri
5. Pencegahan infeksi
6. Dukungan tidur
7. Manajemen eliminasi urine
8. Pemantauan cairan

Pada masalah yang ditemukan pada Ny.L penulis menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan SDKI yaitu:

1. Manajemen nyeri
2. Manajemen nyeri
3. Dukungan mobilisasi
4. Dukungan proses berduka

5. Pencegahan infeksi

4.2.4 Implementasi keperawatan

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

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan tidak seluruhnya penulis dapat melakukan sendiri, penulis bekerja sama dengan perawat ruangan seperti pemeriksaan dalam, pemeriksaan lokhea, pemantauan perkembangan mobilisasi klien, dikarenakan penulis sedang tidak dinas 24 jam.

Foot Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin. Kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah ke bagian yang nyeri, menurunkan ketegangan otot sehingga mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan otot. (Kuswandi, 2011 dalam Nurrochmi, 2014).

Pada Implementasi utama untuk menurunkan skala nyeri *Post Sectio Caesarea* dengan teknik foot massage dan kompres hangat yang dimana

dilakukan penulis secara mandiri dan dibantu oleh keluarga agar bisa membantu klien melakukan mandiri ketika dirumah saat nyeri mulai timbul. Teknik distraksi dilakukan dengan cara klien menarik napas dalam lalu menghembuskan napas dengan perlahan lalu melakukan foot massage dan kompres hangat dengan waktu 15-20 menit dalam sehari, dilakukan selama 2 hari, hari post operasi SC .

Menurut nursalam 2018, mengebat payudara dapat mengurangi rasa sakit saat ASI tidak dapat tersalurkan. Lalu pada implementasi ketidaknyamanan pasca partum klien mengluh payudara nyeri dan bengkak penulis membantu klien untuk mengebat payudara dengan kain panjang.

Menurut studi pustaka mobilisasi dini adalah kebijakan untuk membimbing untuk keluar dari tirah baringnya secepat mungkin. Implementasi mobilisasi klien kesulitan mengubah dan mengatur posisinya karena takut untuk bergerak dalam melakukan implementasi penulis mengajarkan klien untuk miring kiri kanan dan mobilisasi dini didampingi oleh perawat ruangan dan keluarga.

Menurut jin,et al (2017) kehilangan adalah proses yang paling menyakitkan dan harus diberi semangat dan dukungan penuh pada seseorang yang telah ditinggalkan. Implementasi berduka membantu mensupport klien karna baru saja kehilangan anaknya.

Implementasi keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan Plasenta previa, penulis melakukan tindakan keperawatan salah satunya yaitu melakukan kolaborasi dengan petugas laboratorium dalam pemeriksaan

leukosit, hemoglobin, diff count, trombosit dan pemeriksaan pengeluaran lochea yang dibantu oleh perawat ruangan, observasi keadaan luka operasi dibagian abdomen bawah yang tertutupi obsite.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Nursalam (2016), evaluasi adalah suatu proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Evaluasi merupakan tahap akhirdari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi keperawatan terbagi dibagi menjadi formatif dan sumatif.

Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis buat dalam bentuk SOAP (*Subjektif, Objektif, Analisa, Planning*). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan pada Ny. L dengan post SC dengan indikasi Plasenta previa dengan 4 diagnosa keperawatan post SC teratasi pada tanggal 22 mei 2024.

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan luka operasi pada abdomen dengan hasil subjektifnya klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif saja, klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan dengan skala nyeri ringan.

Pada diagnosa Ketidaknyamanan pasca partum klien mengatakan sudah jauh lebih nyaman saat payudara dikebat.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dengan data subjektifnya klien mengatakan tubuhnya enakan, klien mengatakan sudah bisa berjalan, klien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

Pada diagnosa berduka setelah ditanyakan kembali bagaimana perasaan klien di hari ke 3 klien sudah bisa menjawab dengan baik untuk mengikhlaskan kepergian anaknya klien juga tampak lebih bersemangat dari hari sebelumnya.

Pada diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive dengan data subjektifnya klien mengatakan kondisi luka kering tidak basah pada bagian luka post SC yang tertutup obsite dan klien mengatakan tidak merasa menggigil, klien mengatakan tidak sakit kepala.

Setelah melihat perkembangan klien dokter memutuskan untuk klien dirawat jalan dan akhirnya klien pulang pada hari Kamis, 22 Mei 2024 pukul 16.00 WIB.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan pada Ny.L dengan Post *sectio caesarea* diruang rawat inap teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong maka penulis menyimpulkan :

a. Pengkajian

Ny.L usia 26th P1A0 , mengeluh nyeri setelah 6 jam post oprasi SC skala nyeri 6 Klien mengatakan nyeri di perut bagian bawah karena terdapat luka post operasi sectio caesarea. setelah 6 jam post operasi klien tampak meringis dan berhati-hati untuk meggerakkan tubuhnya karena takut bekas operasinya terbuka, kaki terasa kaku untuk digerakkan.

P : Nyeri timbul saat bergerak

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk dan berdenyut

R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen

S : Skala nyeri sedang yaitu 6

T : Nyeri dirasakan saat bergerak

Pada hari ke 2 post oprasi SC klien mengatakan payudara nya nyeri dan bengkak, Klien juga mengatakan sangat sedih karma telah kehilangan anak pertama nya.

b. Diagnosa Keperawatan

Post sectio caesarea di dapatkan 5 diagnosa 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, 2). Ketidaknyamanan pasca

partum berhubungan dengan pembengkakan payudara dimana ASI tidak tersalurkan 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak 4). Berduka berhubungan dengan kematian keluarga atau orang yang berarti 5) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka post operasi).

c. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah yang telah ditemukan pada Ny.L maka intervensi yang akan dilakukan yaitu:

1. Manajemen nyeri
2. Manajemen nyeri
3. Dukungan mobilisasi
4. Dukungan proses berduka
5. Pencegahan infeksi

d. Implementasi

Melakukan teknik foot massage dan kompres hangat unyuk mengurangi nyeri pada luka oprasi SC dan mengajarkan kepada klien dan keluarga agar dapat melakukannya secara mandiri dirumah,

mengajarkan klien untuk mengebat payudara nya saat agar tidak nyeri dan bengkak, mengajarkan mobilisasi dini agar klien cepat pulih dan tidak terlalu lama tirah baring, melihat apakah adanya tanda-tanda infeksi pada luka bekas oprasi.

e. Evaluasi

Evaluasi dilakukan peneliti terhadap klien selama 3 hari di rumah sakit mulai dari tanggal 20 Mei 2024 – 22 Mei 2024 dan dibuat dengan metode SOAP. Semua diagnosa yang didapatkan dari keluhan klien dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. 5 diagnosa klien teratasi pada tanggal 22 Mei 2024 dengan keluhan nyeri berkurang menjadi skala nyeri 2, klien sudah berani untuk menggerakkan tubuhnya, menganjurkan klien untuk datang ke poli KIA mengganti perban.

5.2 Saran

1. Bagi klien

Klien dapat mengetahui bahwa dengan cara foot massage dan kompres hangat dapat mengurangi nyeri pada luka operasi, klien juga dapat melakukan teknik tersebut di rumah karena sangat gampang untuk dilakukan mandiri.

2. Bagi keluarga

Keluarga berperan sangat penting untuk proses penyembuhan klien dan memberi motivasi agar pasien tetap semangat keluarga juga berperan sangat penting untuk klien melakukan perawatan di rumah.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian yang dilakukan sangat diharapkan bisa menjadi ilmu baru yang dapat diterapkan untuk orang sekitar dan dijadikan perbandingan antara teori dan juga pada saat dilakukan praktik di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbaspoor Z, Akbari M, Najari S.(2013). Effect of Foot and Hand Massage In Post-Cesarean Section Pain
- Babu, J, Annie, AM, Renuka, K. 2019, “Effectiveness of hand massage vs foot massage for pain in incision site among postcesarean mothers admitted in obstetrical care units at Mahatma Gandhi Medical College and Research Institute”, Puducherry journal of nursing, Vol. 12, No. 3, pp. 70–73.
- Chanif, Petpichetchian, W., & Changchareon, W. 2013. Does Foot Massage Relieve Acute Post Operative Pain? A Literature Review. Nurse Media Journal Of Nursing , 483-497.
- Dumilah Ayuningtyas Sectio Caesarea (Rajagrafindo Persada,2018)
- Ferinawati, & Hartati, R. (2019). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea Dengan Penyembuhan Luka Operasi di RSUD Avicenna Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. Journal of Healthcare Technology and Medicine, 5, 318–329.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. Musrifatul Uliyah. (2016). Buku Ajar Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika
- Jin, et.al (2017). The Relationships Between Job and Organizational Characteristics and Role and Job Strees Among Chinese Community Corectional Workes. International Jurnal of Law, Crime and Justice 52: 36-46
- Jitowiyono, Sugeng & Weni Kristiyanasari.(2012).Asuhan Keperawatan Post Operasi. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mubarak W.I dan Chayatin N. Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik. Penerbit Jakarta:EGC
- Mutia (2015) pengaruh kompres panas dingin terhadap nyeri kala 1 fase aktif persalinan fisiologis ibu primipara. Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- Nurarif, H. K. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediaction publishing
- Nurrochmi, E., Nurasih, & Romadon, A. R. 2014. Pengaruh Kombinasi Metode Zilgri dan Endorphine Massage Pada Ibu Inpartu Primigravida Terhadap Lamanya Kala I Fase Aktif di RSUD Indramayu Periode April- Mei 2013.23-31.

- Nur fadilah puput, astuti puji, heris santy wesiana. 2016. Pengaruh teknik Foot massage dan Kmpres hangat Terhadap nyeri. Jurnal ilmiah kesehatan, Vol. 9, No. 2 Agustus 2016, hal 221-226
- Nursalam. (2016). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis. Ed 4. Jakarta: Salemba Medika
- Potter, P.A, & Peryy, A. G. 2015. Fundamental of Nursing Singapore
- PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Trisnowiyanto B. 2012. Keterampilan Dasar Massage Yogyakarta. Nuha Medika.
- Zawn,V.(2018). How to speed up recovery from a caesarean delivery Riskesdas. (2018).

BIODATA

Nama : Wiken Permatasari
Tempat, Tanggal Lahir : Pagar gunung, 26 juni 2003
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Pagar gunung, Kepahiang
Riwayat Pendidikan :
1. SDN 13 Kepahiang
2. SMPN 02 Kepahiang
3. SMAN 03 Kepahiang

**LEMBAR OBSERVASI SKALA NYERI POST *SECTIO*
CAESAREA FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT**

Nama : Ny.L
 Umur : 26 tahun
 Diagnosa : Post SC dengan Plasenta previa

No. RM : 268158

| TINDAKAN | SKALA NYERI | |
|--|--|---|
| | PRE FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT | POST FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT |
| HARI KE-2 SEBELUM PEMBERIAN ANALGETIK (DILAKUKAN FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT) | skala nyeri : 6 | skala nyeri : 4 |
| HARI KE-3 SEBELUM PEMBERIAN ANALGETIK (DILAKUKAN FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT) | skala nyeri : 4 | skala nyeri : 2 |

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-10 : Nyeri berat : secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat

mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.

LEMBAR OBSERVASI POST SC

Nama : Ny. L

Umur : 26 tahun

Diagnosa : Post SC dengan indikasi Plasenta previa

No RM : 268158

| Ket | Lochea | TFU | Urine (cc) | Mobilitas |
|---------------------------------|--------|---------------------------|---------------|-----------------------------------|
| Hari ke-1 1jam post SC | Rubra | Setinggi pusat | 1400 cc | Aktivitas dibantu keluarga |
| Hari ke-2 | Rubra | 1-2 jari dibawah pusat | 1500 cc | Aktivitas dibantu keluarga |
| Hari ke-3 | Rubra | Pertengahan simpisis | 1500 cc | Aktivitas dilakukan mandiri |

Post op SC :

1. Observasi dilakukan selama 1-3 hari post SC

LEMBAR OBSERVASI TTV

Nama : Ny.L
Umur : 26 Tahun
Diagnosa : Post SC indikasi Plasenta previa

No. RM : 268158

| Jam/tgl | TD (mmHg) | HR (x/i) | RR (x/i) | T (oC) |
|---------|----------------|-------------|-------------|-----------|
| 14:00 | 135/90 mmHg | 88 x/m | 21 x/m | 37,2 |
| 14:15 | 120/80 mmHg | 85 x/m | 20 x/m | 37,0 |
| 14:30 | 120/80 mmHg | 76 x/m | 20 x/m | 37,0 |
| 14:45 | 110/80 mmHg | 80 x/m | 19 x/m | 37,0 |
| 15:00 | 110/80 mmHg | 73 x/m | 18 x/m | 37,0 |

Protap post op SC :

1. Observasi TTV setiap 15 menit (selama 1 jam pertama)
2. 1 jam berikutnya obs TTV tiap 30 menit
3. Setelah 5 jam berikutnya observasi TTV setiap 1 jam saja
4. Cek Hb 1 jam post operasi note :
 - tanda perdarahan, kandung kemih, tinggi fundus uteri dan kontraksi rahim di cek bersamaan dengan TTV
 - infus D5% drip oxytocin 2 amp 2x24 jam

DOKUMENTASI

Post Sectio Caesarea Indikasi Plasenta Previa

| Tanggal | Dokumentasi |
|-------------|--|
| 20 Mei 2024 |  <p data-bbox="816 877 1133 909">Pengkajian dengan Ny.L</p> |
| 20 Mei 2024 |  <p data-bbox="906 1350 1044 1383">TTV Ny.L</p> |
| 21 Mei 2024 |  <p data-bbox="764 1797 1183 1829">Melakukan teknik Foot Massage</p> |

| | |
|-------------|--|
| 21 Mei 2024 |  <p>Melakukan Kompres hangat</p> |
| 22 Mei 2024 |  <p>Melakukan teknik Foot Massage</p> |
| 22 Mei 2024 |  <p>Melakukan Kompres hangat</p> |

Daftar Pustaka

- Abbaspoor Z, Akbari M, Najari S.(2013). Effect of Foot and Hand Massage In Post-Cesarean Section Pain Control: A Randomized Control Trial <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23352729>
- Alimul H.A. (2006). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan Buku I. Jakarta:Salemba Medika
- Al-Firdaus I. (2011). Terapi Pijat Untuk Kesehatan Kecerdasan Otak Dan Kekuatan Daya Ingat. Penerbit Buku Biru 2011
- Aruna, DR. (2017) Jurnal Efektifitas foot massage terhadap nyeri post laparotomy (Effectiveness off foot massage on pain , heart rate among pasien underwent abdominal surgery
- Asmadi (2008) Tehnik Prosedural Keperawatan (Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien). Jakarta , Salemba Medika.
- Awan Haryanto , Suharyo Hadi saputro , (2014) Jurnal Effektivitas Foot Hand Massage terhadap respon fisiologis dan intensitas nyeri pada pasien miocard infark studi di ruang iccu RSUD.DR.Iskak Tulngagung
- Barbara & Kevin Kunz. (2012). Pijar Refleksi Sehat lewat pijatan jari. Penerbit PT Grafika Multi Warna 2012
- Chanif , Mustofa (2017) Jurnal Effektivitas foot massage terhadap nyeri post operasi laparotomi abdominal acut
- Corwin.E.J.(2000). Buku Saku Patofisiologi. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Cunningham.F.Garry. 2010. Obstetri Williams. Jakarta: EGC.
- David T Y L. (2008). Manual Persalinan. Penerbit buku kedokteran EGC
- Degirmen N, Ozendogan N, Sayiner D, Kosgeroglu N, Ayrancy U (2010). Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20643325>
- Hanprasertpong T. et al. Comparison of the effectiveness of different counseling methods before second trimester genetic amniocentesis in Thailand. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963662>. diakses 19 September 2013 jam 09 ;09 wib
- Dg, Dayyal (2016). "Perdarahan Waktu (BT) dan Clotting Time (CT)". *BioScience* . ISSN 2521-5760 . Diperoleh 2017-10-26 .
- Hartwig. et al. (2002). Nyeri. Dalam : Price, S. A dan Wilson, L. M, 2006. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit. Huriawati Hartanto, dkk (Eds), Brahm U. Pendit, dkk (penterjemah), 2006. Ed. 6, Cetakan I, EGC, Jakarta.

- Hawthorn. Jan dan Redmond. Kathy. (2004). Pain: Causes and Management. First Published Blackwell Science Ltd USA.
- Kasdu D. (2003). Operasi Caesar. Penerbit Puspa suara Jakarta, Cetakan pertama, konsultasi ahli dr. Lastio Bramantyo, Sp.Og
- Kusmarjadi D. (2008). PROM Ketuban Pecah Dini. <http://www.drdisipog.com>
- Koizer B & Erb G (2009) Buku ajar Praktek Keperawatan Klinis Koizer B & Erb techniques in clinical nursing ed, ariani F, EDK 5, Jakarta EGC
- Mubarak W.I dan Chayatin N.(2008). Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik. Penerbit Jakarta:EGC
- Mutia (2015) pengaruh kompres panas dingin terhadap nyeri kala 1 fase aktifpersalinan fisiologis ibu primipara. Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- Nakita.(2010). Efek samping operasi cesar. <http://kiatsehat2010.blogspot.com/2011/02/efek-samping-operasicaesar.html>
- Nursalam. (2013). Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Penerbit Salemba Medika
- Notoatmodjo S. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan,Jakarta. Penerbit Rineka Cipta
- Potter. Patricia A. dan Perry. Anne Griffin. (2006). Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik.
- Potter & Perry, (2010) Buku Ajar Fundamental Keperawatan konsep , proses dan praktik , edisi 5 EGC Jakarta
- Yasmin Asih. dkk (penterjemah). 2005. Edisi 4. Vol. 1. Penerbit EGC Jakarta.
- Romauli S, S.S.T. (2013). Komunikasi Kebidanan. Cetakan Pertama. Jakarta. CV. Trans Info Media
- Rekam Medis Rumah Sakit Islam Klaten (2018)
- Salwa Hagag Husaein (2014) Jurnal Efektifitas foot massage terhadap perbaikan hemodinamik pasien post op ca mamae.(Effect of foot massage on postoperative pain and vitall signs in breast cancer patient
- Setiadi. (2007). Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan. Penerbit Graha Ilmu Yogyakarta
- .Silvestri, Linda (2014). *Saunders review komprehensif untuk pemeriksaan NCLEX-RN . St. Louis, MO: Elsevier. hal. 116–117. ISBN 978-1-4557-2755-1 .*
- Stillwell S.B. (2011). Pedoman Keperawatan Kritis. Penerbit buku kedokteran EGC Jakarta 2011
- Sugiyono, 2010. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND. Bandung : Alfabeta

- Tagawa K, Shida D, Takahashi H, Suzuku T. (2012). Introduction of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: reducing 3.4 days of postoperative hospital stay. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22590938>. diakses 19 September 2013 jam 21: 32
- Taufik M, S.K.M,& Julliane, S.Psi. (2010). Komunikasi Terapeutik Dan Konseling Dalam Praktik Kebidanan. Jilid 1. Penerbit Salemba Medika. Jakarta
- Trisnowiyanto B. (2012). keterampilan Dasar massage, Penerbit Nuha Medika Yogyakarta 2012
- Tyastuti S, S.Kep.Ns. et al. (2009) Komunikasi Dan Konseling Dalam Pelayanan Kebidanan. Cetakan ketiga. Yogyakarta. Penerbit Fitramaya
- Uripni C L et al. (2003). Komunikasi Kebidanan. Cetakan Jakarta EGC Wang HL, Keck JF, (2004) Foot and hand massage as an intervention for postoperativepain <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15297952> diakses tanggal
- Wiknjosastro H. (2002). Ilmu Kebidanan , Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo Wong M F. (2012). Panduan Lengkap Pijat. Penerbit Penerbar Plus+
- Wening Dwi Jayanti (2014) Jurnal Effic Aromaterapi Lavender terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea.
- Yang CL. et al (2012). Pre-operative education and counselling are associated with reduced anxiety symptoms following carotid endarterectomy: a randomized and open-label study. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22457372>. diakses 19 September 2013
- Yulifah R, Yuswanto Tri J.A. (2009). Komunikasi Dan Konseling Dalam Kebidanan. Jilid 1. Penerbit Salemba Medika. Jakarta



Foot Massage Reduce Post Operation Pain Sectio Caesarea at Post Partum

Pijat Kaki dalam Menurunkan Nyeri Setelah Operasi Sectio Caesar pada Ibu Nifas

Dewi Nurlaela Sari¹, Aay Rumhaeni²

¹ Program Studi D3 Kebidanan Universitas Bhakti Kencana

² Program Studi Profesi Ners Universitas Bhakti Kencana

ABSTRACT

Sectio Caesarea is an alternative action in the delivery process to save the mother and fetus. Pain is the most common impact felt by postpartum with postoperative cesarean section, so that it will have an impact on disturbed bounding attachments, limited mobilization, disrupted Activity Daily Living, and affect Early Breastfeeding Initiation. The purpose of this study was to determine the effect of foot massage on pain scales on postoperative cesarean clients. This research was pre-experimental research with one group pre-test and post-test design approach. The number of samples used amounted to 27 people using a purposive sampling technique. The instrument used the Numeric Rating Scale and foot massage work procedures. Respondents performed foot massage for 20 minutes for 2 days. Data analyzed using the Wilcoxon test. The results showed that more than half of the client's post section Caesarea was on the pain scale 6 before the foot massage procedure and almost half had a pain scale 3 after foot massage and the p-value = 0.000 was obtained, so it was concluded there was an influence of foot massage on the pain scale on the client postoperative cesarean section. It is suggested for hospitals doing foot massage as an alternative non-pharmacological management for pain management.

ABSTRAK

Sectio caesarea merupakan tindakan alternatif dalam proses persalinan untuk menyelamatkan ibu dan janin. Nyeri merupakan dampak yang paling sering muncul dirasakan oleh ibu nifas dengan post operasi sectio caesarea, sehingga akan berdampak pada bounding attachment terganggu, mobilisasi terbatas, Activity Daily Living terganggu serta berpengaruh terhadap Inisiasi Menyusui Dini. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh Pijat kaki terhadap skala nyeri pada klien post operasi sectio caesarea. Penelitian ini merupakan penelitian pre eksperimen dengan pendekatan one group pre test post test design. Jumlah sampel yang digunakan berjumlah 27 orang dengan menggunakan teknik purposive sampling. Instrumen yang digunakan adalah Numeric Rating Scale dan prosedur kerja Pijat kaki. Responden dilakukan Pijat kaki selama 20 menit selama 2 hari. Data di analisis dengan menggunakan uji wilcoxon. Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah klien post operasi sectio caesarea berada di skala nyeri 6 sebelum dilakukan Pijat kaki dan hampir setengah memiliki skala nyeri 3 sesudah dilakukan Pijat kaki dan didapatkan nilai p-value = 0.000, sehingga disimpulkan ada pengaruh Pijat kaki terhadap skala nyeri pada klien post operasi sectio caesarea. Diharapkan rumah sakit dapat menjadikan Pijat kaki sebagai salah satu alternatif manajemen non farmakologi dalam penanganan nyeri.

Keywords : Caesarean sectio, foot massage, pain, post partum .

Kata Kunci : Nifas, nyeri, pijat kaki, sectio caesarea .

Correspondence : Dewi Nurlaela Sari, Alamat : Cluster Pesona Regency Blok I No 25 Pasirwangi Kota Bandung
Email : dewi.nurlaela@bku.ac.id, 081221765312

• Received 10 Maret 2020 • Accepted 10 Agustus 2020 • p - ISSN : 2088-7612 • e - ISSN : 2548-8538 •

DOI: <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol6.Iss2.528>

PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat kemajuan kesehatan suatu negara, khususnya yang berkaitan dengan masalah kesehatan ibu dan anak. Angka Kematian Ibu (AKI) juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam Sustainable Development Goals (SDGs) (BPS, 2014).

Salah satu upaya untuk menekan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak adalah dengan pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas pada saat sebelum persalinan, saat persalinan dan sesudah persalinan. Proses persalinan kadang tidak dapat berjalan semestinya dan janin tidak dapat lahir secara normal, tindakan *sectio caesarea* (SC) merupakan pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin. Sejak 1985 organisasi World Health Organization menetapkan standar rata-rata SC di sebuah Negara adalah 10-15%. Sejak hal itu angka kejadian SC meningkat baik dinegara maju maupun negara berkembang (WHO, 2015).

Persalinan secara SC memberikan dampak bagi ibu dan bayi. Pada ibu post SC, ibu akan mengalami rasa nyeri. Rasa nyeri biasanya muncul 2 jam setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena pengaruh pemberian obat anastesi pada saat persalinan. Nyeri pada proses persalinan normal adalah nyeri fisiologis saat persalinan, sedangkan nyeri post SC sudah tidak lagi nyeri fisiologis. Nyeri post SC diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat (Pallasma, 2014).

Nyeri post SC akan memberi dampak seperti mobilisasi terbatas, *bonding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *Activity of daily Living* (ADL) terganggu pada ibu yang akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian Air Susu Ibu (ASI) sejak awal, selain itu juga mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) yang akan mempengaruhi daya tahan bayi yang dilahirkan secara SC. Oleh karena itu, diperlukan adanya suatu manajemen yang dapat menurunkan komplikasi dan meningkatkan kualitas ibu post partum (Jacobs, 2011).

Pelaksanaan manajemen nyeri di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan saat ini mulai bergeser yang sebelumnya fokus pada pemberian farmakologi sekarang mulai dikembangkan pemberian manajemen nyeri non farmakologi. Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) mempersyaratkan semua pasien yang masuk ke rumah sakit di *assessment* nyeri dan diberikan penanganan nyeri bagi pasien yang mengalami nyeri agar pasien terbebas dari rasa nyeri (KARS, 2017).

Walaupun tindakan farmakologi dinilai efektif untuk menghilangkan nyeri pasien, tetapi tindakan ini mempunyai nilai ekonomis yang cukup mahal yaitu harga obat yang cukup mahal,

dan kemungkinan terjadinya efek samping dari obat pada pasien mulai dari yang ringan sampai berat. Efek samping dari obat analgetik dapat berupa, mual pusing, konstipasi, gangguan ginjal, gangguan fungsi jantung gangguan fungsi hati, reaksi alergi obat dan sebagainya (Potter & Perry, 2010).

Sebagai alternatif pelayanan manajemen nyeri maka sekarang dikembangkanlah berbagai tindakan non farmakologi atau komplementer untuk penanganan nyeri, yang salah satunya adalah tindakan pemijatan. Teknik pemijatan/ *massage* merupakan salah satu alternatif pilihan penanganan nyeri non farmakologi. Tindakan pemijatan dirasa efektif mengurangi atau menghilangkan rasa tidak nyaman, tindakannya cukup sederhana dan dapat dilakukan oleh diri sendiri atau dengan bantuan orang lain. Teknik *massage* ini efektif untuk mengurangi rasa nyeri akut post operatif (Trisnowiyanto, 2011.)

Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa *endorfin* (Kuswandi, 2011 dalam Nurrochmi, 2014). Teknik non farmakologis Pijatan (*massage*) dapat memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri dan meningkatkan keefektifan dalam pengobatan. *Massage* pada daerah yang diinginkan selama 20 menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan (Potter & Perry, 2010).

Rasa nyaman yang dirasakan dari tindakan *massage* juga dapat mendistraksi rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang, hal ini sesuai dengan teori distraksi yang menyatakan apabila seseorang mendapatkan dua rangsangan atau stimulus secara bersamaan maka otak manusia tidak dapat mempersepsikan rangsangan tersebut secara bersamaan, melainkan rangsangan yang lebih kuat dan yang dirasakan paling menyenangkanlah yang akan dipersepsikan oleh otak (Yuliatun, 2011).

Manajemen nyeri dengan tindakan *massage* mencakup *hand massage*, *effleurage*, *deep back massage*, Pijat kaki dan lain-lain (Degimen, Ozerdogan, Sayiner, Kosgeroglu, & Ayranci, 2010). Untuk penanganan non farmakologi nyeri post operasi abdomen Pijat kaki merupakan salah satu pilihan, hal ini disebabkan karena didaerah kaki banyak terdapat saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam, tindakan dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk mengurangi rasa nyeri. Pelaksanaan Pijat kaki dapat dilakukan pada 8-48 jam post operasi, dan setelah 5 jam pemberian injeksi ketorolac, dimana pada saat itu pasien kemungkinan mengalami nyeri terkait dengan waktu paruh obat ketorolac 5 jam dari waktu pemberian (Chanif, 2013).

Pijat kaki menjadi salah satu tindakan *massage* yang dikembangkan dan diimplementasikan di rumah sakit dalam manajemen nyeri non farmakologi (Chanif, 2013). *Nosireseptor*

adalah saraf yang memulai sensasi nyeri dimana reseptor ini yang mengirim sinyal nyeri dan terletak di permukaan jaringan internal dan dibawah kulit padat kaki, oleh karena itu Pijat kaki dianggap menjadi metode yang sangat tepat untuk mengurangi nyeri (Abbaspoor, M, & S, 2014). Pijat kaki dapat membantu menutup gerbang di posterior horns dari sumsum tulang belakang dan memblokir bagian dari nyeri ke sistem saraf pusat, selain itu Pijat kaki juga dapat menurunkan tingkat kecemasan dan stres dengan cara meningkatkan tingkat dopamine yang ada di tubuh (Abdelaziz & Mohammed, 2014) sehingga Pijat kaki dapat bermanfaat secara fisik dan mental emosional (Setyawati, Ibrahim, & Mulyati, 2016).

Kelebihan lain Pijat kaki dari tindakan manajemen nyeri non farmakologi lainnya adalah Pijat kaki sama efektifnya dengan teknik nonfarmakologi lainnya dalam menurunkan intensitas nyeri, tindakannya sederhana, dapat dipelajari dengan pelatihan singkat, tidak memerlukan alat khusus seperti pada tindakan TENS, tidak memerlukan bahan-bahan terapi atau persiapan khusus seperti pada aroma terapi, tidak memerlukan ruang khusus seperti pada tindakan relaksasi, distraksi, guide imagery, tidak memerlukan keahlian khusus seperti pada tindakan hipno terapi yang perlu adanya bukti sertifikasi kewenangan melakukan hipnoterapy.

Menurut Chanif (2013) dan Kemendikbud (2015) ada lima teknik Pijat kaki, yaitu: effleurage, petrissage, tapotement, vibration dan friction. Kelima teknik ini mampu menstimulasi nervus (A-Beta) di kaki dan lapisan kulit yang berisi tactile dan reseptor. Kemudian reseptor mengirimkan impuls nervus ke pusat nervus sistem. Sistem gate control diaktivasi melalui inhibitor interneuron dimana rangsangan interneuron di hambat, hasilnya fungsi inhibisi dari T-cell menutup gerbang. Pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus sistem pusat. Oleh karena itu, otak tidak menerima pesan nyeri, sehingga nyeri tidak diinterpretasikan.

Teknik Pijat kaki akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 5-20 menit dengan frekuensi pemberian 1 sampai 2 kali (Chanif 2013) hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hariyanto, Hadisaputro dan Supriyadi (2013) yang menyatakan bahwa foot hand massage yang diberikan 4 kali selama 20 menit dalam 2 hari dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien dengan Infark Miokard.

Berdasarkan uraian diatas tentang Pijat kaki maka, Pijat kaki dapat dijadikan alternatif utama dalam pelaksanaan manajemen nyeri non farmakologi pada pasien-pasien post operasi sectio caesarea di rumah sakit. Hal ini dikarenakan tindakan Pijat kaki mudah dilakukan, ekonomis dan terbukti sangat efektif menurunkan nyeri secara evidence based.

RS AMC merupakan rumah sakit yang berada digerbang Timur kota Bandung. Berdasarkan laporan SIMRS di RS AMC didapatkan hasil bahwa pasien yang menjalani operasi sectio

caesarea tahun 2016 sebanyak 276 orang, tahun 2017 sebanyak 408 orang dan bulan Maret-Mei 2018 sebanyak 111 orang. Sedangkan ibu dengan post partum spontan pada bulan Maret 2018 sebanyak 32 orang, April sebanyak 26 orang dan Mei sebanyak 30 orang. Banyaknya pasien post operasi yang membutuhkan perawatan maksimal untuk mendapatkan kenyamanan selama perawatan, sehingga perawat dapat mengaplikasikan intervensi mandiri keperawatan untuk memenuhi kenyamanan pasien dan tidak melakukan kolaborasi saja dengan pemberian analgetik. (SIMRS AMC. 2018)

Dari hasil wawancara dengan 10 pasien post SC di RS AMC, mereka mengatakan mulai merasakan nyeri setelah 3-4 jam post operasi, dengan menggunakan pengukuran skala nyeri Numeric Rating Scale mereka mengatakan merasakan nyeri dari nyeri sedang dengan skala nyeri 5 sebanyak 4 orang dan skala nyeri 6 sebanyak 5 orang sampai nyeri berat dengan skala nyeri 7 sebanyak 1 orang, meskipun pasien sudah mendapatkan terapi farmakologis untuk mengurangi nyeri. Untuk mengurangi rasa nyeri, dari 10 pasien hanya 3 pasien yang melakukan teknik mengurangi nyeri non farmakologi yaitu dengan tarik napas dalam sedangkan sisanya hanya mengandalkan dari obat analgetik. Keluhan dirasakan klien hingga menggigil bahkan sampai tidak mau bergerak karena nyeri.

Nyeri yang dirasakan membuat pasien tidak mau mobilisasi dini atau beraktivitas sebanyak 4 orang, menunda untuk rawat gabung dengan bayi sebanyak 2 orang, bahkan tidak mau memberikan ASI kepada bayinya karena nyeri bila bergerak sebanyak 4 orang. Hasil wawancara peneliti dengan perawat di RS AMC didapatkan bahwa manajemen nyeri non farmakologis yang biasa dilakukan untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi SC adalah relaksasi nafas dalam namun tidak ada standar prosedur operasional untuk teknik tersebut dan penatalaksanaan nyeri pasca operasi SC lebih banyak menggunakan obat anti nyeri dibandingkan dengan intervensi non farmakologis.

METODE

Jenis penelitian adalah quasi experimental dengan pendekatan pre test dan post test one group design. Intervensi (foot massage) diwahi dengan pre test kemudian dilakukan pengukuran post test setelah intervensi dilakukan. (Nursalam, 2013). Pengukuran pre test dan post test dilakukan dengan menggunakan instrumen NRS (Numeric Rating Scale) untuk mengukur skala nyeri ibu post partum post SC (Yudiyanta, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien post partum dengan sectio caesarea yang menjalani rawat inap di RS AMC pada bulan Maret sampai Mei 2018 sebanyak 111 pasien, dengan rata-rata setiap bulannya terdapat 37 pasien post partum dengan sectio caesarea (SIMRS, 2018). Pada Penelitian ini memperhatikan kaidah penelitian yaitu dengan cara peneliti menjamin hak-hak

responden dengan cara menjamin kerahasiaan, identitas responden, memberikan hak kepada responden untuk menolak dan memberikan informed consent kepada responden (Hamid, 2008). Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah purposive sampling, dengan memperhatikan kriteria inklusi yaitu post partum SC hari ke-2 dengan anastesi spinal dengan kesadaran penuh, mendapatkan analgetik trimadol IV setelah 6 jam pemberian. Sedangkan, kriteria eksklusi yaitu memiliki penyakit penyerta (kontra indikasi dilakukan Pijat kaki), pemasangan IV kateter di kaki, mendapatkan analgetik duogesic.

Intervensi (Pijat kaki) diberikan dengan tahap pre intervensi untuk mengukur skala nyeri, intervensi dilakukan 1 kali setiap hari selama 2 hari dengan lama waktu pemberian selama 20 menit sesuai dengan petunjuk teknis pemberian terapi Pijat kaki yang ada, dan post intervensi yaitu dilakukan dengan mengukur kembali skala nyeri responden 1 sampai 2 jam setelah pemberian Pijat kaki yang kedua, kemudian mencatatnya di lembar observasi (post test) hari ke-2.

Variabel dalam penelitian ini yaitu variabel independen dan dependen. Variabel independen yaitu Pijat kaki dan variabel dependen yaitu nyeri luka post SC. Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran karakteristik responden dan tingkat nyeri, sedangkan analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan Pijat kaki terhadap pengurangan nyeri post partum post SC. Analisis bivariat menggunakan uji Wilcoxon dan uji normalitas menggunakan Shapiro- Wilk dengan hasil berdistribusi normal.

HASIL

Karakteristik responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini digambarkan berdasarkan usia, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, pengalaman SC dan skala nyeri sebelum dan setelah dilakukan Pijat kaki.

Tabel 1. Karakteristik Ibu Nifas Post Operasi sectio caesarea

| Kategori | F | % |
|----------------------|----|----|
| Usia | | |
| 17 - 25 Tahun | 11 | 41 |
| 26 - 35 Tahun | 12 | 44 |
| 36 - 45 Tahun | 4 | 15 |
| Pendidikan | | |
| SD | 1 | 4 |
| SMP | 5 | 19 |
| SMA | 17 | 62 |
| DIII | 1 | 4 |
| S1 | 2 | 7 |
| S2 | 1 | 4 |
| Pekerjaan | | |
| Swasta | 7 | 26 |
| PNS | 3 | 11 |
| IRT | 17 | 63 |
| Pengalaman SC | | |
| Ya | 14 | 52 |
| Tidak | 13 | 48 |

Berdasarkan tabel diatas, dapat dijelaskan bahwa hampir setengahnya klien post operasi sectio caesarea (44%) berusia 26-35 tahun. Lebih dari setengahnya (62%) klien post operasi sectio caesarea memiliki tingkat pendidikan SMA. Lebih dari setengahnya klien post operasi sectio caesarea (63%) bekerja sebagai ibu rumah tangga dan lebih dari setengahnya klien post operasi sectio caesarea (52%) memiliki pengalaman sectio caesaria sebelumnya.

Tabel 2. Skala nyeri Ibu Nifas Post operasi Sectio Caesarea Sebelum diberikan foot massage

| Skala Nyeri | F | % |
|-------------|----|-----|
| 1 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 0 |
| 3 | 0 | 0 |
| 4 | 3 | 11 |
| 5 | 10 | 37 |
| 6 | 14 | 52 |
| 7 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 0 |
| 9 | 0 | 0 |
| 10 | 0 | 0 |
| Jumlah | 27 | 100 |

Berdasarkan Tabel 2 didapatkan bahwa skala nyeri sebelum dilakukan foot massage lebih dari setengahnya (52%) berada pada skala nyeri 6, dimana skala ini termasuk ke dalam nyeri sedang.

Tabel 3. Skala nyeri Ibu Nifas Post operasi Sectio Caesarea Sesudah diberikan foot massage

| Skala Nyeri | f | % |
|-------------|----|-----|
| 0 | 1 | 4 |
| 1 | 0 | 0 |
| 2 | 6 | 22 |
| 3 | 10 | 37 |
| 4 | 6 | 22 |
| 5 | 4 | 15 |
| 6 | 0 | 0 |
| 7 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 0 |
| 9 | 0 | 0 |
| 10 | 0 | 0 |
| Jumlah | 27 | 100 |

Berdasarkan tabel 3 didapatkan bahwa skala nyeri klien post operasi sectio caesaria sesudah dilakukan foot massage hampir setengahnya (37%) pada skala 3, dimana skala ini termasuk ke dalam nyeri ringan.

Tabel 4. Pengaruh foot massage terhadap skala nyeri pada Ibu Nifas Post operasi sectio caesarea

| Pengukuran | Median | SD | Min-Maks | p-value | Z |
|------------|--------|-------|----------|---------|--------|
| Pre test | 6 | 0.694 | 4-6 | 0.000 | -4.597 |
| Post test | 3 | 1.178 | 0-5 | | |

Berdasarkan tabel 4 didapatkan hasil penelitian tentang pengaruh foot massage terhadap skala nyeri dengan responden 27 ibu post operasi sectio caesarea yang diberikan selama 20 menit selama 2 hari didapatkan nilai p-value 0.000 (nilai p < nilai

alpha 0.05). Hal ini menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna pemberian foot massage terhadap nyeri pada klien post operasi sectio caesarea.

PEMBAHASAN

Berdasarkan Tabel 2 didapatkan bahwa sebelum dilakukan intervensi skala nyeri yang dirasakan oleh responden berada pada nyeri sedang dimana 3 orang responden berada pada skala nyeri 4, 10 orang berada pada skala nyeri 5 dan 14 orang berada pada skala nyeri 6. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skala nyeri yang dirasakan oleh klien post operasi sectio caesarea hari kedua berada direntang 4 - 6 yang tergolong kedalam nyeri sedang. Nyeri sedang ini rasa nyeri yang mengganggu, tidak nyaman, merepotkan, dapat melakukan sebagian aktivitas dengan waktu istirahat (Aziato, Dedey, Marfo, Asmani, & Clampsey, 2015).

Tiap individu mempunyai tingkat nyeri yang berbeda-beda dikarenakan nyeri merupakan sesuatu hal yang bersifat subjektif (Potter & Perry, 2010). Respon individu terhadap nyeri yang dirasakan pun berbeda-beda sehingga perlu dilakukan eksplorasi untuk menentukan nilai nyeri tersebut. Perbedaan skala nyeri yang dipersepsikan oleh seseorang disebabkan oleh kemampuan sikap individu dalam merespon dan mempersepsikan nyeri yang dialami. Kemampuan mempersepsikan nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor dan berbeda diantara individu. Faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri adalah faktor fisiologis yang terdiri dari faktor usia, kelelahan, faktor genetik, fungsi neurologis dan faktor sosial yang terdiri dari faktor perhatian, pengalaman sebelumnya, dukungan keluarga dan faktor psikologis yang terdiri dari faktor kecemasan, dan pola koping, serta faktor budaya (Potter & Perry, 2010).

Persepsi yang berbeda-beda dikarenakan adanya perbedaan usia, dan pengalaman sectio caesarea sebelumnya, banyaknya yang mengalami nyeri sectio caesarea dengan skala tinggi dikarenakan usia ibu banyak dengan usia 26-35 tahun, pada usia tersebut maka termasuk dewasa awal sehingga lebih mempersepsikan dalam rasa nyeri dan dengan adanya pengalaman sectio caesarea, hal ini dikarenakan masih traumanya ibu pada bekas luka sectio caesarea sehingga ibu mengalami nyeri lebih terasa dibandingkan sectio caesarea sebelumnya.

Sesudah dilakukan intervensi pada Tabel 3 didapatkan data bahwa skala nyeri yang dirasakan oleh responden berada pada rentang tidak nyeri sampai nyeri sedang, dimana 1 orang responden berada pada skala nyeri 0, 6 orang berada pada skala nyeri 2, 10 orang berada pada skala nyeri 3, 6 orang pada skala nyeri 4, dan 4 orang pada skala nyeri 5. Penurunan skala nyeri pada klien setelah diberikan Pijat kaki sebagian besar mengalami penurunan skala nyeri 2.

Otot yang terkena ketika dilakukan pemijatan pada saat foot

massage adalah semua otot yang berada di sekitar tungkai bawah dan telapak kaki musculus tersebut adalah m. tibialis anterior, m. tibialis posterior, m. gastrocnemius, m. soleus, m. ekstensor digitorum longus, m. peronousbrevis, m. perinous longus. Foot massage melibatkan empat teknik pijatan yaitu effleurage, petrissage, tapotement dan vibration. Semua teknik ini mampu menstimulasi nervus (A-Beta) di kaki dan lapisan kulit yang berisi tactile dan reseptor. Kemudian reseptor mengirimkan impuls nervus ke pusat nervus sistem. Sistem gate control diaktivasi melalui inhibitor interneuron dimana rangsangan interneuron di hambat. Hasilnya fungsi inhibis dari T-cell menutup gerbang. Pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus sistem pusat. Oleh karena itu, otak tidak menerima pesan nyeri sehingga nyeri tidak diinterpretasikan (Chanif, 2013).

Pemberian Pijat kaki mempengaruhi penurunan skala nyeri pada klien post operasi sectio caesarea di RS AMC. Penurunan skala nyeri ini menurut beberapa penelitian dapat disebabkan karena massage dapat menyebabkan pelepasan neurotransmitter tertentu seperti serotonin dan dopamin yang dapat membuat pasien relaksasi sehingga nyeri berkurang (Afianti & mardhiyah, 2017).

Pijat kaki memiliki beberapa gerakan yaitu effleurage, prestissage, tapotement, friction dan vibration. Gerakan-gerakan ini merangsang serabut saraf (A-beta fibers) pada kaki dan lapisan dermatom yang mengandung reseptor taktil dan tekanan permukaan kaki juga merupakan area yang paling banyak dipersyarafi dengan 7000 ujung saraf. Reseptor kemudian mengirimkan impuls saraf ke sistem saraf pusat. Gate control system diaktifkan melalui penghambatan interneuron rangsang sehingga mengakibatkan penghambatan fungsi T-cell yang akan menutup gerbang. Sehingga pesan nyeri tidak ditransmisikan ke sistem saraf pusat, karena itu otak tidak menerima pesan nyeri.

Pijat kaki selain dapat menghambat pesan nyeri ke sistem saraf pusat juga dapat membuat tubuh bereaksi dengan mengeluarkan endorfin karena pemijatan. Endorfin adalah zat yang diproduksi secara alamiah oleh tubuh, bekerja, serta memiliki efek seperti morfin. Endorfin bersifat menenangkan, memberi efek nyaman, dan sangat berperan dalam regenerasi sel-sel guna memperbaiki bagian tubuh yang sudah usang atau rusak.

Pijat kaki yang dilakukan selama 20 menit 1-2 kali dapat menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shehata, Elhy dan Elsalam (2016) pada pasien post operasi bedah abdomen yang menyatakan bahwa bila setelah dilakukan pijat kaki tetapi skala nyeri masih diatas 3 maka dilakukan pijat kaki yang kedua oleh peneliti sedangkan Hariyanto, Hadisaputro dan Supriyadi (2013) yang menyatakan bahwa foot hand massage yang diberikan 4 kali selama 20 menit dalam 2 hari dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien dengan Infark Miokard.

Pada penelitian ini dilakukan Pijat kaki untuk mengurangi nyeri pada post operasi sectio caesarea dimana nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan lainnya. Nyeri muncul karena adanya kiriman impuls yang memasuki medulla spinalis dan berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor sehingga akan ditransmisi mencapai ke korteks cerebri untuk diinterpretasikan menjadi sensasi nyeri (Potter & Perry, 2010).

Pasien post operasi sectio caesarea yang dilakukan Pijat kaki mengalami penurunan skala nyeri tetapi tidak menghilangkan nyeri tersebut karena luka dari operasi sectio caesarea tersebut merupakan luka yang dibuat mulai dari lapisan perut sampai ke lapisan uterus yang penyembuhannya bertahap sehingga masih merasakan nyeri. Reaksi lokal adanya nyeri itu juga mengaktifkan saraf-saraf simpati berupa keluarnya keringat yang berlebihan, respon metabolisme yang meningkat, peningkatan kardiovaskuler. Nyeri akan menimbulkan perasaan sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan. Nyeri yang dirasakan ibu post operasi sectio caesarea dapat dikendalikan dengan metode penatalaksanaan nyeri seperti yang dilakukan oleh peneliti pada penelitiannya saat ini.

Pijat kaki merupakan terapi tambahan pada pasien yang telah menjalani operasi untuk meminimalkan tingkat rasa nyeri post operasi. Pijat kaki menjadi salah satu metode non farmakologis dan non invasive, tanpa biaya dan tidak memerlukan peralatan yang berlebihan. Pijat kaki membantu pasien dalam mengatasi nyeri dan cemas serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Abbaspoor (2011) di RS. Mustafa Khomeini Iran terhadap 80 ibu post operasi caesarea elektif didapatkan hasil terdapat perbedaan penurunan intensitas nyeri yang signifikan.

Berdasarkan pembahasan mengenai hasil penelitian dari peneliti dan peneliti sebelumnya, tentu saja diperlukan adanya solusi dari permasalahan yang berkaitan dengan skala nyeri pada ibu post operasi sectio caesarea. Oleh karena itu, untuk mengatasi masalah ini tentu saja diperlukan adanya peningkatan dari penggabungan metode farmakologi dan non farmakologis secara efektif dan menyeluruh. Metode non farmakologis berupa Pijat kaki diharapkan dapat menjadi komplementer bagi ibu post operasi sectio caesarea untuk dapat mengontrol nyeri yang dirasakan secara tiba-tiba sehingga nantinya aktivitas ibu post operasi sectio caesarea tidak terganggu serta dapat melewati fase letting go atau kemandirian.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian dapat diambil simpulan bahwa Pijat kaki dapat menurunkan tingkat nyeri pada ibu nifas dengan sectio caesarea. Pijat kaki merupakan terapi non komplementer yang

dapat dikembangkan sebagai asuhan penanganan nyeri pada ibu post partum post SC.

Konflik kepentingan

Tidak terdapat konflik kepentingan dalam artikel ini

Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kepada Direktur RS AMC beserta jajarannya yang telah memberikan ijin kepada penyusun untuk melakukan penelitian, Ketua LPPM STIKes Bhakti Kencana Bandung yang telah memberikan support dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik (BPS). 2014. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Jakarta
- WHO. Maternal Mortality. 2015 . World Health Organization
- Pallasama, N. 2014. Cesarean section Short Term Maternal Complications Related to The Mode of Delivery . Universitas of Turki
- Matasarin Jacobs. 2011. Medical Surgical Nursing : Clinical management for continuity of care. (Edisi V). Philadelphia: Wb Saunders Company.
- Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. 2017. KARS versi 2012. Jakarta.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 2010. Fundamental of Nursing. Singapore.
- Trisnowiyanto B. 2012. Keterampilan Dasar Massage. Yogyakarta. Nuha Medika.
- Nurrochmi, E., Nurasih, & Romadon, A. R. 2014. Pengaruh Kombinasi Metode Zilgri dan Endorphine Massage Pada Ibu Inpartu Primigravida Terhadap Lamanya Kala I Fase Aktif di RSUD Indramayu Periode April-Mei 2013.23-31.
- Nursalam. 2013. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 2010. Fundamental of Nursing. Singapore
- Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. 2018. Data Pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan RS AMC.
- Chanif, Petpichetchian, W., & Changchareon, W. 2013. Does Foot Massage Relieve Acute Post Operative Pain? A Literature Review. Nurse Media Journal Of Nursing , 483-497.
- Aziato, L., Dede, F., Marfo, K., Asmani, J. A., & Clampton, J. N. 2015. Validation of three pain scales among adult postoperative patients in Ghana. Aziato et al BMC Nursing.
- Hariyanto, A., Hadisaputro, S., & Supriyadi. 2013. Efektivitas Foot Hand Massage Terhadap Respon Fisiologis dan Intensitas Nyeri Pada Pasien Infark Miokard Akut : Studi Di Ruang ICCU RSUD DR. Iskak

- Tulungagung. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK).
- McGuire. Pain. In S. L. Groen, M. H. Fragge, M. Goodman, and C. H. Yarbrow (Edt.). 2016. Cancer nursing: Principles and practice (3rd Ed.). Boston, NA: Jones and Bartlett Publisher.
- Irani, M., Kordi, M., Tara, F., Bahrami, H. R., & Nejad, K. S. 2015. The Effect Hand And Foot Massage On Post Cesarean Pain And Anxiety. Journal Of Midwifery And Reproductive Health , 465-471.
- Yudiyanta, Novita. 2015. Assessment Nyeri. Patient Comfort Assessment Guide

DIII Keperawatan Wiken Permatasari salinan[3].docx

by Poltekkes Bengkuluofficial

Submission date: 28-Jun-2024 02:45AM (UTC+0200)

Submission ID: 2409617031

File name: DIII_Keperawatan_Wiken_Permatasari_salinan_1_.docx (21.14K)

Word count: 1347

Character count: 8455

4.2 Pembahasan

Foot Massage adalah suatu pemijatan ringan yang bisa membuat keadaan tubuh menjadi lebih rileks dan menimbulkan ⁴perasaan nyaman dengan melalui permukaan kulit, dapat mengurangi rasa sakit, dikarenakan pemijatan ini dapat melepaskan senyawa endorfin. Pada bagian kompres hangat pada area kaki juga dapat memicu melebarkan pembuluh darah, dapat menuruni otot yang tegang sehingga berkurang nyeri atau kekakuan otot meningkat. (Kuswandi, 2011 dalam Nurrochmi, 2014)

Sesudah diberikan perawatan pada Ny.L dengan indikasi Plasenta Previa. Maka dilakukan Asuhan Keperawatan pada ibu Post SC melalui proses pengakjian, analisa data, diagnosa, , intervensi , implementasi keperawatan khusus dengan cara teknik foot massage dan kompres hangat , evaluasi dilaksanakan tanggal 20 Mei 2024 – 22 Mei 2024, sehingga didapatkan kesimpulan dan pemecahan masalah. Lalu penulisan membandingkan antara teori dan praktik ¹³pada Ny.L dengan ¹post Sectio Caesarea indikasi Plasenta Previa diruang Teratai RSUD sebagai berikut:

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada kasus Ny.L dengan Post *Sectio Caesarea* Indikasi Plasenta previa dilakukan pengkajian pada selasa 20 Mei 2024 pukul 15.10 WIB dengan metode wawancara dan observasi, setelah dilakukan pengkajian didapatkan beberapa data pada klien.

Klien mengatakan bahwa kehamilannya suatu yang diharapkan, Klien rutin memeriksakan kandungannya ke dokter spesialis kandungan, klien memiliki riwayat dirawat di RS sebelumnya saat kehamilan berusia 6 bulan dengan indikasi Gerak Janin Berkurang dan Perdarahan Klien juga kerap mengalami perdarahan berulang pada saat usia kehamilan 6-9 bulan. Namun Tuhan berkehendak lain bayi klien tidak dapat diselamatkan klien merasa sangat sedih dan terpukul.

Menurut teori Zawn, V 2018, Nyeri akut pada post sectio caesarea akan dirasakan klien setelah efek dari anestesi mulai habis klien akan merasakan nyeri pada bagian luka post operasi pembedahan. Rasa sakit pada area luka operasi tentu akan mengganggu dan membuat klien tidak nyaman.

Pada jam 14:00 klien dijemput dari ruang operasi Post *sectio caesarea*, Klien mengatakan nyeri pada area luka operasi letaknya pada abdomen bawah luka tertutup obsite skala nyeri sedang yaitu 6, Klien tampak meringis takut untuk menggerakkan tubuh dan sangat berhati-hati melakukan pergerakan TD : 110/80 mmHg, N : 83x/menit, RR : 22x/menit, T : 37 °C.

Menurut PPNI, 2016 Ketidaknyamanan pasca partum diakibatkan karena trauma perineum yang terjadi selama persalinan dan saat melahirkan, pembengkakan pada bagian payudara dimana alveoli sudah mulai terisi ASI (PPNI, 2016).

Pada hari ke 2 post operasi SC klien mengeluh nyeri pada bagian payudara skala nyeri 5, Klien juga mengatakan payudara nya bengkak, Tampak adanya pengeluaran ASI.

Hasil penelitian Reny dan Ardeny (2016) Mobilisasi dini post Sectio caesarea biasanya disebabkan oleh nyeri yang dirasakan sehingga klien takut untuk menggerakkan tubuhnya.

Pada saat dilakukan pengkajian Klien mengatakan takut untuk bergerak , aktivitas sebagian klien lakukan secara mandiri dan sebagian dibantu keluarga.

Menurut Babu j, dkk 2019, Duka adalah respons emosional terhadap kehilangan, yang didefinisikan sebagai perasaan dan respons individual dan personal yang dilakukan seseorang terhadap kehilangan yang nyata, dirasakan, atau diantisipasi. Perasaan ini mungkin termasuk kemarahan, frustrasi, kesepian, kesedihan, rasa bersalah, penyesalan, dan kedamaian. Duka berdampak pada penyintas secara fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Proses berduka tidak teratur dan tidak dapat diprediksi. Fluktuasi emosi adalah hal yang normal dan diharapkan.

Pada saat dilakukan pengkajian dan peneliti bertanya bagaimana perasaan klien , Klien mengatakan merasa sangat kehilangan karna ini adalah anak pertamanya padahal klien dan suami sudah mempersiapkan sebaik mungkin untuk menyambut kedatangan anaknya, Klien tampak menangis dan tampak melamun

Menurut teori PPNI 2017, Resiko infeksi bisa membuat klien mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko,

biasanya yang terjadi terdapat gangguan pada integritas kulit, klien merasa tidak enak badan, plasenta previa, prosedur infasif.

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.L Klien mengatakan takut untuk bergerak dan takut luka oprasi nya terbuka Tampak terpasang balut pada bekas jaitan, Klien masih dalam keadaan menggigil terdapat luka oprasi sepanjang 10cm pada bagian abdomen bawah , vertikal, tertutup obsite, tampak kering, klien dipasang kateter terdapat urine 150 cc berwarna kuning pekat, pergerakan klien terbatas dikarenakan adanya program perbatasan gerak. Diberikan obat terapi Ny.L yaitu injeksi ceftriaxone, tramadol, kalnex, Vit K, Pronages supp. Setelah 6 jam Post *sectio caesarea* didapatkan data P: luka operasi, Q: seperti disayat-sayat, R: area luka operasi, S: 6, T: hilang timbul, pengeluaran lochea berwarna merah.

⁵ 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Beberapa diagnosa teori yang sering muncul pada pasien post *sectio caesarea* sebagai berikut (SDKI , 2017)

Post *sectio caesarea* indikasi Plasenta previa ³diagnosa yang mungkin muncul yaitu 1).Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik 2).Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, keengganan melakukan pergerakan 3).Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara nyeri dan bengkak ¹²4).Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan ⁶5). Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive 6).Gangguan pola tidur berhubungan dengan, kurang kontrol tidur ⁸7).Gangguan eliminasi urine

berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik,anastesi

8).Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan mayor, pembatasan peroral

Hasil dari analisa data pengkajian diagnosa keperawatan yang didapatkan hanya sebagian yang sesuai dengan teori sebagian masalah ditemukan pada saat pengkajian saja. Post *sectio caesarea* 5 diagnosa keperawatan 1). Nyeri ² berhubungan dengan agen pencedera fisik 2). Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan pembengkakan payudara dimana ASI tidak tersalurkan 3). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak, 4). Berduka berhubungan dengan kematian keluarga atau orang yang berarti 5). ¹ Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

4.2.3 Rencana tindakan keperawatan

Menurut PPNI 2018, intervensi yang akan dilakukan mengacu kepada 8 tugas yaitu :

1. Manajemen nyeri
2. Dukungan mobilisasi
3. Edukasi menyusui
4. Dukungan perawatan diri
5. Pencegahan infeksi
6. Dukungan tidur
- 7.Manajemen eliminasi urine
- 8.Pemantauan cairan

Pada masalah yang ditemukan pada Ny.L penulis menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan SDKI yaitu:

1. Manajemen nyeri
2. Manajemen nyeri
3. Dukungan mobilisasi
4. Dukungan proses berduka
5. Pencegahan infeksi

4.2.4 Implementasi keperawatan

Foot Massage adalah suatu pemijatan ringan yang bisa membuat keadaan tubuh menjadi lebih rileks dan menimbulkan ⁴perasaan nyaman dengan melalui permukaan kulit, mengurangi rasa sakit, dikarenakan pemijatan ini dapat melepaskan senyawa endorfin. Pada bagian kompres hangat pada area kaki juga dapat memicu melebarkan pembuluh darah dan melancarkan sirkulasi darah ke bagian yang terdapat nyeri, dapat menuruni otot yang tegang sehingga berkurang nyeri atau kekakuan otot meningkat. (Kuswandi, 2011 dalam Nurrochmi, 2014).

Implementasi utama yang bertujuan menurunkan ¹⁰nyeri pada pasien *Post Sectio Caesarea* dengan tindakan *foot massage* dan kompres hangat yang dilakukan penulis dengan cara mandiri, keluarga juga bisa membantu klien melakukan mandiri ketika dirumah saat nyeri mulai timbul. Melakuakn *foot massage* dan kompres hangat dengan waktu 15-20 menit dalam sehari, dilakukan selama 2 hari, hari post operasi SC .

Menurut Nursalam 2018, mengebat payudara dapat mengurangi rasa sakit saat ASI tidak dapat tersalurkan. Lalu pada implementasi ketidaknyamanan pasca partum klien menguluh payudara nyeri dan bengkak penulis membantu klien untuk mengebat payudara dengan kain panjang.

Menurut studi pustaka mobilisasi dini bertujuan untuk membantu klien agar cepat bisa beraktivitas secara mandiri seperti biasanya. Mengajarkan klien untuk miring kiri kanan dan mobilisasi dini didampingi oleh perawat ruangan dan keluarga.

Menurut Jin, et al (2017) kehilangan adalah proses yang paling menyakitkan dan harus diberi semangat dan dukungan penuh pada seseorang yang telah ditinggalkan. Implementasi berduka membantu mensupport klien karena baru saja kehilangan anaknya.

Implementasi keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan Plasenta previa, salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan kolaborasi pada petugas laboratorium, melihat kondisi luka operasi dibagian abdomen bawah tertutup obsite.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan luka operasi hasilnya klien mengatakan nyeri sudah jauh berkurang dari skala nyeri 6 turun menjadi skala nyeri 2 pada hari ke 3 post operasi SC.

Pada diagnosa Ketidaknyamanan pasca partum klien mengatakan sudah jauh lebih nyaman saat payudara dikebat.

Pada ¹ Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri klien mengatakan sudah berani menggerakkan tubuhnya dan sudah bisa berjalan perlahan klien juga sudah bisa duduk di sisi tempat tidur

Pada diagnosa berduka setelah ditanyakan kembali bagaimana perasaan klien di hari ke 3 klien sudah bisa menjawab dengan baik untuk mengikhhlaskan kepergian anaknya klien juga tampak lebih bersemangat dari hari sebelumnya.

Diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive klien mengatakan luka sudah mulai kering saat klien melihat perawat membuka perban pada lukanya, klien mengatakan tidak merasa gatal dan panas di area luka oprasi.

Klien sudah banyak perkembangan pada hari ke 3 post SC lalu dokter mengajurkan klien untuk dirawat jalan dan klien pulang pada hari Kamis, 22 Mei 2024 pukul 16.00 WIB.

DIII Keperawatan Wiken Permatasari salinan[3].docx

ORIGINALITY REPORT

13%

SIMILARITY INDEX

11%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

| | | |
|---|---|----|
| 1 | repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source | 2% |
| 2 | Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper | 1% |
| 3 | Umu Hani, Susilo Rudatin, Swasti Jamalina, Ikit Netra. "Implementasi Pemberian Aromaterapi Lavender untuk Mengurangi Nyeri Post Sectio Caesarea di Ruang Haji RSI Banjarnegara: Case Study", Journal of Bionursing, 2022 Publication | 1% |
| 4 | jurnal.htp.ac.id Internet Source | 1% |
| 5 | Submitted to Universitas Jember Student Paper | 1% |
| 6 | repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source | 1% |
| 7 | perawat-cerdas.blogspot.com Internet Source | 1% |

| | | |
|----|--|------|
| 8 | repository.stikeshangtuahsby-library.ac.id Internet Source | 1 % |
| 9 | stikesmuh-pringsewu.ac.id Internet Source | 1 % |
| 10 | Lilieek Pratiwi, Alfiany Dzakiah Rz, Fetty Fatimatuz Zahra, Johar Maknun, Novi Ramahwati, Sanni Yuniandani. "ASUHAN KEPERAWATAN PENURUNAN NYERI PADA IBU POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN PENERAPAN FOOT MASSAGE DI RUMAH SAKIT MITRA PLUMBON TAHUN 2021", Journal of Public Health Science Research, 2023 Publication | 1 % |
| 11 | ppnikesdambbrw.wordpress.com Internet Source | 1 % |
| 12 | asuhan-kebidanan-keperawatan.blogspot.com Internet Source | <1 % |
| 13 | repo.stikesperintis.ac.id Internet Source | <1 % |
| 14 | triliamulyasari.wordpress.com Internet Source | <1 % |

DIII Keperawatan Wiken Permatasari salinan[3].docx

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8
