

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN TERAPI RILEKSASI PADA PASIEN
POST SC DENGAN GANGGUAN RASA NYAMAN
DI RUANGAN MUZDALIFAH RSHD
KOTA BENGKULU**



Disusun Oleh :

**DINDA DWI PUSTIKA
NIM P01720425019**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
TA 2025/2026**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN TERAPI RILEKSASI PADA PASIEN
POST SC DENGAN GANGGUAN RASA NYAMAN
DI RUANGAN MUZDALIFAH RSHD
KOTA BENGKULU**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners (Ns) Pada
Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan



Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

**DINDA DWI PUSTIKA
NIM P01720425019**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
TA 2025/2026**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dinda Dwi Pustika

NIM : P01720425019

Judul Proposal Penelitian : Asuhan Keperawatan Terapi Relaksasi Pada
Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman
Di Ruang Muzdalifah Rumah Sakit Harapan &
Doa Kota Bengkulu Tahun 2026

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini merupakan karya saya sendiri (ASLI), dan isi dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademis di suatu Institusi Pendidikan, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis dan/atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam Karya Ilmiah Akhir ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, April 2026

Yang menyatakan

Dinda Dwi Pustika
NIM P01720425019

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN TERAPI RILEKSASI PADA PASIEN POST SC
DENGAN GANGGUAN RASA NYAMAN DI RUANG MUZDALIFAH
RUMAH SAKIT HARAAHAN DAN DOA KOTA BENGKULU
TAHUN 2026**

Dipersiapkan oleh:

DINDA DWI PUSTIKA

NIM P01720425019

Telah diperiksa dan disetujui untuk dipublishkan pada tanggal 22 Juli 2026

Pembimbing



Ns. Kheli Fitria Annuril, S.Kep., M.Kep.Sp.Kep.,Mat
NIP. 198307132010012008

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN TERAPI RILEKSASI PADA PASIEN POST SC
DENGAN GANGGUAN RASA NYAMAN DI RUANG MUZDALIFAH
RUMAH SAKIT HARAAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU
TAHUN 2026**

Dipersiapkan oleh:

**DINDA DWI PUSTIKA
P01720425019**

Telah dinilai pada tanggal 22 Juli 2026

LULUS

Pembimbing



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

Mengetahui
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu



**Ns. Hermansyah, S.Kep.,M.Kep
NIP. 197507161997031002**

BIODATA PENULIS



Nama : Dinda Dwi Pustika
Tempat, Tanggal Lahir : Bengkulu, 16 Januari 2000
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Anak Ke : 2 (Kedua)
Alamat : Jl. Danau Ds Besar Simp. Kompi Kota Bengkulu
Riwayat Pendidikan :
1. SD N 73 Kota Bengkulu
2. SMP N 21 Kota Bengkulu
3. SMK N 03 Kota Bengkulu
4. S1 Ilmu Keperawatan Stikes TMS
Email : dindadwip0100@gmail.com

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Terapi Rileksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruangan Muzdalifah RSHD Kota Bengkulu”.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak, proposal ini tidak dapat diselesaikan. Penulis banyak mendapatkan bantuan baik berupa informasi, data atau pun dalam bentuk lainnya. Untuk itu, ucapan banyak kasih hanturkan kepada :

1. Ibu Linda, SST., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Erni Buston, SST., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Ns. Hermansyah, S.Kep., M.Kep, selaku ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Ns. Kheli Fitria Annuril, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.Mat, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran pada penulis dalam menyusun karya ilmiah akhir ners ini.
5. Seluruh Tenaga Pendidik dan Kependidikan Jurusan Keperawatan, yang telah sabar mendidik dan membimbingku selama satu tahun ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Bengkulu, Juli 2026

Dinda Dwi Pustika

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
HALAMAN JUDUL KARYA ILMIAH AKHIR.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
BIODATA PENULIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	
A.Latar Belakang	1
B.Rumusan Masalah.....	5
C.Tujuan Penelitian.....	5
D.Manfaat Penelitian.....	6
E.Target Luaran	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A.\Anatomi Fisiologi.....	7
B.Konsep Dasar Sectio Caesarea (SC).....	10
C.Konsep Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman	23
D.Konsep Nyeri Post SC	25
E.Konsep Pengukuran Skala Nyeri	31
F.Penelitian Terkait Intervensi Keperawatan.....	32
G.Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post SC.....	33
BAB III METODE PENELITIAN	
A.Desain Studi Kasus.....	56
B.Subjek Studi Kasus	56
C.Fokus Studi Kasus	57
D.Definisi Operasional	57

E.Tempat dan Waktu	58
F.Metode Pengumpulan Data.....	58
G.Penyajian Data.....	59
H.Etika Studi Kasus	59

BAB IV HASIL STUDI KASUS

Pengkajian Keperawatan	61
Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan	68
Intervensi Keperawatan.....	70
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	75

BAB V PEMBAHASAN

A. Gambaran Pengkajian Pada Pasien Post <i>Sectio Caesarea</i>	93
B. Gambaran Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Post <i>Sectio Caesarea</i>	94
C. Gambaran Intervensi Keperawatan Terapi Rileksasi	95
D. Gambaran Implementasi Keperawatan.....	97
E. Gambaran Evaluasi Keperawatan	100
F. Keterbatasan Penelitian	101

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	103
B. Saran.....	104

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi	7
Gambar 2.2 Konsep SC	10
Gambar 2.3 <i>Numeric Rating Scale</i>	32



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC (<i>web of caution</i>) SC	20
---	----



DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Penelitian Terkait.....	40
Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan	53
Tabel 2. 3 Penelitian Terkait.....	62
Tabel 4. 1 Pengkajian Keperawatan.....	62
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	62
Tabel 4.3 Riwayat Pola Kebiasaan	64
Tabel 4.4. Pemeriksaan Fisik.....	64
Tabel 4.5 Pemeriksaan Laboratorium.....	67
Tabel 4.6 Penatalaksanaan Kolaborasi.....	67
Tabel 4.7 Analisa Data.....	68
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan.....	69
Tabel 4.9. Intervensi Keperawatan.....	70

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan adalah suatu kondisi fisiologis pada wanita yang dimulai sejak terjadinya pembuahan (fertilisasi) antara sel sperma dan ovum, dilanjutkan dengan implantasi hasil konsepsi di dalam uterus, serta berlangsung hingga proses persalinan. Selama masa kehamilan, tubuh ibu mengalami perubahan anatomis, fisiologis, dan hormonal yang bertujuan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan embrio hingga menjadi janin serta mempersiapkan ibu menghadapi persalinan dan masa nifas. Meskipun kehamilan merupakan proses fisiologis yang umumnya berlangsung normal, pada kondisi tertentu dapat terjadi komplikasi yang mengharuskan dilakukannya tindakan persalinan operatif yaitu SC (Prawihardjo, 2022).

Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur pembedahan operatif yang dilakukan untuk membantu proses persalinan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan dinding rahim ibu, sehingga janin, plasenta, dan selaput ketuban dapat dikeluarkan dengan aman ketika persalinan melalui jalan lahir (vaginal) tidak memungkinkan atau berisiko tinggi bagi ibu dan/atau bayi. Tindakan ini biasanya dilakukan atas indikasi medis tertentu yang meliputi komplikasi kehamilan, malpresentasi janin, distosia atau hambatan pada persalinan normal, serta kondisi-kondisi lain yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin (Arda & Hartanty, 2024).

Salah satu dampak SC yaitu nyeri pasca SC, yang diakibatkan oleh adanya tindakan insisi atau robekan pada jaringan di dinding perut depan. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial tanpa melihat sifat, pola atau penyebab nyeri. Lokasi nyeri yang dirasakan pasca SC adalah pada

bagian punggung dan tengkuk. Nyeri terjadi karena pengaruh dari efek penggunaan anastesi epidural saat proses operasi. Rasa nyeri yang dirasakan pada pasien post SC akan menimbulkan gangguan rasa nyaman (Febiantri & Machmudah, 2023).

Menurut *World Health Organization* pada tahun 2023 menetapkan sekitar 10-15% per 1000 kelahiran dengan SC di dunia. Angka SC sudah melebihi dari standar operasi caesar yaitu 21% dari seluruh persalinan. Angka ini akan terus meningkat selama dekade mendatang, dengan estimasi pada tahun 2030 hampir sepertiga atau 29% dari semua kelahiran akan melalui SC. Penyebab tingginya penggunaan SC sangat bervariasi. Faktor-faktor yang mendorongnya mencakup kebijakan serta pendanaan di sektor kesehatan, norma-norma budaya, persepsi dan praktik masyarakat, angka kelahiran prematur, serta mutu pelayanan kesehatan (WHO, 2023).

Prevalensi operasi caesar di Indonesia juga meningkat tajam dari sebelumnya. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2023, prevalensi operasi caesar di Indonesia sudah melebihi standar operasi caesar secara global yaitu sebesar 25,9%, dengan prevalensi tertinggi pertama di Provinsi Banda Aceh dengan jumlah 78,2%, yang kedua di Provinsi Riau yaitu sebanyak 76,96%, dan prevalensi persalinan SC di Provinsi Bengkulu pada tahun 2023 sebanyak 23,5%.

Selain itu, berdasarkan profil Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2025 tercatat angka persalinan *sectio caesarea* (SC) cukup tinggi, yaitu mencapai 64%, sementara 36% lainnya merupakan persalinan normal. Tingginya angka SC ini menempatkan Provinsi Bengkulu di atas rata-rata Nasional Indonesia yang tercatat sekitar 17,6%. Walaupun SC menjadi salah satu metode persalinan yang sering dipilih ibu tetapi banyak yang harus diwaspadai pada saat setelah operasi SC seperti infeksi, pendarahan,

hipotermia, pemulihan yang lama, masalah emosional dan psikologi (Dinkes Provinsi Bengkulu, 2025).

Penatalaksanaan dalam mengatasi masalah post SC dengan gangguan rasa nyaman dapat dilakukan dengan terapi non farmakologis, terapi non farmakologis adalah tindakan keperawatan yang dilakukan tanpa pemberian obat-obatan, dengan tujuan meningkatkan kenyamanan, menurunkan nyeri, dan memperbaiki kondisi psikologis pasien. Terapi ini menitikberatkan pada pendekatan holistik yang melibatkan aspek fisik, emosional, dan lingkungan pasien. Terapi non farmakologis yang bisa digunakan untuk mengatasi masalah post SC dengan gangguan rasa nyaman meliputi beberapa terapi yaitu dengan terapi relaksasi napas dalam, terapi relaksasi otot progresif, terapi guided imagery, terapi musik klasik, terapi aromaterapi (Puspita, 2024).

Terapi relaksasi napas dalam adalah teknik pernapasan yang melibatkan tarikan napas pelan dan dalam, kemudian diikuti dengan hembusan napas yang panjang dan terkontrol. Tujuannya adalah untuk mengaktifkan sistem saraf parasimpatetik, yang dapat menurunkan kecemasan, merangsang pelepasan endorfin tubuh, sekaligus menurunkan intensitas nyeri pada pasien post-operasi dengan nilai ($p = 0,000$) (Kumaat, 2023).

Relaksasi progresif muscle relaksasi (PMR) adalah teknik relaksasi yang dilakukan dengan cara menegangkan lalu melemaskan kelompok otot secara bertahap, biasanya dari kepala sampai kaki. Pendekatan ini membantu pasien *menyadari dan melepaskan ketegangan otot*, yang berkaitan langsung dengan stres, kecemasan, dan nyeri dengan nilai ($p = 0,000$) (Du *et al.*, 2024).

Terapi *guided imagery* adalah suatu teknik relaksasi yang melibatkan penggunaan imajinasi terarah untuk menciptakan gambaran mental yang menenangkan, dengan tujuan untuk mengurangi stres, kecemasan, dan persepsi nyeri serta meningkatkan kenyamanan pasien. Dalam praktiknya, terapis (atau perawat) akan membimbing pasien melalui serangkaian instruksi

verbal untuk membayangkan suasana yang tenang dan menyenangkan misalnya pantai, hutan, atau suasana damai lainnya sehingga pasien merasa lebih santai secara psikis dan fisiologis dengan nilai ($p= 0,000$) (Kartika *et al.*, 2023).

Terapi musik klasik adalah suatu bentuk terapi nonfarmakologis yang menggunakan musik klasik dengan tempo lambat, ritme teratur, dan harmoni lembut sebagai media terapeutik untuk membantu menurunkan nyeri, kecemasan, dan stres, serta meningkatkan rasa nyaman pasien. Musik klasik, seperti karya *Mozart*, *Beethoven*, atau *Bach*, dikenal memiliki struktur musikal yang stabil sehingga dapat memberikan efek relaksasi pada sistem saraf dengan nilai ($p= 0,000$) (Sulastri, 2024).

Terapi aromaterapi adalah suatu bentuk terapi komplementer dan nonfarmakologis yang menggunakan minyak esensial alami dari tanaman (seperti lavender, peppermint, eucalyptus, dan chamomile) yang diberikan melalui inhalasi, pijat, atau difusi udara untuk meningkatkan kesehatan fisik, psikologis, dan emosional seseorang.

Aromaterapi lavender dapat mempengaruhi system limbik di otak yang merupakan sentralnya emosi dan mampu menghasilkan hormone endorphin dan enkefalin yang mempunyai sifat penghilang rasa nyeri dan serotonin yang mempunyai efek menghilangkan rasa cemas dan tegang. Karena aromaterapi lavender mempunyai sifat-sifat antikonvulsan, antidepresan, anxiolytic, dan bersifat menenangkan pada saat persalinan dengan nilai ($p= 0,000$) (azizah, *et al.*, 2024).

Dari uraian latar belakang diatas, sehingga peneliti tertarik melakukan penelitian berjudul “Asuhan Keperawatan Terapi Rileksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruangan Muzdalifah RSHD Kota Bengkulu”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Gambaran Asuhan Keperawatan Terapi Rileksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruang Muzdalifah RSHD Kota Bengkulu Tahun 2026.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan Terapi Relaksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruang Muzdalifah RSHD Kota Bengkulu Tahun 2026.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran pengkajian Gangguan Kebutuhan Nyeri dan Rasa Nyaman Pada Pasien *Post SC* Dengan Gangguan Rasa Nyaman di Ruangan Muzdalifah Rumah Sakit Harapan & Doa Kota Bengkulu.
- b. Diketahui gambaran diagnosis keperawatan Gangguan Kebutuhan Nyeri dan Rasa Nyaman Pada Pasien *Post SC* Dengan Gangguan Rasa Nyaman di Ruangan Muzdalifah Rumah Sakit Harapan & Doa Kota Bengkulu.
- c. Diketahui gambaran intervensi keperawatan status kenyamanan pada pasien post SC di ruangan Muzdalifah Rumah Sakit Harapan & Doa Kota Bengkulu.
- d. Diketahui gambaran implementasi keperawatan status kenyamanan pada pasien post SC di ruangan Muzdalifah Rumah Sakit Harapan & Doa Kota Bengkulu.
- e. Diketahui gambaran evaluasi keperawatan status kenyamanan pada pasien post SC di ruangan Muzdalifah Rumah Sakit Harapan & Doa Kota Bengkulu.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Keilmuan Keperawatan

Dapat menambah referensi bagi keilmuan keperawatan mengenai perawatan pada pasien *post* SC yang mengalami gangguan rasa nyaman di ruangan Muzdalifah RSHD Kota Bengkulu.

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Karya tulis ilmiah akhir ini dapat dijadikan informasi bagi pengembangan ilmu dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya perawatan pasien *post* sc dengan gangguan rasa nyaman.

3. Bagi Instansi Kesehatan

Mendapatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dalam mengatasi masalah keperawatan perawatan gangguan rasa nyaman pada pasien *post* sc dengan menerapkan intervensi yang berbasis bukti (*evidence based practice*).

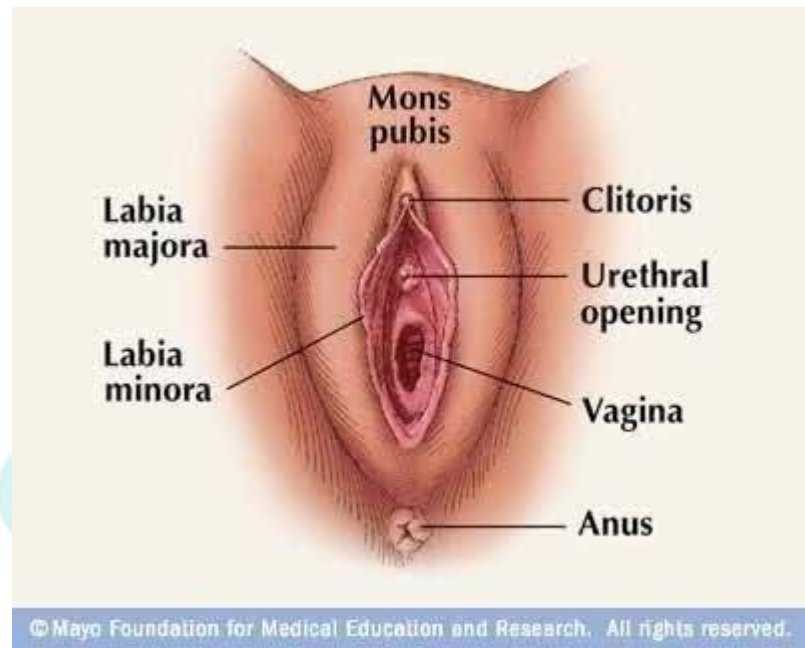
4. **Target Luaran**

Rencana target luaran penerapan asuhan keperawatan dengan gangguan rasa nyaman pada pasien *post* sc adalah monograf ber ISBN.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1
Sumber Sukarni, (2024)

Organ reproduksi wanita terbagi atas organ eksterna dan interna. Organ eksterna berfungsi dalam kopulasi sedangkan organ interna berfungsi dalam ovulasi, sebagai tempat fertilasi sel telur dan perpindahan blastosis dan sebagai tempat implantasi, dapat dikatakan berfungsi untuk pertumbuhan dan kelahiran janin (James, 2023).

1. Organ Eksternal (Vulva)

Menurut Sukarni (2024) organ luar sistem reproduksi yang terlihat dari luar meliputi :

- a. Mons pubis adalah bantalan jaringan lemak yang terletak di bagian atas simfisis pubis (tulang kemaluan). Setelah pubertas, area ini ditumbuhi rambut kemaluan.

Fungsi:

- 1) Melindungi tulang pubis dari benturan
- 2) Menjadi bantalan selama aktivitas seksual
- 3) Berperan dalam karakteristik seksual sekunder wanita

- b. Labia Mayora adalah dua lipatan kulit besar yang terletak di bagian luar vulva dan memanjang dari mons pubis hingga perineum. Permukaannya berambut dan mengandung kelenjar keringat serta kelenjar sebacea.

Fungsi:

- 1). Melindungi struktur genitalia internal
- 2). Menjaga kelembapan dan suhu area genital
- 3). Menjadi pelindung utama terhadap trauma dan infeksi

- c. Labia minora adalah dua lipatan kulit tipis yang berada di dalam labia majora, tidak berambut, dan sangat kaya pembuluh darah serta saraf.

Fungsi:

- 1). Melindungi muara uretra dan vagina
- 2). Berperan dalam lubrikasi
- 3). Sensitif terhadap rangsangan seksual

- d. Klitoris adalah organ erektile kecil yang terletak di pertemuan anterior labia minora. Struktur ini sangat kaya akan ujung saraf sensorik.

Fungsi:

- 1). Organ utama sensasi dan respons seksual wanita

- 2). Mengalami ereksi saat terangsang akibat peningkatan aliran darah
- e. Vestibulum vagina adalah area di antara labia minora yang berisi beberapa struktur penting, yaitu: muara uretra, muara vagina, kelenjar bartholin dan skene

Fungsi:

- 1). Jalur masuk ke saluran reproduksi
- 2). Membantu proses lubrikasi vagina
- 3). Berperan dalam proses persalinan dan hubungan seksual

2. Organ Internal

Organ dalam utama sistem reproduksi wanita menurut (Annisa, 2024) terdiri dari :

a. Ovarium

Struktur seukuran kacang almond di sisi kiri dan kanan uterus.

Fungsi:

- 1) Menghasilkan gamet (oosit) dan hormon seks seperti estrogen dan progesteron.
- 2) Tempat utama terjadinya oogenesis (pembentukan sel telur).

b. Tuba Fallopi (Oviduk)

Dua saluran yang menghubungkan ovarium dengan uterus.

Fungsi:

- 1) Menyalurkan sel telur dari ovarium ke uterus dan tempat terjadinya fertilisasi.

c. Uterus (Rahim)

- 1) Organ berotot tempat implantasi sel telur yang telah dibuahi.
- 2) Terdiri dari tiga lapisan: perimetrium, miometrium, dan endometrium.
- 3) Berperan dalam perkembangan dan perlindungan janin hingga lahir.

d. Serviks & Vagina

- 1) Serviks: bagian bawah uterus yang membuka ke vagina.
- 2) Vagina: saluran otot yang menghubungkan serviks dengan eksterior tubuh; berfungsi sebagai saluran persalinan dan tempat hubungan seksual.

B. Konsep Sectio Caesarea (SC)

1. Definisi



Gambar 2.2

Sumber Sarwono, (2025)

Sectio caesarea (SC) merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu proses persalinan apabila persalinan normal tidak memungkinkan, biasanya disebabkan oleh kondisi kesehatan ibu atau janin. SC merupakan pembedahan untuk mengeluarkan fetus dengan membuka dinding *abdomen* ibu dan dinding *uterus* untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim melalui sayatan pembedahan yang menembus *abdomen* seorang ibu dan *uterus* untuk mengeluarkan *fetus* (Kristensen *et al.*, 2024).

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. Tindakan *sectio caesarea*

umumnya dilakukan atas dasar indikasi medis tertentu, seperti adanya komplikasi pada ibu maupun janin yang dapat membahayakan proses persalinan jika dilakukan secara normal (Myless, 2023).

2. Etiologi

Etiologi SC menurut Safitri, (2024) dapat dibedakan sebagai berikut:

a. Faktor Ibu

Riwayat persalinan SC, panggul sempit, partus tak maju, kelainan ketuban (ketuban pecah dini), penyakit ibu (seperti HIV, hipertensi, diabetes melitus, *preklamsia/eklamsia*), air ketuban keruh, permintaan ibu, kelainan tali pusat, infeksi, dan hamil kembar.

b. Faktor janin

Status janin yang tidak memungkinkan seperti tali pusat abnormal atau detak jantung janin yang tidak normal, *prolaps* tali pusat, gagal lahir pervagina, *malpresentation*, *makrosomia* (BB bayi diatas rata-rata lebih dari 4kg), anomalia kongenital atau kelainan bawaan, trauma kelahiran neonatal sebelumnya.

3. Klasifikasi

Secara umum tindakan *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi 4 jenis menurut Mochtar, (2023) yaitu :

a. *Sectio Transperitonealis Profunda*

Sectio transperitonealis profunda dengan insisi di segemn bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan/kelebihan cara ini antara lain sebagai berikut:

- a. Perdarahan insisi tidak banyak.
- b. Penjahitan luka lebih mudah.
- c. Penutupan luka dengan reperitoneal yang baik.
- d. Bahaya peritonitis tidak besar.
- e. Perut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya rupture uteri tidak besar dikemudian hari.

Kelemahan/kerugian adalah sebagai berikut :

- a. Luka dapat menyebar ke kiri, kanan, bawah yang dapat menyebabkan putusnya arteri uterine.
- b. Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi.

b. *Sectio Caesarea Peritoneal*

Insisi dibuat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio caesarea transperitonealis profunda* misalnya melekat erat uterus pada dinding perut karena sectio yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak (Prawihardjo, 2024).

Kelebihan :

- a. Mengeluarkan janin lebih cepat.
- b. Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik.
- c. Sayatan bisa diperpanjang paroksimal atau distal.

Kekurangan :

- a. Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- b. Untuk persalinan berikutnya sering terjadi ruptur uteri spontan.

c. *Sectio Caesarea Peritoneum*

Dilakukan tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi pembedahan ini jarang dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat (Sarwono, 2025).

Menurut arah sayatan pada rahim *sectio* dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kroning.
- b. Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr.

Berdasarkan saat dilakukan *sectio caesarea* dapat dibagi atas :

- a. *Sectio* primer : direncanakan pada waktu antenatal care.
- b. *Sectio* sekunder : tidak direncanakan terlebih dahulu waktu sulit.

c. *Sectio Caesarea Hysteroctomi*

Setelah sectio caesarea, dilakukan hysteroktomy dengan indikasi :

- a. Antonia uteria.
- b. Plasenta accrete.
- c. Myoma uteri.
- d. Infeksi intra uteri berat.

4. Komplikasi

Menurut Safitri, (2024) kompikasi yang dapat terjadi setelah dilakukan SC antara lain :

a. *Infeksi Puerperal* (Nifas)

- a. Infeksi Puerperal adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah melahirkan, ditandai dengan kenaikan suhu tubuh 38°C
- b. Perdarahan Mengakibatkan banyak pembuluh darah yang terpotong dan terbuka dan perdarahan pada dasar plasenta
- c. Emboli paru dan masalah pada kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi

a) Metode anestesi SC

1) Metode konvensional

Metode konvensional merupakan teknik yang umum digunakan dalam tindakan pembedahan. Pada metode ini, pemberian anestesi tidak disertai dengan obat analgetik saat prosedur berlangsung; analgetik baru diberikan setelah operasi selesai. Untuk menghambat respons nyeri, anestesi dalam metode konvensional memerlukan dosis yang cukup tinggi guna mempertahankan fungsi motorik pasien dan pemulihan sensorik yang dapat berlangsung hingga delapan jam pascaoperasi. Pada tindakan SC dengan metode konvensional, pasien diwajibkan berpuasa total sejak malam sebelum prosedur dilakukan (Nisak *et al.*, 2023).

b) Metode *ERACS*

Metode *ERACS* (*Enhanced Recovery After Caesarean Surgery*) merupakan suatu program percepatan pemulihan pascaoperasi Caesar yang mencakup rangkaian penatalaksanaan mulai dari tahap praoperatif, intraoperatif, hingga perawatan pascaoperatif sampai pasien dipulangkan. Konsep *ERACS* dikembangkan dari pendekatan *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)*, yang awalnya diterapkan pada prosedur bedah saluran pencernaan (Tika *et al.*, 2022)

Pada tindakan operasi SC dengan metode *ERACS*, jenis anestesi yang digunakan adalah anestesi spinal yang dikombinasikan dengan obat anestesi dan tambahan agen antinyeri seperti morfin atau fentanyl. Fentanyl merupakan agonis opioid sintetis turunan dari fenilpiperidin. Sebagai analgesik, fentanyl memiliki potensi kekuatan 75 hingga 125 kali lebih tinggi dibandingkan analgesik lainnya (Nisak *et al.*, 2023).

5. Patofisiologi

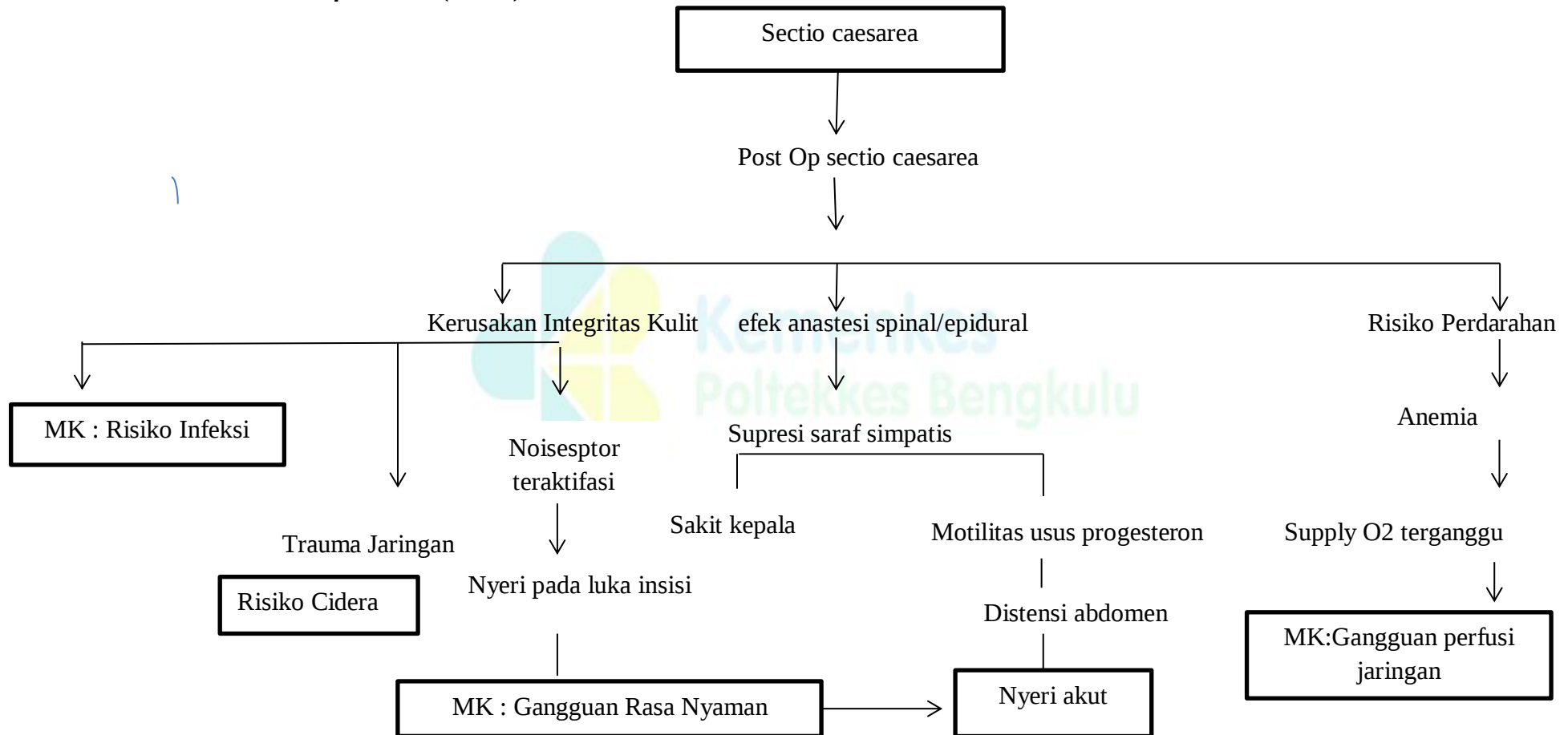
Sectio Caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan SC ini bertujuan untuk mencegah kematian janin atau ibu apabila melahirkan secara pervaginam. Ada beberapa kondisi yang menjadi faktor untuk dilakukannya SC misalnya faktor dari ukuran panggul ibu, usia ibu, berat badan bayi yang akan lahir, faktor letak plasenta, malpresentasi dan malposisi serta kondisi amnion. Faktor –faktor tersebut bisa menjadi penyulit persalinan normal atau membuat persalinan kala II lama sehingga harus dilakukan induksi persalinan sc. (Yadhi *et al.*, 2023).

Section caesarea (SC) dilakukan secara sistematis, dimana pasien akan di bius untuk dilakukan sayatan pada area perut. Pembiusan yang diambil biasanya jenis pembiusan regional, yaitu bius yang disuntikan ke sub

arachnoid dan epidural yang mengakibatkan pasien masih bisa sadar karena pembiusan ini berefek mati rasa pada bagian bawah tubuh saja. Namun pasien masih tidak bisa melihat prosedur bedah karena tertutup tirai. Hal ini akan membantu pasien untuk mengurangi ansietas selama pembedahan. Kemudian setelah di bius, bagian perut akan disterilisasi dan akan dibuat insisi proses pembedahan. Proses pembedahan ini akan mengakibatkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik. Sehingga akan menyebabkan gangguan rasa nyaman yaitu nyeri (Syaiful, 2024).

Setelah pasien dioperasi, luka akan ditutup menyebabkan adanya luka bekas operasi. Proses penyembuhan luka pasca sesar pada dasarnya sama dengan luka lainnya yaitu secara fisiologis penyembuhan luka meliputi respon inflamasi akut terhadap cedera, fase destruktif, fase foliperatif dan fase maturasi. Luka akan dikatakan sembuh jika kontinuitas lapisan kulit atau jaringan parut mampu tidak mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Mobilisasi dini harus disampaikan kepada pasien untuk mendukung tahap proses penyembuhan luka sehingga dapat mengurangi infeksi dan angka kesakitan ibu post SC. Pada saat post partum hormone progesterone dan esterogen akan menurun sehingga menyebabkan involusi dan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan resiko syok, Hb menurun, kekurangan O₂, terjadinya kelemahan dan defisit perawatan diri. Hal-hal tersebut masih dapat dicegah bila pasien dipantau kondisinya dan dibimbing untuk melakukan mobilisasi secara baik dan mengatur diet ibu untuk pemulihan luka (Eva, 2023)

6. Web Of Caotion (WOC)



Bagan 2.1 : Web Of Saotion (WOC)
Sumber : Sjamsuhidayat (2024) & SDKI PPNI (2023)

7. Faktor Risiko

Sectio caesarea dapat terjadi karena berbagai faktor yang berkaitan dengan kondisi ibu, janin, maupun proses persalinan. Beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya persalinan dengan *sectio caesarea* antara lain usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, riwayat operasi caesar sebelumnya, adanya komplikasi kehamilan, serta kondisi janin yang tidak normal. Faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan persalinan pervaginam menjadi berisiko sehingga diperlukan tindakan pembedahan untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi (Cunningham *et al.*, 2024).

Menurut Sarwono (2024) secara umum, faktor risiko *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi beberapa kelompok, yaitu:

a) Faktor ibu

Faktor yang berasal dari kondisi ibu, seperti usia ibu yang terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun), obesitas, panggul sempit, riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional, serta adanya infeksi selama kehamilan.

b) Faktor janin

Faktor yang berkaitan dengan kondisi janin, seperti gawat janin (fetal distress), ukuran janin yang terlalu besar (makrosomia), kelainan posisi janin seperti sungsang atau lintang, serta kelainan kongenital tertentu.

c) Faktor plasenta dan tali pusat

Kondisi seperti plasenta previa, solusio plasenta, serta prolaps tali pusat dapat menghambat proses persalinan normal sehingga meningkatkan kemungkinan dilakukan *sectio caesarea*.

d) Faktor proses persalinan

Proses persalinan yang tidak berjalan normal, seperti persalinan lama (partus lama), kegagalan induksi persalinan, atau disproporsi sefalopelvik (ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu), juga menjadi faktor risiko dilakukannya tindakan *sectio caesarea*.

8. Manifestasi Klinis

Menurut (Prawirihardjo,2024) terdapat beberapa gejala yang dapat timbul pada pasien post *section caesarea* :

1. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
2. Adanya luka insiasi dibagian abdomen
3. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
4. Ada kurang lebih 600 – 800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
5. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
6. Rata-rata terpasang kateter urinarius
7. Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
8. Pengaruh anestesi dapat memicu mual muntah

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arda & Hartaty, (2021) ibu post SC perlu melakukan pemeriksaan sebagai berikut :

a. USG kandungan

Pemeriksaan menggunakan gelombang ultrasonik untuk melihat kondisi kehamilan, meliputi usia kehamilan, posisi dan jumlah janin, denyut jantung janin, letak plasenta, serta jumlah cairan ketuban. Pemeriksaan ini membantu mendeteksi kelainan pada ibu maupun janin sejak dini.

e) Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan darah lengkap bertujuan untuk menilai kondisi umum ibu hamil, seperti kadar hemoglobin (Hb) untuk mendeteksi anemia, jumlah leukosit untuk mengetahui adanya infeksi, serta trombosit untuk menilai risiko perdarahan. Hasil pemeriksaan ini penting sebagai dasar pemantauan kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan.

f) Urinalis

Pemeriksaan urin untuk mendeteksi adanya protein, glukosa, leukosit, eritrosit, dan bakteri. Pemeriksaan ini berguna untuk mendeteksi infeksi saluran kemih, preeklampsia (proteinuria), serta gangguan metabolik seperti diabetes gestasional.

g) Ultrasonografi

Metode pemeriksaan diagnostik noninvasif menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi untuk menghasilkan gambaran organ dalam tubuh. Dalam kebidanan, ultrasonografi digunakan untuk menilai kondisi uterus, ovarium, serta perkembangan janin secara menyeluruh dan aman tanpa radiasi.

10. Penatalaksanaan

Menurut Ramadanty, (2025), penatalaksanaan *section caesarea* adalah sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intervena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10% garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan miring kiri dapat dimulai setelah 6 sampai 10 jam setelah operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involus uterus dan menyebabkan pendarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

11. Penatalaksanaan

Terdapat 3 macam penatalaksanaan pada pasien post SC (Metha, 2024):

a. Penatalaksanaan farmakologis

1) Analgesik

Setelah tindakan *sectio caesarea*, pasien umumnya mengalami nyeri pada area luka operasi akibat sayatan pada dinding abdomen dan uterus. Oleh karena itu, pemberian analgesik seperti parasetamol, ibuprofen, atau obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) sering digunakan untuk mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

2) Antibiotik

Antibiotik diberikan sebagai terapi profilaksis untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi maupun infeksi pada rahim (*endometritis*). Pemberian antibiotik biasanya dilakukan sebelum atau setelah tindakan operasi sesuai dengan indikasi medis.

3) Uterotonika

Uterotonika seperti oksitosin diberikan untuk merangsang kontraksi rahim setelah persalinan. Kontraksi rahim yang baik dapat membantu menghentikan perdarahan dan mempercepat proses involusi uterus.

4) Antikoagulan (bila diperlukan)

Pada beberapa kasus tertentu, terutama pada pasien yang memiliki risiko tinggi trombosis, dokter dapat memberikan obat antikoagulan untuk mencegah terbentuknya bekuan darah setelah operasi.

b. Penatalaksanaan non farmakologis

1) Teknik relaksasi

Teknik relaksasi seperti latihan pernapasan dalam dapat membantupasien mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan rasa nyaman setelah operasi. Teknik ini juga membantu menurunkan ketegangan otot dan kecemasan pada pasien (Sarwono, 2025).

2) Mobilisasi dini

Mobilisasi dini dianjurkan pada pasien post *sectio caesarea* setelah kondisi pasien stabil. Mobilisasi seperti duduk, berdiri, dan berjalan secara bertahap dapat membantu memperlancar sirkulasi darah, mencegah trombosis, serta mempercepat pemulihan fungsi tubuh (Vitinawati, 2024).

3) Perawatan luka operasi

Perawatan luka dilakukan untuk menjaga kebersihan luka operasi serta mencegah terjadinya infeksi. Luka operasi harus dijaga tetap bersih dan kering, serta dilakukan pemantauan terhadap tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya cairan dari luka (Sarmajo, 2024).

4) Pemenuhan nutrisi yang adekuat

Asupan nutrisi yang cukup sangat penting untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan meningkatkan daya tahan tubuh ibu setelah operasi (Dumiri *et al.*, 2024).

5) Dukungan psikologis dan keluarga

Dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan sangat penting untuk membantu ibu beradaptasi dengan kondisi setelah operasi serta meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya (Berman *et al.*, 2025).

C. Konsep Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman

e. Definisi Kebutuhan Rasa Nyaman

Kenyamanan atau rasa nyaman merupakan suatu keadaan di mana individu mengalami sensasi terpenuhinya kebutuhan dasar yang bebas dari rasa nyeri, kecemasan, dan ketidaknyamanan fisik maupun psikologis. Menurut pakar teori keperawatan *Katharine Kolcaba*, kenyamanan diartikan sebagai suatu pengalaman holistik yang diterima oleh seseorang dari intervensi asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan *Kolcaba* mencakup tiga bentuk utama, yaitu *relief* (kelegaian dari ketidaknyamanan spesifik, seperti berkurangnya nyeri), *ease* (kondisi tenteram dan damai), serta *transcendence* (kemampuan individu untuk mengatasi masalah atau rasa sakitnya). (Uki *et al.*, 2024)

Dalam pandangan keperawatan di Indonesia, berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), status kenyamanan didefinisikan sebagai keseluruhan rasa sejahtera dan aman baik secara fisik, psikospiritual, sosial, budaya, maupun lingkungan (Uki *et al.*, 2024).

b. Tujuan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Tujuan utama dari pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dari aspek fisiologis adalah untuk memfasilitasi dan mempercepat proses penyembuhan jaringan tubuh. Ketika seorang pasien merasa nyaman dan terbebas dari rasa nyeri yang hebat, respons stres tubuh (sistem saraf simpatis) akan menurun, yang ditandai dengan stabilnya denyut nadi, tekanan darah, serta frekuensi pernapasan. Kondisi fisiologis yang stabil ini akan memastikan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan luka operasi berjalan optimal, sehingga fase proliferasi dalam penyembuhan luka tidak terhambat (Nursalam, 2024).

Dari aspek psikologis dan emosional, pemenuhan rasa nyaman bertujuan untuk mencegah terjadinya kecemasan (*ansietas*), depresi, dan trauma akibat hospitalisasi. Pasien yang merasa nyaman dan terlindungi di lingkungan rumah sakit akan memiliki tingkat koping yang lebih baik dalam menghadapi penyakitnya. Perasaan tenang dan hilangnya ketegangan emosional ini sangat penting karena akan meningkatkan motivasi serta kooperatifnya pasien terhadap berbagai tindakan keperawatan dan medis yang diberikan, seperti kemandirian untuk minum obat teratur atau berpartisipasi dalam latihan fisik (Nursalam, 2024).

c. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Rasa Nyaman

Faktor pertama yang sangat memengaruhi rasa nyaman seseorang adalah faktor fisik atau biologis. Faktor fisik mencakup segala bentuk kerusakan jaringan, proses penyakit, atau disfungsi organ tubuh yang menghasilkan stimulus berbahaya (nosiseptif). Pada kasus bedah, adanya luka insisi, proses peradangan akut, spasme otot, atau bahkan sekadar posisi tubuh yang statis di atas tempat tidur dalam waktu lama, menjadi faktor biologis utama yang merusak integritas kenyamanan fisik pasien dan memicu respons nyeri akut (Sensussiana, 2024).

Faktor kedua meliputi aspek psikospiritual dan sosiokultural. Tingkat stres, kecemasan, ketakutan akan kematian, dan pengalaman masa lalu terhadap rasa sakit sangat memengaruhi bagaimana otak mempersepsikan ketidaknyamanan. Pasien yang mengalami cemas berlebihan akan merasakan nyeri yang jauh lebih hebat dibandingkan kenyataannya. Selain itu, nilai-nilai budaya juga memengaruhi cara pasien mengekspresikan ketidaknyamanannya; ada budaya yang mengajarkan untuk menahan rasa sakit dengan diam (stoik), dan ada pula yang lebih ekspresif. Dukungan spiritual dan keyakinan agama juga menjadi faktor protektif yang sering kali membantu pasien menemukan makna dari rasa sakit sehingga mereka merasa lebih damai secara batin (Vitinawati, 2024).

D. Konsep Nyeri Post SC

1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan salah satu masalah utama yang sering dialami oleh ibu setelah menjalani tindakan *sectio caesarea* (SC). Tindakan pembedahan ini menyebabkan kerusakan jaringan pada kulit, otot, dan lapisan uterus sehingga menimbulkan respons inflamasi yang dapat memicu timbulnya nyeri pada area luka operasi. Nyeri yang terjadi setelah tindakan pembedahan ini dikenal sebagai nyeri post operasi atau postoperative pain yang biasanya muncul setelah efek anestesi mulai berkurang. (Sarmajo, 2024).

Nyeri pada pasien post *sectio caesarea* terjadi melalui proses fisiologis yang melibatkan aktivasi reseptor nyeri atau nosiseptor akibat kerusakan jaringan selama tindakan pembedahan. Insisi pada dinding abdomen dan uterus menyebabkan pelepasan berbagai mediator kimia seperti prostaglandin, histamin, bradikinin, dan substansi P yang merangsang nosiseptor pada jaringan yang mengalami cedera. Rangsangan tersebut kemudian dihantarkan melalui serabut saraf perifer menuju medula

spinalis dan diteruskan ke otak melalui jalur saraf sensorik. Di dalam otak, impuls tersebut diinterpretasikan sebagai sensasi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Proses ini dikenal sebagai mekanisme transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi nyeri. Pada ibu post sectio caesarea, nyeri biasanya meningkat saat terjadi pergerakan seperti batuk, perubahan posisi, berjalan, atau saat menyusui karena adanya peregangan pada jaringan luka operasi.

2. Etiologi Nyeri

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2017) dijelaskan sebagai faktor-faktor penyebab atau yang berhubungan (*related factors*) dengan munculnya masalah keperawatan nyeri, baik nyeri akut maupun kronis. Dalam SDKI, etiologi nyeri tidak hanya berfokus pada kerusakan fisik, tetapi juga mempertimbangkan aspek fisiologis, psikologis, dan situasional yang memengaruhi persepsi nyeri pasien.

Pada pasien post sc menurut pendekatan keperawatan, khususnya mengacu pada PPNI dalam SDKI, bersifat multifaktorial dan berkaitan erat dengan proses pembedahan serta respons tubuh terhadap trauma jaringan. Nyeri yang muncul umumnya termasuk dalam kategori nyeri akut yang terjadi akibat kerusakan jaringan selama tindakan operasi. Secara utama, etiologi nyeri pada pasien post SC disebabkan oleh agen pencedera fisik, yaitu insisi atau sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang menimbulkan kerusakan jaringan, sehingga merangsang reseptor nyeri. Selain itu, manipulasi jaringan selama prosedur operasi juga dapat memperparah respons nyeri yang dirasakan pasien (Puspita, 2024).

Selanjutnya, pada agen pencedera biologis turut berperan dalam timbulnya nyeri, terutama melalui proses inflamasi pada area luka operasi. Proses ini ditandai dengan pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, bradikinin, dan histamin yang meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri. Selain itu, agen pencedera kimia juga berkontribusi, yaitu

zat-zat kimia yang dilepaskan akibat kerusakan jaringan yang dapat memperkuat impuls nyeri menuju sistem saraf pusat (Sukmadi, 2025).

3. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri pada dasarnya disusun untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan pengkajian, diagnosis, dan penatalaksanaan nyeri secara tepat. Nyeri diklasifikasikan berdasarkan beberapa aspek yaitu berdasarkan durasi nyeri dan berdasarkan mekanisme terjadinya nyeri (Potter *et al.*, 2024).

Berdasarkan durasinya, nyeri dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi secara tiba-tiba akibat cedera atau tindakan medis dan bersifat sementara, sedangkan nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari tiga bulan dan sering kali menetap meskipun penyebab awal telah teratasi.

Berdasarkan mekanisme terjadinya, nyeri dibagi menjadi nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik. Nyeri nosiseptif muncul akibat rangsangan pada reseptor nyeri karena adanya kerusakan jaringan atau proses inflamasi, yang secara klinis sering ditemukan pada luka operasi. Sementara itu, nyeri neuropatik terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada sistem saraf, baik perifer maupun pusat, yang ditandai dengan sensasi terbakar, kesemutan, atau seperti tersengat listrik (Potter *et al.*, 2024).

4. Manifestasi Klinis

Dalam diagnosis keperawatan nyeri akut, tanda dan gejala atau batasan karakteristik umumnya dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif merupakan informasi yang diperoleh langsung dari ungkapan pasien mengenai pengalaman nyeri

yang dirasakan. Pasien biasanya melaporkan adanya rasa tidak nyaman seperti nyeri tajam, berdenyut, menusuk, atau terbakar, yang dapat disertai dengan intensitas tertentu menggunakan skala nyeri. Selain itu, pasien juga dapat mengeluhkan nyeri yang meningkat saat bergerak, batuk, atau saat dilakukan palpasi pada area luka, khususnya pada pasien post sectio caesarea (Vitinawati, 2024).

Sementara itu, data objektif adalah tanda-tanda yang dapat diamati oleh tenaga kesehatan sebagai respons terhadap nyeri yang dialami pasien. Tanda objektif ini meliputi ekspresi wajah meringis, gelisah, menangis, atau tampak protektif terhadap area yang nyeri. Selain itu, dapat ditemukan perubahan tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, dan pernapasan akibat aktivasi sistem saraf simpatis. Pasien juga dapat menunjukkan penurunan aktivitas, keterbatasan mobilisasi, gangguan pola tidur, serta perubahan nafsu makan. Dengan demikian, pengelompokan tanda dan gejala menjadi data subjektif dan objektif sangat penting dalam menegakkan diagnosis keperawatan nyeri akut secara akurat serta menentukan intervensi yang tepat (Berman *et al.*, 2025)

5. Mekanisme Nyeri

Mekanisme terjadinya nyeri dalam bidang keperawatan dijelaskan sebagai suatu proses kompleks yang melibatkan interaksi antara sistem saraf, jaringan tubuh, serta mediator kimia. Secara umum, nyeri terjadi melalui empat tahapan utama, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Pada tahap transduksi, rangsangan nyeri dimulai ketika terjadi kerusakan jaringan, seperti pada luka operasi sectio caesarea, yang menyebabkan pelepasan zat kimia seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin. Zat-zat ini akan mengaktifasi reseptor nyeri (nosiseptor)

sehingga stimulus mekanik, termal, atau kimia diubah menjadi impuls listrik (Potter *et al.*, 2024).

Pada tahap transmisi, impuls nyeri tersebut dihantarkan melalui serabut saraf perifer menuju medula spinalis, kemudian diteruskan ke otak melalui jalur saraf tertentu. Setelah itu, terjadi tahap modulasi, yaitu proses pengaturan atau penghambatan impuls nyeri oleh sistem saraf pusat melalui pelepasan zat seperti endorfin dan enkefalin yang berfungsi menekan intensitas nyeri. Terakhir, pada tahap persepsi, impuls nyeri diinterpretasikan di korteks serebri sehingga individu menyadari dan merasakan nyeri secara subjektif, yang dipengaruhi oleh faktor psikologis, emosional, dan pengalaman sebelumnya (Risna, 2024).

6. Kondisi Klinis Terkait Nyeri

Kondisi klinis yang terkait dengan nyeri merupakan berbagai keadaan patologis maupun fisiologis yang dapat memicu munculnya sensasi nyeri sebagai respons terhadap kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri dapat terjadi pada berbagai situasi klinis, baik yang bersifat akut maupun kronis. Pada kondisi akut, nyeri sering dijumpai pada pasien pasca pembedahan seperti *sectio caesarea* (post SC), trauma, luka bakar, infeksi, maupun inflamasi jaringan. Nyeri pada kondisi ini umumnya bersifat tiba-tiba, dengan durasi singkat, dan berhubungan langsung dengan proses penyembuhan jaringan (Hall *et al.*, 2022).

Pada pasien post *sectio caesarea*, nyeri terutama berkaitan dengan kerusakan jaringan akibat insisi pembedahan, proses inflamasi, serta kontraksi uterus pasca persalinan. Selain faktor fisik, kondisi psikologis seperti kecemasan, stres, dan ketakutan juga dapat memperberat persepsi nyeri yang dirasakan pasien. Oleh karena itu, pemahaman mengenai kondisi klinis yang terkait dengan nyeri sangat penting dalam praktik keperawatan, karena dapat membantu tenaga kesehatan dalam

menentukan diagnosis yang tepat serta intervensi yang komprehensif, baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis (Dumiri *et al.*, 2024).

7. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor yang memengaruhi nyeri merupakan berbagai aspek yang dapat menentukan bagaimana seseorang merasakan, menilai, dan merespons nyeri. Nyeri tidak hanya dipengaruhi oleh kerusakan jaringan, tetapi juga oleh interaksi kompleks antara faktor fisiologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Secara fisiologis, usia, jenis kelamin, kondisi kesehatan, serta tingkat keparahan cedera atau penyakit sangat berperan dalam menentukan intensitas nyeri. Misalnya, pada pasien post *sectio caesarea*, luas luka operasi, adanya komplikasi, serta kondisi fisik ibu dapat memengaruhi tingkat nyeri yang dirasakan (Putri, 2024).

Individu yang mengalami kecemasan tinggi cenderung merasakan nyeri lebih berat dibandingkan dengan individu yang lebih tenang. Sebaliknya, mekanisme koping yang baik dapat membantu menurunkan persepsi nyeri. Faktor sosial dan budaya juga turut memengaruhi, seperti nilai-nilai budaya terkait ekspresi nyeri, dukungan keluarga, serta lingkungan sekitar pasien. Beberapa budaya mendorong individu untuk menahan nyeri, sementara yang lain lebih terbuka dalam mengekspresikannya (Sarmajo, 2024).

E. Konsep Pengukuran Skala Nyeri

Pengukuran nyeri merupakan proses penting dalam praktik keperawatan untuk menilai intensitas, karakteristik, dan dampak nyeri yang dirasakan pasien. Nyeri bersifat subjektif, sehingga pengkajian yang akurat sangat bergantung pada laporan pasien (*self-report*). Oleh karena itu, tenaga kesehatan menggunakan berbagai skala nyeri yang terstandar untuk membantu mengukur tingkat nyeri secara lebih objektif (Annisa, 2025).

Pengkajian nyeri secara komprehensif oleh perawat dengan menggunakan metode PQRST (Annisa, 2025).

- B. P (*Provoking/Palliating*) mengkaji apa yang memicu munculnya nyeri (misal: batuk, bergerak) dan apa yang meredakannya.
- 2) Q (*Quality*) mengkaji kualitas atau bagaimana rasa nyeri itu dirasakan (misal: tajam, seperti tertusuk, berdenyut).
- 3) R (*Region/Radiation*) mengkaji lokasi persis nyeri dan apakah menjalar ke area lain.
- 4) S (*Severity/Scale*) mengkaji intensitas atau keparahan nyeri menggunakan instrumen skala angka.
- 5) T (*Time*) mengkaji kapan nyeri mulai timbul, berapa lama durasinya, dan apakah keluhannya hilang timbul atau menetap secara konstan.

Selain teknik PQRST, instrumen pengukuran yang paling umum digunakan pada pasien dewasa yang kooperatif dan memiliki kemampuan komunikasi verbal yang baik adalah *Numeric Rating Scale* (NRS). Pada skala ini, pasien diminta untuk menilai tingkat nyeri yang dirasakannya menggunakan rentang angka dari 0 hingga 10. Angka 0 merepresentasikan ketiadaan nyeri; angka 1-3 menunjukkan nyeri ringan yang masih dapat ditoleransi dan tidak mengganggu aktivitas; angka 4-6 menandakan nyeri sedang yang mulai mengganggu aktivitas fisik; sedangkan angka 7-10 mendeskripsikan nyeri berat hingga sangat hebat yang tidak tertahankan. Skala ini sangat aplikatif dan direkomendasikan untuk pasien post *sectio caesarea* karena mudah dipahami dan perubahan respons nyerinya dapat dinilai secara cepat dan spesifik (Bakti 2023).



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale*

Sumber: Bakti (2023)

F. Konsep Dasar Terapi Rileksasi

a. Pengertian Terapi Rileksasi

Terapi relaksasi merupakan salah satu bentuk terapi komplementer atau intervensi nonfarmakologis yang bertujuan menciptakan kondisi rileks secara fisik maupun psikologis. Terapi ini dilakukan melalui berbagai teknik, seperti relaksasi napas dalam, relaksasi otot progresif, meditasi, visualisasi, maupun kombinasi dari beberapa teknik tersebut. Keadaan relaks yang dicapai mampu membantu tubuh mengurangi respons terhadap stres, meningkatkan kenyamanan, serta memperbaiki keseimbangan fungsi fisiologis (Edmund, 2023).

b. Tujuan Terapi Rileksasi

- 1) Mengurangi stres dan kecemasan.
- 2) Mengurangi persepsi nyeri.
- 3) Menurunkan ketegangan otot.
- 4) Meningkatkan kualitas tidur.
- 5) Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis.
- 6) Membantu meningkatkan kualitas hidup individu

G. Penelitian Terkait Perawatan Kenyamanan Pada Pasien Dengan Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Post *Sectio Caesarea*

1. Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi Intesitas Nyeri Pada Pasien Post SC

Salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif adalah teknik relaksasi napas dalam, yang membantu mengurangi ketegangan otot, menenangkan sistem saraf, dan mengalihkan fokus dari nyeri. Teknik relaksasi napas dalam digunakan untuk menurunkan skala nyeri akut pada ibu post-SC. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat nyeri pasien post-SC (Multazam *et al.*, 2023)

Penelitian yang dilakukan oleh Natalia *et al.*, (2023) di IHC Rumah Sakit Lavalette menggunakan metode desain *quasi Eksperimental* dengan rancangan *Pretest-Posttest Control Group Design*. Dengan jumlah responden sebanyak 32 orang melalui teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian ini membuktikan adanya penurunan skala nyeri yang sangat signifikan antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Berdasarkan analisis uji statistik yang dilakukan oleh peneliti, didapatkan nilai signifikansi sebesar $p\text{-value} = 0,000$. Kesimpulan dari studi ini menegaskan bahwa terdapat pengaruh yang sangat signifikan dari penerapan teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pasien post sc.

2. Pengaruh Terapi *Progressive Muscle Relaxation* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post SC

Teknik relaksasi ini yang paling mudah dipelajari dan dikelola. Intervensi ini tidak mahal dapat dilakukan oleh pasien dan tidak ada efek samping. Teknik relaksasi otot progresif ini dapat mengurangi stres dan mencapai keadaan relaksasi yang mendalam. Hal ini akan meningkatkan kekebalan tubuh akan melakukan pelepasan endorfin yang merupakan pereda rasa sakit dan dapat menciptakan perasaan nyaman. Teknik relaksasi progresif adalah teknik merelaksasikan otot dalam pada bagian tertentu atau seluruhnya melalui teknik program terapi ketegangan otot, teknik relaksasi otot dalam merupakan teknik relaksasi yang tidak membutuhkan imajinasi atau sugesti (Greenberg, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh Tasya (2023) menggunakan desain *pre eksperimen* dengan pendekatan *one group pretest* dan *posttest* di ruang Kebidanan RSUD Dr Rasidin dengan melibatkan 11 responden melalui teknik *purposive sampling* pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner *Numeric Rating Scale* dan analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat dengan uji statistik yang digunakan *Uji*

Wilcoxon. Hasil penelitian didapatkan rerata skala nyeri sebelum diberi perlakuan Terapi *Progressive Muscle Relaxation* adalah mean 5,09 dan setelah diberikan perlakuan mean 3,18 didapatkan hasil selisih 1,909. Setelah dilakukan uji statistik *Wilcoxon* didapatkan nilai p value (0,004) $< \alpha$ 0,05. Maka disimpulkan ada pengaruh terapi *progressive muscle relaxation* terhadap tingkat nyeri pada pasien post *sectio caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD Dr. Rasidin Padang.

3. Pengaruh Terapi *Guided Imagery* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post SC

Terapi *guided imagery* adalah teknik yang mempelajari kekuatan pikiran yang terbimbing saat sadar atau tidak sadar untuk menciptakan imajinasi yang menghadirkan ketenangan dan kesunyian. Adanya suatu bayangan akan merangsang *hypothalamus* dan sistim limbic mengeluarkan *corticotrophin realizing factor* (CRP) yang dapat memicu pitutari untuk menstimulasi opioid endogen yang menghasilkan beta endorphin sebagai neuro *guided imagery* transmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi rileks serta produksi enkefalin oleh medulla meningkat yang pada akhirnya akan menimbulkan perasaan rileks dan mengurangi nyeri. Efek menyebabkan pasien mengalihkan perhatiannya pada rasa sakit ke hal-hal yang membuatnya senang dan bahagia sehingga melupakan rasa sakit yang dialaminya (Napisah *et al.*, 2022). Hal ini yang menyebabkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien pasca operasi *sectio caesarea* menurun setelah dilakukannya teknik *guided imagery* (Indriani & Dharma, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Ni Wayan *et al.*, (2024) di RSUD Sanjiwani Gianyar dengan menggunakan rancangan penelitian *pre-eksperimen* dengan desain *one group pre-test post test design*, penelitian ini melibatkan 20 sampel pasien post SC. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability* sampling atau total

sampling. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh ibu post operasi *sectio caesarea* di RSUD Sanjiwani Gianyar. Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap RSUD Sanjiwani Gianyar pada bulan Oktober-November 2024. Instrumen pada penelitian ini adalah kuesioner *Numeric Rating Scare (NRS* dan SOP terapi relaksasi *guided imagery*. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *wilcoxon*, dengan nilai signifikan $p < 0,05$.

4. Pengaruh Terapi Musik Klasik Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post SC

Nyeri merupakan hal yang paling sering dikeluhkan dan dapat mengganggu kenyamanan pasien. Oleh sebab itu dilakukan tindakan untuk mengatasi nyeri tersebut, yaitu dengan manajemen nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan secara farmakologis dan non-farmakologis. Adapun beberapa terapi non farmakologis yang dapat menurunkan nyeri ialah, terapi musik, terapi relaksasi, terapi komplementer, penggunaan aroma terapi lavender, terapi nature based sound, pijak minyak zaitun dan elastic abdominal binders. Salah satu terapi non farmakologi untuk menurunkan nyeri pasien post sc ialah terapi musik klasik, terapi musik klasik merupakan salah satu manajemen nyeri non farmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi skala nyeri pada pasien post sectio caesaria (Esadella & Maryati, 2023).

Musik klasik memiliki tempo yang lambat dan menenangkan, sehingga bisa dijadikan alat alternatif untuk menjadikan musik sebagai terapi di bidang kesehatan (Nur *et al.*, 2024). Terapi musik klasik dapat memberikan ketenangan dengan alunan lembut yang selaras dengan denyut nadi sehingga menimbulkan efek distraksi terhadap pikiran tentang rasa nyeri (Esadella & Maryati, 2024). Terapi musik mampu mempengaruhi persepsi dengan cara mendistraksi, yaitu pengalihan

fikiran dari nyeri, musik dapat mengalihkan konsentrasi klien pada hal-hal yang menyenangkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Lumbantobing & Herliana, (2025) menggunakan pendekatan *Quasy Experiment* dengan rancangan One Grup *Pretest-Posttest* di Ruang Rawat Inap RSUD Cengkareng, dengan melibatkan 15 responden yang ditarik menggunakan teknik *consecutive sampling*. Evaluasi mendalam terhadap intensitas nyeri pasien sebelum dan sesudah diberikan terapi musik klasik menunjukkan penurunan angka nyeri yang sangat drastis dan signifikan. Analisis statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* memperkuat temuan klinis ini dengan nilai signifikansi *p-value* = 0,001. Berdasarkan uji hipotesis tersebut, dapat disimpulkan bahwa kombinasi relaksasi napas dalam dan terapi musik suara alam sangat direkomendasikan karena berpengaruh signifikan terhadap penurunan skala nyeri pascaoperasi.

5. Pengaruh Aromaterapi Lemon Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post SC

Aromaterapi lemon merupakan salah satu bentuk terapi komplementer yang menggunakan minyak esensial dari buah lemon (*Citrus limon*) untuk meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis individu. Minyak esensial lemon diperoleh melalui proses ekstraksi kulit buah dengan metode cold-pressed yang mempertahankan kandungan senyawa aktif seperti limonene, linalool, dan citral yang berperan dalam memberikan efek terapeutik. Secara fisiologis, aromaterapi lemon bekerja melalui sistem penciuman (olfaktori), di mana molekul aroma yang dihirup akan merangsang reseptor di hidung dan diteruskan ke sistem limbik di otak, khususnya bagian yang berhubungan dengan emosi, memori, dan respon stres. Stimulasi ini kemudian memicu pelepasan

neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin yang berperan dalam meningkatkan suasana hati, menurunkan kecemasan, serta memberikan efek relaksasi.

Penelitian oleh Marlin Sutrisna, Yusran Hasymi *et al* pada rentang bulan Maret hingga April 2024, ini menggunakan rancangan *Quasi eksperimen*. Penelitian dilakukan di RS Bhayangkara Denpasar pada bulan November hingga Desember 2024 sampai dengan Januari 2025 dengan melibatkan sampel pada penelitian ini berjumlah 30 orang yang terdiri dari 15 kelompok eksperimen dan 15 kelompok kontrol. yang ditentukan menggunakan teknik sampling jenis *nonprobability* sampling yaitu *accidental sampling*. Pengumpulan data dilakukan menggunakan lembar observasi dan dianalisis menggunakan analisis uji *Wilcoxon sign rank test* mendemonstrasikan hasil penurunan skala nyeri yang sangat tajam secara statistik ($p\text{-value} < 0,05$). Sehingga, dari hasil penelitiannya disimpulkan bahwa aromaterapi lemon dapat menurunkan nyeri post SC.

Tabel 2.1
Tabel Penelitian Terkait

No.	Penulis dan Judul	Jurnal dan Tahun Terbit	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Natalia Goncalves “Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Sectio Caesarea”	Media Husada Journal of Nursing Science. Vol 6 (No.3), halaman 212-217. (2025)	Sampel pada penelitian ini menggunakan 32 responden.	Penelitian ini menggunakan metode <i>quasi experiment</i> dengan pendekatan one group pre-post test.	Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pemberian teknik relaksasi nafas dalam Teknik ini efektif dijadikan intervensi mandiri keperawatan dengan nilai <i>p value</i> sebesar $0,000 < 0,05$.
2.	Dea Elanda Putri, Rischa Hamdanesti “Pengaruh Terapi Progressive Muscle Relaxation Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea di Ruangan	Jurnal Penelitian Nusantara (2025)	Sampel yang digunakan pada penelitian ini yaitu sebanyak 25 responden.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian <i>Pre Eksperiment Design</i> dengan jenis rancangan	Hasil penelitian didapatkan dilihat bahwa rerata skala nyeri sebelum diberikan terapi progressive muscle relaxation adalah mean 5,09, standar deviasi 0,831 dan skala nyeri terendah adalah 4 dan skala nyeri tertinggi adalah 6 dan sesudah diberikan terapi progressive muscle relaxation adalah mean 3,18, standar deviasi 1,168 dan skala nyeri terendah adalah 1 dan skala nyeri tertinggi

	Kebidanan RSUD Dr. Rasidin Padang”			Pre-Post Test One Group Design.	adalah 5. dengan nilai <i>p value</i> sebesar 0,000 < 0,05.
3.	Ni Wayan Liliana “Pengaruh Terapi Guided Imagery Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Sanjiwani Gianyar”	CARING, Volume 8 Nomor 2, Desember 2024)	Sampel yang digunakan 40 Pasien.	Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain <i>pre-eksperimen</i> dengan desain <i>one group pre-test post-test design</i> .	Terdapat pengaruh yang signifikan antara terapi guided imagery terhadap nyeri post operasi sectio caesarea di RSUD Sanjiwani Gianyar dengan nilai <i>p value</i> sebesar 0,000 < 0,05.
4.	Masyitah Wahab, Jamila Kasim “Pengaruh Terapi Musik	Jurnal Nursing Bina Bangsa Volume 2 No 1 April	Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien Post SC	Desain pada penelitian ini ialah metode Pra Eksperimental	Data analisis dengan menggunakan uji statistic Paired sample test didapatkan nilai $p=0.001$. Ada pengaruh terapi musik klasik terhadap penurunan intensitas nyeri post

	<i>Klasik Terhadap Penurunan intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Sakura RSUD Hajjah Andi Depu Polewali Mandar”</i>	(2025)	yang dirawat di ruang sakura RSUD Hajjah Andi Depu yaitu 111 pasien. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 37 orang yang diberikan terapi musik klasik.	dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah <i>one group pretest-posttest design</i> , yaitu melakukan pengukuran sebelum dilakukan intervensi (pretest) adanya perlakuan (treatment) dan setelah itu dilakukan pengukuran lagi (<i>posttest</i>)	sectio caesarea di Ruang perawatan sakura RSUD Hajjah Andi Depu Polewali Mandar.
5.	Marlin Sutrisna, Yusran Hasymi, Mutia Sefta	<i>Jurnal Kesehatan Saintika Meditory,</i>	Sampel yang digunakan 46	Penelitian ini menggunakan	Data diolah menggunakan <i>Wilcoxon test</i> . Hasil menunjukkan bahwa terdapat

	Utami “Pengaruh Terapi Aroma Lemon Terhadap Tingkat Nyeri Pasien <i>Post Operasi</i> SC ”	(Vol. 7, No. 4) (2024)	pasien apendisitis pasca operasi	metode kuantitatif dengan metode penelitian <i>Quasy Experiment</i> dengan rancangan “ <i>One Grup Pretest-Posttest</i> ”	pengaruh yang signifikan dari pemberian terapi aroma lemon terhadap penurunan skala nyeri dengan nilai <i>p value</i> = 0,001 Terdapat pengaruh yang signifikan dari terapi lemon terhadap skala nyeri pasien <i>post</i> apendiktomi. Terapi ini direkomendasikan sebagai terapi <i>adjuvan</i> /alternatif.
--	--	---------------------------	-------------------------------------	---	---



H. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Gangguan Rasa Nyaman

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang sistematis dan komprehensif yang diberikan kepada pasien untuk menyelesaikan masalah kesehatannya. Pada pasien *post* operasi appendisitis, asuhan keperawatan berfokus pada pemulihan pasca bedah dan manajemen nyeri akut (Sukmadi *et al.*, 2024).

1. Pengkajian

Tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2024).

- a. Identitas pasien dan penanggung
- b. Keluhan utama Pada ibu dengan kasus *post section ceasarea* keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka operasi, kaki kesemutan, pusing dan tidak mau kentut, efek anastesi dan pendarahan.
- c. Riwayat Kesehatan Sekarang: Mengkaji kondisi pasien setelah operasi, kapan operasi dilakukan, jenis anastesi, dan status kesadaran. Pengkajian nyeri dilakukan secara komprehensif menggunakan pendekatan PQRST:
 1. P (*Provoking*): Nyeri bertambah saat pasien bergerak, batuk, atau mengejan, dan berkurang saat istirahat atau diberikan posisi nyaman.
 2. Q (*Quality*): Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, disayat, atau panas pada area insisi.
 3. R (*Region*): Nyeri terlokalisasi pada area abdomen (lokasi insisi *post sc*).
 4. S (*Severity*): Skala nyeri diukur menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) 1-10, biasanya berada pada rentang sedang hingga berat pada 24 jam pertama.

5. T (*Time*): Nyeri dirasakan terus-menerus atau hilang timbul, terutama akut setelah efek anestesi menghilang.

d. Riwayat Kehamilan

Persalinan dan Nifas Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), hamil pertama umur berapa, berapa kali pernah hamil, berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah pernah mengalami keguguran atau pendarahan, berapa kali imunisasi TT, persalinan dimana, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir, keadaan ibu setelah melahirkan, umur anak saat ini.

e. Penggunaa Alat Kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, sejauh mana pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi.

f. Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Tanyakan tentang penyakit yang pernah diderita yang ada hubungannya dengan sistem reproduksi serta penyakit lain yang dapat mempengaruhi kehamilan atau persalinan.

g. Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan pada ibu apakah ada keluarga ibu yang menderita penyakit yang bersifat menurun seperti: TBC. Jantung, hipertensi, HIV/AIDS, diabetes militus (DM), asthma, penyakit menular seksual (sifilis, gonorrhea), serta tanyakan apakah ada riwayat gemeli (kembar).

h. Data Biologis

- 1) Bernafas Tanyakan kesulitan dalam bernafas terutama pasca persalinan.
- 2) Makan dan Minum Tanyakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien apakah telah mengandung zat gizi.

- 3) Eliminasi Tanyakan kebiasaan dan kesulitan atau masalah BAB dan BAK.
- 4) Istirahat dan tidur Perlu ditanyakan bagaimana kebiasaan dan masalah apa yang dapat mengganggu istirahat dan tidur pasien.
- 5) Gerak dan aktifitas Tanyakan hal-hal yang dapat dilakukan oleh pasien sebelum dan setelah pembedahan.
- 6) Kebersihan diri Tanyakan kebiasaan menjaga kebersihan diri terutama payudara dan vulva.
- 7) Berpakaian Tanyakan kebiasaan mengganti baju.
- 8) Pengaturan suhu tubuh Tanyakan apakah pernah mengalami peningkatan suhu tubuh.
- 9) Seksualitas Tanyakan sebelum.Saat dan setelah hamil berapa kali frekuensi dalam seminggu melakukan seksualitas.

i. Data Psikologis

- 1) Rasa nyaman Tanyakan ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 2) Rasa aman Kaji hal-hal yang berkaitan dengan kecemasan ibu.
- 3) Konsep diri
 - a. Identitas diri Tanyakan pada ibu tentang identitasnya di dalam keluarga.
 - b. Harga diri Bagaimana perasaan ibu setelah melahirkan anaknya.
 - c. Ideal diri Apa yang ingin dilakukan ibu setelah melahirkan.
 - d. Gambaran diri Tanyakan kepada ibu bagaimana perasaan ibu dengan perubahan tubuh yang dialami ibu selama hamil, ataupun setelah melahirkan.
 - e. Pesan diri Tanyakan kepada ibu apa perannya di dalam keluarga.

j. Data Sosial

- 1) Sosial Targetkan tentang interaksi atau tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain.
- 2) Bermain dan Rekreasi Tanyakan tentang kebiasaan pengisian waktu luang.
- 3) Prestasi Kaji hal-hal yang membanggakan dari pasien yang ada hubungan dengan kondisinya.
- 4) Belajar Kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan section caesarea meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

k. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum: Pasien tampak lemah, posisi tubuh cenderung menahan nyeri (*guarding*), ekspresi wajah meringis, gelisah, dan membatasi pergerakan.
- 2) Kesadaran: Umumnya compos mentis, namun dapat tampak gelisah atau tidak nyaman akibat nyeri. Pada kondisi tertentu dapat terjadi penurunan kesadaran akibat efek anestesi.
- 3) Tanda-tanda Vital
 - a. Tekanan darah dilakukan untuk menilai adanya peningkatan tekanan darah akibat stimulasi sistem saraf simpatis sebagai respon terhadap nyeri.
 - b. Frekuensi pernapasan dilakukan untuk menilai adanya takipnea dan pola napas dangkal akibat pasien menahan nyeri saat inspirasi.
 - c. Frekuensi nadi dilakukan untuk menilai adanya takikardia sebagai respon terhadap nyeri atau kondisi stres pasca pembedahan.

- d. Suhu tubuh dilakukan untuk menilai adanya peningkatan suhu yang dapat mengindikasikan infeksi pasca operasi.
- 4) Kepala dan Leher
- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai ekspresi wajah (meringis, menahan nyeri), kondisi mata, bibir, dan mukosa (dapat kering).
 - b. Palpasi dilakukan untuk menilai adanya pembesaran kelenjar atau kelainan lain pada leher (umumnya tidak ditemukan kelainan).
 - c. Perkusi dilakukan untuk menilai resonansi paru, umumnya didapatkan bunyi sonor.
 - d. Auskultasi dilakukan untuk menilai bunyi napas, biasanya vesikuler, dan memastikan tidak ada suara napas tambahan seperti ronki atau wheezing.
- 5) Thoraks
- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai bentuk dada, kesimetrisan pergerakan dada, serta pola napas. Pada pasien post operasi biasanya tampak napas dangkal akibat menahan nyeri.
 - b. Palpasi dilakukan untuk menilai ekspansi dada dan adanya nyeri tekan. Ekspansi dada dapat menurun karena pasien menghindari napas dalam.
 - c. Perkusi dilakukan untuk menilai resonansi paru, umumnya didapatkan bunyi sonor.
 - d. Auskultasi dilakukan untuk menilai bunyi napas, biasanya vesikuler, dan memastikan tidak ada suara napas tambahan seperti ronki atau wheezing.
- 6) Abdomen
- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai bentuk dan kontur abdomen, adanya distensi, kondisi luka operasi di kuadran kanan bawah (kemerahan, edema, tanda infeksi), keadaan balutan luka (kering

atau basah), adanya rembesan darah atau pus, serta pergerakan dinding abdomen saat bernapas.

- b. Auskultasi dilakukan sebelum palpasi dan perkusi untuk menilai bising usus, apakah normal, hipoaktif, atau tidak terdengar akibat efek anestesi dan manipulasi pembedahan.
- c. Perkusi dilakukan untuk menilai bunyi timpani atau pekak yang dapat mengindikasikan adanya penumpukan gas atau cairan dalam rongga abdomen.
- d. Palpasi dilakukan secara hati-hati untuk menilai adanya nyeri tekan terutama di area luka operasi, kekakuan otot abdomen (defans muskular), serta adanya tanda iritasi peritoneum.

7) Ekstermitas

- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai warna kulit, adanya edema, serta kemampuan pergerakan. Pasien biasanya membatasi gerakan akibat nyeri.
- b. Palpasi dilakukan untuk menilai suhu kulit (akral hangat), turgor kulit, dan perfusi perifer (CRT < 3 detik).

8) Integumen

- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai warna kulit, adanya kemerahan, luka, atau lesi, terutama di sekitar area luka operasi. Kaji kondisi balutan luka (kering atau basah), adanya rembesan darah atau pus, serta tanda-tanda infeksi seperti eritema, edema, dan peningkatan suhu lokal. Selain itu, perhatikan kelembapan kulit dan adanya perubahan integritas kulit.
- b. Palpasi dilakukan untuk menilai suhu kulit (hangat atau meningkat pada area luka), turgor kulit (menurun jika terjadi kekurangan cairan), serta adanya nyeri tekan di sekitar luka operasi.

h. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan, baik yang berlangsung aktual maupun berisiko, yang menjadi dasar dalam pemilihan intervensi keperawatan. Berdasarkan keluhan utama pada pasien *post sectio caesarea*, diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat adalah Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi/insisi bedah) (D.0077).

Etiologi nyeri akut pada kasus pembedahan umumnya berkaitan dengan adanya trauma jaringan akibat tindakan operasi. Prosedur pembedahan yang melibatkan insisi pada kulit, jaringan otot, dan organ akan menyebabkan kerusakan sel dan memicu respon inflamasi. Kondisi ini mengakibatkan pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin yang berperan dalam merangsang nosiseptor (reseptor nyeri). Impuls nyeri kemudian dihantarkan melalui serabut saraf menuju sistem saraf pusat sehingga dipersepsikan sebagai nyeri oleh individu. Selain itu, faktor lain seperti spasme otot di sekitar area luka operasi, iritasi atau kerusakan saraf selama tindakan, serta pemasangan alat medis seperti drain dan kateter turut memperberat sensasi nyeri. Dengan demikian, nyeri akut pasca pembedahan merupakan respon fisiologis tubuh terhadap kerusakan jaringan dan proses inflamasi yang terjadi selama dan setelah tindakan operasi (Anggita *et al.*, 2025).

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Nyeri Akut didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Batasan karakteristik (tanda dan gejala) berdasarkan SDKI adalah sebagai berikut:

a. Gejala dan Tanda Mayor:

- 1) Subjektif: Mengeluh nyeri.
- 2) Objektif:
 - a) Pasien tampak meringis.
 - b) Bersikap protektif (misalnya waspada atau mengambil posisi tubuh tertentu untuk menghindari area yang nyeri).
 - c) Mengalami kegelisahan (gelisah).
 - d) Terjadi peningkatan frekuensi nadi.
 - e) Mengalami kesulitan tidur (insomnia sekunder akibat nyeri).
- b. Gejala dan Tanda Minor:
 - 1) Subjektif: (Tidak tersedia spesifik pada SDKI, biasanya tergabung dalam keluhan utama).
 - 2) Objektif:
 - a) Tekanan darah meningkat akibat respons stimulasi saraf simpatis.
 - b) Pola napas berubah (menjadi lebih cepat atau dangkal saat nyeri timbul).
 - c) Nafsu makan berubah (menurun).
 - d) Proses berpikir terganggu (fokus menyempit hanya pada rasa nyeri).
 - e) Menarik diri atau berfokus pada diri sendiri.
 - f) Berkeringat (diaforesis).
2. Intervensi Keperawatan

Manajemen nyeri secara umum terbagi menjadi dua pendekatan utama, yakni farmakologis melalui kolaborasi pemberian analgetik, dan non-farmakologis yang sepenuhnya merupakan ranah tindakan mandiri (independen) keperawatan. Hal ini dikarenakan intervensi asuhan keperawatan mandiri memiliki keunggulan pendekatan yang lebih holistik, minim efek samping, serta mampu memberdayakan koping pasien secara langsung. Rangkaian intervensi non-farmakologis ini bekerja dengan cara memodulasi respons fisiologis dan psikologis

pasien terhadap stimulus rangsangan nyeri, sehingga terbukti secara empiris mampu mempercepat proses penyembuhan luka insisi dan meningkatkan kualitas kenyamanan pasien selama masa perawatan di rumah sakit (Anggita *et al.*, 2024).



Tabel 2.2
Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional Tindakan
Nyeri Akut (D.0077) Berhubungan dengan: Agen Pencedera Fisik (dibuktikan dengan prosedur operasi sc). Dibuktikan dengan (Data Mayor) Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur (Data Minor) Subjektif:	Setelah dilakukan an intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: SLKI: Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspetasi: Membaik Keterangan Skor Indikator 1-5: 1=Meningkat 2=Cukup Meningkat 3=Sedang 4=Cukup Menurun n, 5=Menurun Keterangan Skor Indikator 6-7: 1=Memburuk 2=Cukup Memburuk	SIKI: : Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi: 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif menggunakan PQRST secara berkala. 2. Monitor respons non-verbal terhadap nyeri (mis. ekspresi wajah, gelisah). Terapeutik: 1. Berikan lingkungan yang tenang untuk mendukung istirahat. 2. Atur posisi yang nyaman (mis. semi-Fowler) untuk mengurangi tegangan pada luka abdomen. 3. Berikan teknik non-farmakologis (mis. teknik relaksasi napas dalam, distraksi).	Observasi: 1. Membantu membedakan nyeri akibat komplikasi atau murni insisi bedah. 2. Menjadi parameter dasar (baseline) untuk mengevaluasi efektivitas intervensi. 3. Isyarat non-verbal merupakan indikator objektif nyeri, terutama jika pasien menahan sakit. 4. Mengetahui pemicu agar perawat dapat meminimalkan stimulus nyeri. Terapeutik: 1. Teknik relaksasi dan distraksi (EBN) memicu pelepasan endorfin, menghambat transmisi gate control nyeri ke otak, dan menekan saraf simpatis sehingga persepsi nyeri menurun secara signifikan. 2. Lingkungan yang tenang menurunkan rangsangan saraf simpatis dan memfasilitasi relaksasi. 3. Tidur memulihkan energi dan meningkatkan batas toleransi tubuh terhadap nyeri. 4. Mobilisasi meminimalkan spasme otot,

Tidak ada Objektif: - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Berfokus pada diri sendiri	3=Sedang 4=Cukup Membaik 5=Membaik Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik	Edukasi: 1. Ajarkan dan demonstrasikan teknik relaksasi napas dalam. 2. Ajarkan teknik <i>splinting</i> (menahan area luka dengan bantal) saat akan batuk, bernapas dalam, atau bergerak. Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgesik terjadwal (bukan hanya PRN) untuk 24-48 jam pertama. EBN: 1. Terapi relaksasi napas dalam (Natalia 2025). 2. Terapi relaksasi otot progresif (Dea Elanda <i>et al.</i>, 2025). 3. Terapi relaksasi <i>guided imagery</i> (Ni Wayan Liliana, 2024) 4. Terapi Musik Klasik (Masyitah Wahab, Jamila Kasim, 2025) Terapi aroma lemon (Marlin Sutrisna <i>et al.</i>, 2024)	melancarkan sirkulasi darah ke area insisi, dan mempercepat pemulihan peristaltik usus. Edukasi: 1. Pengetahuan mengurangi respons kecemasan yang dapat memperparah persepsi nyeri. 2. Meningkatkan kontrol diri dan kemandirian pasien dalam mengatasi nyeri. 3. Pasien dapat segera melaporkan dan menangani nyeri sebelum menjadi berat. 4. Memastikan pasien melakukan teknik relaksasi dengan prosedur yang tepat saat nyeri timbul. Kolaborasi: Analgetik bekerja memblokir reseptor nyeri pada sistem saraf pusat untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat secara farmakologis. EBN: 1. Mengalihkan fokus dari nyeri dan merangsang relaksasi sehingga menurunkan persepsi nyeri. 2. Menurunkan aktivitas simpatik, meningkatkan relaksasi dan endorfin sehingga nyeri berkurang. 3. Stimulasi saraf dan relaksasi menurunkan ketegangan serta persepsi nyeri. 4. Melancarkan sirkulasi dan mengurangi
--	---	---	---

			kekakuan sehingga menurunkan nyeri. 5. Efek relaksasi dan peningkatan mood membantu menurunkan persepsi nyeri.
--	--	--	---



1. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dengan mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Pada kasus pasien *post* operasi appendisitis dengan masalah nyeri akut, pelaksanaan tindakan keperawatan difokuskan pada upaya manajemen nyeri dan perawatan kenyamanan secara komprehensif, meliputi tindakan observasi seperti memantau skala dan karakteristik nyeri secara berkala, tindakan terapeutik melalui penciptaan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta tindakan edukasi dengan mengajarkan dan membimbing pasien mempraktikkan terapi non-farmakologis (Diningrat *et al.*, 2024).

2. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang dilakukan secara terus-menerus dan terencana untuk menilai sejauh mana tujuan keperawatan telah tercapai menggunakan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, *Asesmen*, *Planning*). Secara teoritis, tahap ini bertujuan untuk membandingkan respons pasien setelah diberikan asuhan keperawatan (seperti penerapan perawatan kenyamanan dan terapi relaksasi) dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam SLKI; di mana data Subjektif (S) berisi pernyataan pasien mengenai penurunan skala nyerinya, data Objektif (O) berisi hasil observasi perawat seperti pasien tampak lebih rileks, nadi dan tekanan darah stabil serta wajah tidak meringis, *Asesmen* (A) adalah kesimpulan perawat apakah masalah nyeri akut teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi, dan *Planning* (P) berisi rencana tindak lanjut yang dapat berupa menghentikan, memodifikasi, atau melanjutkan intervensi seperti memotivasi

pasien untuk mengaplikasikan teknik relaksasi secara mandiri ketika nyeri mulai timbul kembali ((Bakti *et al.*, 2024).



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Studi Kasus

Peneliti menggunakan rancangan studi kasus deskriptif. Metode ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan menggambarkan secara mendalam fenomena asuhan keperawatan perawatan kenyamanan pada pasien *post sectio caesarea* di ruangan Muzdalifah Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Pendekatan proses keperawatan (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi) menjadi kerangka kerja utama dalam studi kasus ini.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus ini adalah pasien yang dirawat di Ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Peneliti akan memilih subjek (biasanya 1-2 pasien) berdasarkan kriteria tertentu.

1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien terdiagnosis medis *post sectio caesarea* (Hari ke-1 atau ke-2).
- b. Pasien dengan usia 20-45 tahun.
- c. Pasien mengalami masalah keperawatan nyeri akut (skala nyeri sedang hingga berat, misal 4-10).
- d. Pasien dalam kondisi sadar penuh (*compos mentis*) dan kooperatif.
- e. Pasien dan/atau keluarga bersedia menjadi subjek studi kasus dengan menandatangani lembar persetujuan.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien mengalami komplikasi berat pasca operasi (misal: peritonitis berat, sepsis).
- b. Pasien memiliki gangguan kognitif atau penurunan kesadaran yang menghambat komunikasi.

c. Pasien dalam kondisi hemodinamik tidak stabil.

C. Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus ini adalah penerapan Asuhan Keperawatan Perawatan Kenyamanan untuk mengelola Nyeri Akut pada pasien *Post Sectio Caesarea*.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional bertujuan untuk membatasi ruang lingkup dan menjelaskan makna dari variabel-variabel atau istilah utama yang digunakan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini. Adapun definisi operasional dalam studi kasus ini adalah sebagai berikut:

1. Asuhan Keperawatan Merupakan suatu rangkaian proses keperawatan yang komprehensif dan sistematis, meliputi tahapan pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana intervensi, implementasi tindakan, hingga evaluasi keperawatan. Asuhan ini diberikan secara langsung kepada pasien *post sectio caesarea* dengan pendekatan holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) di ruang rawat inap untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.
2. Perawatan Kenyamanan (Manajemen Nyeri Non-Farmakologis) Merupakan serangkaian intervensi keperawatan mandiri (independen) yang bertujuan untuk memfasilitasi relaksasi, mengurangi intensitas nyeri, dan meningkatkan tingkat kenyamanan fisik maupun psikologis pasien. Dalam KIAN ini, perawatan kenyamanan difokuskan pada penerapan intervensi EBN seperti teknik relaksasi napas dalam, teknik otot progresif, teknik *guided imagery*, relaksasi musik klasik, maupun pemberian aromaterapi (seperti aromaterapi lemon) yang diaplikasikan sebagai terapi adjuvan/pendamping terapi analgetik.

3. *Post Sectio Caesarea* merupakan kondisi masa pemulihan pasien setelah menjalani tindakan pembedahan yang mengalami peradangan akut. Fase ini ditandai dengan adanya luka insisi bedah pada area abdomen yang memicu terputusnya kontinuitas jaringan, sehingga rentan menimbulkan respons nyeri sekunder. Nyeri Akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional akibat prosedur pembedahan (insisi). Nyeri ini bersifat tidak menyenangkan, muncul secara mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dan diprediksi berlangsung dalam waktu kurang dari 3 bulan. Skala nyeri ini akan diukur menggunakan instrumen baku seperti *Numeric Rating Scale* (NRS).

E. Tempat dan Waktu

Studi kasus ini akan dilakukan di Ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Penelitian akan dilaksanakan pada bulan April-Mei 2026. Pengumpulan data akan dilakukan oleh peneliti pada bulan April-Mei 2026.

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan terbagi menjadi dua yaitu data primer dan sekunder. Berikut metode yang diambil:

1. Data Primer

- a. Wawancara (*Anamnesis*): Peneliti melakukan wawancara langsung dengan pasien (*auto-anamnesis*) dan keluarga (*allo-anamnesis*). Wawancara berfokus pada keluhan nyeri (PQRST) dan persepsi kenyamanan.
- b. Observasi: Peneliti mengamati kondisi umum pasien, tanda-tanda vital, ekspresi wajah, perilaku non-verbal (posisi tubuh, kegelisahan), dan kondisi lingkungan sekitar pasien.

- c. Pemeriksaan Fisik: Peneliti melakukan pemeriksaan fisik terfokus, terutama pada area abdomen (inspeksi luka operasi, auskultasi bising usus) dan pengkajian skala nyeri.

2. Data Sekunder

Studi Dokumentasi: Peneliti menelaah rekam medis pasien untuk mendapatkan data demografi, riwayat penyakit, catatan operasi, hasil laboratorium, dan catatan perkembangan keperawatan sebelumnya.

G. Penyajian Data

Peneliti akan menyajikan data dalam bentuk naratif atau tekstual. Data akan diorganisir sesuai tahapan proses keperawatan (mulai dari pengkajian hingga evaluasi) untuk memberikan gambaran yang jelas dan sistematis mengenai asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.

H. Etika Studi Kasus

Peneliti mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis (Komite Etik, 2021).

1. *Informed Consent* (Persetujuan Tindakan)

Peneliti akan memberikan penjelasan lengkap mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur studi kasus kepada calon subjek atau keluarga. Jika setuju, subjek akan menandatangani lembar persetujuan.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas subjek. Peneliti hanya menggunakan inisial dalam laporan studi kasus.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti menjamin bahwa semua data yang terkumpul hanya akan digunakan untuk kepentingan studi kasus. Peneliti tidak

akan menyebarluaskan data pribadi subjek.

4. *Justice* (Keadilan)

Peneliti memperlakukan kedua partisipan secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi dengan memenuhi kebutuhan dasar partisipan selama di rawat

5. *Beneficiency* (Berbuat baik)

Beneficiency harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan beban resiko. Tujuan dari penelitian adalah untuk menambah pengetahuan, menerapkan perawatan kenyamanan pada pasien nyeri akut *post sectio caesarea*.

6. *Non Maleficience* (Merugikan)

Peneliti menjamin tidak akan menyakiti, membahayakan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologi. Selama proses wawancara berlangsung peneliti memperhatikan beberapa hal yang dapat merugikan partisipan antara lain status hemodinamik, kenyamanan, dan perubahan perasaan. Apabila kondisi tersebut membahayakan kondisi partisipan maka peneliti menghentikan wawancara terlebih dulu dan memulainya lagi ketika kondisi sudah stabil dan partisipan siap melakukan wawancara.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus penerapan perawatan kenyamanan terhadap masalah gangguan rasa nyaman pada pasien *post sc* melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. D dan Ny. selama tiga hari rawat di ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2026. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan metode *auto anamnesa* (wawancara langsung dengan pasien), *allo anamnesa* (wawancara dengan anggota keluarga atau orang terdekat), perawat ruangan, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Demografi

Tabel 4. 1

Data Demografi Pasien post op sc di ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Karakteristik	Ny.D	Ny. H
Identitas Klien	Klien berinisial Ny.D berusia 21 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, sehari-hari menggunakan bahasa Bengkulu dan beralamat di Rejang Lebong.	Klien berinisial Ny. H berusia 34 tahun, berjenis kelamin Perempuan, beragama islam, Pendidikan terakhir SMA, pekerjaan pedagang, sehari-hari menggunakan Bahasa Bengkulu dan beralamat di perumdam

2. Riwayat Kesehatan

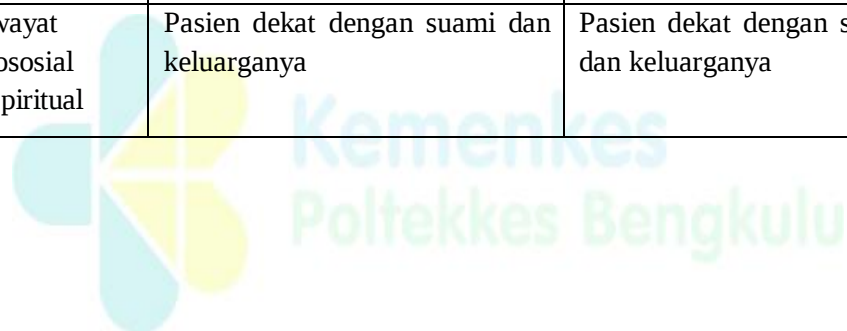
Pengkajian riwayat Kesehatan dilakukan oleh perawat dengan melakukan pengkajian keluhan utama, keluhan saat ini, riwayat kesehatan sebelumnya, riwayat Kesehatan keluarga, serta melakukan pemeriksaan fisik untuk menegakan diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan yang dilakukan kepada pasien dalam penelitian

Tabel 4. 2

Riwayat Kesehatan

Karakteristik	Ny.D	Ny.H
Keluhan Utama Masuk RS	Ny. D datang ke poli kandungan RSHD pada tanggal 8 juli 2026 pasien rujukan dokter spesial <i>obygn</i> dengan CPD (<i>Cephalopelvic Disproportion</i>) atau kepala bayi tidak mampu melewati panggul. Kemudian dilakukan operasi SC pada tanggal 9 juli 2026 pukul 15.10 WIB.	Ny. H datang ke IGD pasien dibawa oleh bidan pada tanggal 9 juli 20026 dengan kala 1, kepala floating, malpresentasi. Kemudian dilakukan operasi SC pada tanggal 9 juli pukul 16.10 WIB.
Keluhan Saat Ini	Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Juli 2026 pukul 11.00 WIB, Ny. D mengeluh tidak nyaman dan nyeri pada luka bekas operasi di perutnya Dengan nilai P : nyeri muncul saat bergerak (luka post operasi sc) Q : nyeri terasa seperti ditusuk dan berdenyut, R: nyeri pada area abdomen S : skala nyeri 7 (NRS), T: nyeri dirasakan hilang timbul. Nyeri timbul saat pasien banyak bergerak, pasien mengatakan lukanya masih terasa basah dan pasien mengatakan ini merupakan anak pertama . Saat pengkajian pasien masih tampak gelisah, pasien tampak meringgis saat berubah posisi , tampak luka jahitan	Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Juli 2026 pukul 12.00 WIB, Ny. H mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di perutnya, pasien mengatakan merasa tidak nyaman saat menggerakkan badan. Dengan nilai P : nyeri muncul saat bergerak (luka post operasi sc) Q : nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk R: nyeri pada area abdomen S : skala nyeri 6 (NRS), T: nyeri hilang timbul. Nyeri timbul saat pasien banyak bergerak, Saat pengkajian pasien masih tampak meringgis saat berubah posisi . TD 121/83 mmhg, N : 110x/m, RR : 21x/m, S

	operasi pasien sepanjang kurang lebih 10cm, tampak luka pasien jahitannya rapat . TD 126/87 mmhg, N : 118x/m, RR : 21x/m, S : 36C, kesadaran Composmentis.	: 36C, kesadaran Composmentis.
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi dan riwayat penyakit gula.	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi, dan tidak memiliki riwayat gula
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit	Pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit
Riwayat Psikososial dan Spiritual	Pasien dekat dengan suami dan keluarganya	Pasien dekat dengan suami dan keluarganya



2. Riwayat Pola Kebiasaan

Tabel 4. 3

Riwayat Pola Kebiasaan

Pola Kebutuhan Dasar Manusia	Ny.D	Ny.H
Kebutuhan Rasa Nyaman	Ny. D mengatakan tidur malam sekitar 5 jam. Kualitas tidur menurun karena merasa tidak nyaman dan nyeri pada luka operasi. Pasien belum BAB sejak selesai	Ny. H mengatakan tidur malam hanya 4-5 jam. Sering terbangun karena menahan nyeri pada perutnya. Pasien belum BAB sejak selesai operasi. BAK spontan dibantu keluarga di tempat tidur menggunakan pispot, volume ± 800 cc/hari. Saat pengkajian pasien masih melakukan Aktivitas di tempat tidur, dibantu sebagian oleh keluarga. Pasien baru berani miring kanan dan kiri secara perlahan.

3. Pemeriksaan fisik

Tabel 4. 4

Pemeriksaan Fisik

Tanggal Pemeriksaan: 11 Juli 2026

Pemeriksaan Fisik (Tinjauan Sistem)	Ny. D	Ny.H
Umum	Ny.D tampak meringis menahan sakit. Keadaan umum tampak lemah. kesadaran Composmentis, GCS 15 (E4V5M6). Tinggi Badan : 162cm. Berat Badan: 52Kg. IMT: 19,8(berat badan ideal)	Ny.H tampak gelisah saat mencoba bergerak. Keadaan umum cukup, kesadaran Composmentis, GCS 15 (E4V5M6). Tinggi Badan 165cm. Berat Badan: 55. IMT: 20,2 (Berat badan ideal)

Integumen	Ny.D mengatakan merasa nyeri pada area luka post operasi, area kulit tampak bersih, turgor kulit cukup baik, terdapat luka post sc pada abdomen	Ny.H mengatakan merasa nyeri pada area luka post operasi, area kulit tampak bersih, turgor kulit cukup baik, terdapat luka post pada abdomen
Hemapoetik	Ny.D mengatakan tidak mudah lelah, konjungtiva tampak merah muda, tidak tampak anemis	Ny.H mengatakan tidak mengalami pusing, konjungtiva merah muda
Kepala	Ny.D mengatakan tidak ada nyeri kepala. Kepala tampak simetris, tidak ada nyeri tekan	Ny. H mengatakan tidak ada nyeri kepala. Kepala tampak simetris, tidak ada nyeri tekan
Mata	Ny. D mengatakan penglihatan cukup jelas. Konjungtiva tidak anemis, kedua mata simetris, sklera tampak putih	Ny.H mengatakan penglihatansedikit menurun, konjungtiva tidak anemis, kedua mata simetris, sklera tampak putih
Telinga	Ny.D tidak mengalami perubahan pendengaran, kedua telinga tampak simetris dan bersih	Ny.H mengatakan memiliki pendengaran agak berkurang. Kedua telinga tampak simetris, telinga tampak bersih
Hidung	Bentuk hidung simetris, nares kanan dan kiri paten, mukosa merah muda dan lembap, tidak terdapat sekret, polip, maupun nyeri tekan. Fungsi penciuman baik.	Bentuk hidung simetris, nares kanan dan kiri paten, mukosa merah muda dan lembap, tidak terdapat sekret, polip, maupun nyeri tekan. Fungsi penciuman baik.
Mulut dan Tenggorokan	Ny.D mengatakan tidak ada nyeri menelan. Mukosa lembab, gigi sebagian tanggal, tidak ada lesi.	Ny H mengatakan tidak ada nyeri menelan. Mukosa lembab, gigi sebagian tanggal, tidak ada lesi.
Leher	Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, limfe	Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, limfe
Payudara	Klien tidak memiliki benjolan, nyeri, bengkak, cairan yang keluar pada puting susu maupun perubahan pada puting	Klien tidak memiliki benjolan, nyeri, bengkak, cairan yang keluar pada puting susu maupun perubahan pada puting susu.

	susu.	
Abdomen	Terdapat luka post sc di perut bawah, luka jahitan tertutup perban. Bising usus 18x/m.	Terdapat luka post sc di perut bawah vertikal, luka tertutup perban. Bising usus 12x/m.
Pernafasan	Klien tidak mengalami batuk, sesak nafas, tidak ada bunyi nafas tambahan, ataupun asma.	Klien tidak mengalami batuk, sesak nafas, tidak ada bunyi nafas tambahan, ataupun asma.
Kardiovaskuler	Klien tidak mengalami nyeri dada, sesak nafas, tidak terdengar bunyi murmur, tidak terdapat edema, varises maupun parastesi	Klien tidak mengalami nyeri dada, sesak nafas, tidak terdengar bunyi murmur, tidak terdapat edema, varises maupun parastesi
Perkemihan	BAK menggunakan dower kateter, urin berwarna kuning jernih, volume ± 1000 cc/24 jam	BAK spontan dibantu keluarga di tempat tidur menggunakan pispot, volume ± 800 cc/hari.
Genitalia	Tidak ada luka pada genitalia, tidak terdapat nyeri dan infeksi	Tidak ada luka pada genitalia, tidak terdapat nyeri dan infeksi
Ekstremitas	Akral teraba hangat, CRT < 3 detik. Turgor kulit baik. Terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri.	Akral teraba hangat, CRT < 3 detik. Turgor kulit baik. Terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri.

4. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4. 5
Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Ny.D	Ny.H
Hematologi	Hasil pemeriksaan Hematologi Ny.D menunjukkan nilai hemoglobin 12,1 g/dl, hematokrit 35.9%, leukosit 11.89/ μ l dan trombosit 260.000/ μ l. Pada nilai hemoglobin, hematokrit dan trombosit berada dalam batas normal, namun terjadi sedikit peningkatan pad leukosit.	Pemeriksaan hematologi pada Ny.H menunjukkan nilai hemoglobin 10.9 g/dl, hematokrit 33%, leukosit 10.48/ μ l dan trombosit 285.000/ μ l. Semua hasil hematologi berada dalam batas normal.
Fungsi Ginjal	Pemeriksaan fungsi ginjal Ny.D menunjukkan kadar ureum 28 mg/dl dan kreatinin 0,8 mg/dl. Nilai tersebut masih berada dalam batas normal.	Pemeriksaan fungsi ginjal Ny.H menunjukkan kadar ureum 24 mg/dl dan kreatinin 0,7 mg/dl. Nilai tersebut masih berada dalam batas normal.
Gula Darah	Pemeriksaan gula darah sewaktu pada Ny. D menunjukkan hasil 118 mg/dl, hasil tersebut masih dalam batas normal (<160 mg/dl).	Hasil pemeriksaan gula darah sewaktu pada Ny. H menunjukkan hasil 114 mg/dl, hasil tersebut masih dalam batas normal (<160 mg/dl).

5. Penatalaksanaan Kolaborasi

Tabel 4. 6
Penatalaksanaan Terapi

Nama Pasien	Terapi/ Farmakologi
Ny. D	IVFD Ringer Laktat 20 tetes/menit setiap hari untuk menggantikan cairan yang hilang Ceftiaxon 1gr/2x200mg untuk infeksi bakteri Kalnex 3x500mg untuk mengurangi nyeri setelah pembedahan Pospargin 1x0.2mg untuk mencegah dan mengobati pendarahan pasca persalinan, termasuk pendarahan uterus karena sc Tramadol drip 3x50mg obat meredakan nyeri sedang hingga berat
Ny.H	IVFD Ringer Laktat 20 tetes/menit setiap hari untuk menggantikan cairan yang hilang

Ceftiaxon 1gr/2x200mg untuk infeksi bakteri

Kalnex 3x500mg untuk mengurangi nyeri setelah pembedahan
 Pospargin 1x0.2mg untuk mencegah dan mengobati pendarahan pasca persalinan, termasuk pendarahan uterus karena sc

Tramadol drip 3x50mg obat meredakan nyeri sedang hingga berat _____

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Sebelum mengangkat diagnosa keperawatan, perawat akan mengumpulkan data hasil pengkajian untuk dianalisa dalam bentuk data subjektif dan objektif sehingga dapat ditegakan diagnosa.

1. Analisis Data

Tabel 4. 7

Analisis Data

Data Senjang		Etiologi	Masalah
Ny. D	Ny. H		
Data Subjektif : 1. Pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. 2. Pasien mengeluh tidak nyaman saat bergerak 3. P : post sc 4. Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk. 5. R: abdomen 6. Skala nyeri 7 (NRS). 7. T: hilang timbul Data Objektif : 8. Pasien tampak meringis. 9. Berhati-hati saat mengubah posisi	Data Subjektif : 1. Pasien mengeluh nyeri perih pada area sayatan operasi. 2. P: post sc 3. Q: Nyeri terasa memberat saat bergerak. 4. R: abdomen 5. Skala nyeri 6 (NRS). 6. T: hilang timbul Data Objektif : 7. Pasien tampak menahan sakit. 8. Berhati-hati saat mengubah posisi tubuh. 9. TD : 124/96 10. Frekuensi nadi	Agen pencedera fisik (Prosedur post sc)	Gangguan Rasa Nyaman

10. TD : 120/80	113 x/menit.		
11. Frekuensi nadi 118 x/menit.			
12. Rr: 21x menit			

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 8

Diagnosa Keperawatan Pasien Post SC Bengkulu Tahun 2026.

Ny. D	Ny. H
Berdasarkan dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan dapat ditegaskan diagnosa keperawatan yaitu Gangguan Rasa Nyaman b.d agen pencedera fisik (insisi/luka post sc)	Berdasarkan dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan dapat ditegaskan diagnosa keperawatan yaitu Gangguan Rasa Nyaman b.d agen pencedera fisik (insisi/luka post sc)



C. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 9

Perencanaan Keperawatan Pasien Post SC di Ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2026.

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Gangguan Rasa Nyaman b.d Agen Pencedera Fisik (dibuktikan dengan prosedur operasi SC) (D.0074) Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. Mengeluh tidak nyaman Objektif 2. Gelisah Tanda dan gejala minor Subjektif: 1. Tidak mampu rileks 2. Mengeluh kedinginan/kepanasan 3. Mengeluh lelah 4. Mengeluh mual Objektif 1. Tampak merintih/meringgis 2. Menunjukkan gejala distres 3. Pola eliminasi berubah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: SLKI: Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspetasi: Membaik Keterangan Skor Indikator 1-5: 1=Meningkat 2=Cukup Meningkat 3=Sedang 4=Cukup Menurun, 5=Menurun Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	SIKI: : Terapi Rileksasi (I.09326) Observasi: 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik rileksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi rileksasi Terapeutik 6. Ciptakan lingkungan	Observasi: 1. Mengetahui sejauh mana pasien mampu fokus dan menerima instruksi agar teknik rileksasi bisa disesuaikan dengan kondisinya. 2. Memanfaatkan pengalaman sukses masa lalu untuk mempercepat respons rileksasi dan meningkatkan rasa percaya diri pasien. 3. Memastikan kepatuhan dan kesiapan (fisik maupun mental) pasien, karena pemaksaan terapi justru dapat memicu stres. 4. Sebagai indikator objektif keberhasilan terapi; rileksasi yang efektif akan menurunkan nadi, tekanan darah, dan ketegangan otot melalui aktivasi saraf parasimpatis.

		6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik	tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i> 7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik rileksasi 8. Gunakan rileksasi sebagai strategi sebagai penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain Edukasi 9. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis rileksasi yang tersedia 10. Anjurkan mengambil posisi nyaman 11. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi rileksasi 12. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih SIKI: : Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang	5. Mengevaluasi kenyamanan pasien, mencegah efek samping (seperti pusing/hiperventilasi), dan menentukan kelanjutan intervensi. Teraupetik 6. Meminimalkan stimulasi sensoris eksternal agar pasien dapat fokus penuh, mempercepat transisi tubuh ke fase rileks, dan memaksimalkan kerja saraf parasimpatis. 7. Mengurangi kecemasan akibat ketidakpastian (<i>anxiety of the unknown</i>) serta menjadi panduan mandiri bagi pasien untuk mengulangi latihan secara konsisten di rumah. 8. Meningkatkan ambang batas nyeri secara sinergis melalui pendekatan non-farmakologis, sehingga dapat mengoptimalkan efek obat (analgetik) dan mengurangi ketergantungan pada dosis tinggi.
--	--	---	--	--

			memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Terapeutik 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 9. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 10. Jelaskan strategi meredakan nyeri 11. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu. EBN: 1. Terapi relaksasi napas dalam (Natalia, 2025) 2. Terapi Musik Klasik (Masyitah <i>et al.</i>, 2025) 3. Terapi aromaterapi Lemon (Marlin Sutrisna <i>et al.</i>, 2024)	Edukasi 9. Meningkatkan pemahaman dan keterlibatan aktif pasien, membangun ekspektasi yang realistis, serta membantu pasien memilih teknik yang paling sesuai dengan kondisi dan preferensinya. 10. Mengurangi ketegangan fisik secara fisik (fisiologis) dan mencegah kelelahan otot, sehingga tubuh lebih mudah memasuki fase rileksasi yang dalam. 11. Mengurangi ketegangan fisik secara fisik (fisiologis) dan mencegah kelelahan otot, sehingga tubuh lebih mudah memasuki fase rileksasi yang dalam.
--	--	--	--	--

				12. Membentuk memori otot dan membiasakan sistem saraf (<i>neuroplasticity</i>) agar respons rileksasi dapat dipicu dengan lebih cepat, mudah, dan efektif saat pasien mengalami stres atau nyeri di masa depan. EBN: 1. Mengalihkan fokus dari nyeri dan merangsang relaksasi sehingga menurunkan persepsi nyeri. 2. Stimulasi saraf dan relaksasi menurunkan ketegangan serta persepsi nyeri. 3. Efek relaksasi dan peningkatan mood membantu menurunkan persepsi nyeri
--	--	--	--	--

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

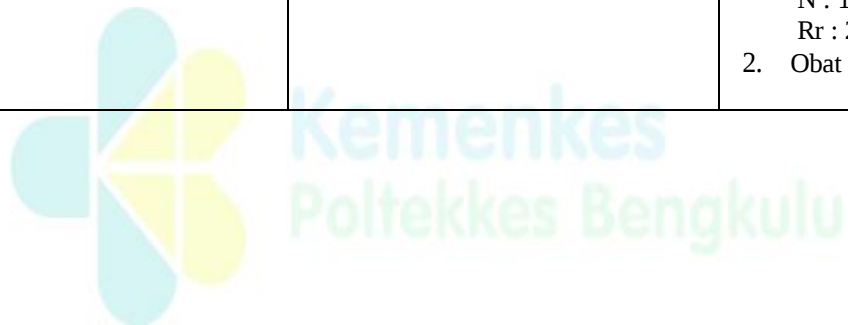
Tabel 4. 1
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. D		Diagnosa Keperawatan :Gangguan Rasa Nyaman b.d Agen Pencedera Fisik (Operasi SC)	
Ruangn : Muzdalifah			
Hari/Tanggal : Sabtu , 11 Juli 2026 (Hari ke-1)			
Pengkajian Diagnosis Intervensi (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi (S-O-A-P)
Pukul 11.00 WIB S: 1. Pasien mengeluh tidak nyaman 2. Pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi 1. P : post sc 2. Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk 3. R: bagian abdomen 4. Skala nyeri 7 (NRS) 5. T: hilang timbul O: 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak meringgis 3. Pasien tampakberhati-hati pada saat mengubah posisi 4. TD : 120/80 5. Frekuensi nadi 118 x/menit. 6. Rr: 21 x menit A: Tingkat nyeri klien (2)	Pukul 11.30 – 11.50 WIB 1. Melakukan informed concent (menjelaskan tujuan pertemuan) 2. Membuat kontrak waktu kepada pasien memastikan privasi pasien terjaga 3. Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 4. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien 6. Mengidentifikasi PQRST 7. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Pukul 12.00 WIB mengajarkan terapi rileksasi napas dalam 8. mengatur posisi pasien	Pukul 12.00 – 12.30 WIB 1. Pasien setuju dengan tindakan 2. Kontrak waktu disepakati selama 1 shif pada dinas pagi 3. Pasien mengatakan sulit fokus mengikuti instruksi yang panjang. 4. Pasien mengatakan badannya terasa lebih ringan dan tidak sekaku sebelum latihan. 5. Lingkungan pasien tampak nyaman dan tenang 6. Pasien tampak mengeluh nyeri pada area luka post operasi P : post sc Q :Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R : perut bagian bawah kanan S : Skala nyeri 6 (NRS) T : hilang timbul 7. Pasien tampak dalam posisi semi fowler 8. Nyeri pasien sedikit berkurang ketika minum obat	Pukul 14.10 WIB S: 1. Pasien mengatakan masih merasakan tidak nyaman 2. Pasien mengatakan nyeri masih terasa P : post sc Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: bagian abdomen S: Skala nyeri 6 (NRS) T: hilang timbul O: 1. Pasien masih tampak sedikit gelisah 2. Sesekali masih tampak meringis 3. Pasien masih berhati-hati saat mengubah posisi 4. TD: 121/78 5. Nadi 115 x/menit 6. Rr:21 x menit A: Tingkat Nyeri (level 3 Sedang) P: Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik

Cukup meningkat P : Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4,6) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik	senyaman mungkin (semi Fowler atau sesuai kondisi pasien). 9. membimbing pasien mengatur napas perlahan melalui hidung 10. minta pasien menahan napas selama 2-3 detik 11. instruksikan mengeluarkan napas melalui mulut secara perlahan (seperti meniup) selama 6 detik sambil merasakan otot-otot tubuh menjadi rileks 12. ulangi siklus ini sebanyak 5-15 kali atau selama 5-15 menit sesuai kebutuhan pasien Pukul 12.20 WIB memberikan aromaterapi lemon 1. menyiapkan alat dan bahan: minyak esensial lemon, kapas 2. mengatur posisi pasien senyaman mungkin (semi Fowler atau sesuai kondisi pasien) 3. menciptakan lingkungan yang tenang dan memiliki ventilasi yang baik 4. meneteskan 2-3 tetes minyak esensial lemon ke kapas 5. menganjurkan pasien menghirup aroma lemon secara perlahan melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut dengan napas yang teratur. 6. mempertahankan pemberian	Pukul 12.40 WIB 1. Pasien tampak berada pada posisi semi fowler dengan nyaman dan kooperatif selama Tindakan 2. Pasien mengatakan bisa mengikuti irama tarikan napas melalui hidung dengan santai. 3. Pasien tampak mampu menahan napas (jeda) selama 3 detik sebelum mengembuskannya kembali. 4. Pasien tampak mengembuskan napas dengan teknik <i>pursed-lip breathing</i> (mulut mencucu) secara perlahan, ketegangan otot bahu tampak berkurang. 5. Pasien mampu mengikuti terapi hingga selesai selama $\pm 10-15$ menit, membuka mata secara perlahan sehingga pasien tampak lebih rileks, dan mengungkapkan nyeri berkurang. Pukul 12.50 WIB 1. Alat dan bahan berupa minyak esensial lemon dan kapas telah disiapkan dengan lengkap dan siap digunakan. 2. Pasien berada pada posisi semi fowler dengan nyaman dan kooperatif selama tindakan. 3. Lingkungan tindakan tampak tenang, nyaman, dan memiliki	relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik dilanjutkan
--	--	--	---

	aromaterapi selama 10–15 menit atau sesuai toleransi pasien. Pukul 11.30 wib Memberikan Terapi Musik Klasik 1. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin (duduk atau semi fowler). 2. Mendekatkan dan nyalakan MP3 dekat ketelinga pasien dengan volume sedang 3. Cek terlebih dahulu ke telinga pasien pemberi intervensi sebelum diberikan ke pasien 4. Mainkan musik sesuai dengan waktu yang telah disepakati, yaitu 15 menit 5. Biarkan musik dimainkan selama 15 mennit 6. Setelah 15 menit,akhiri intervensi terapi musik 7. Lihat adanya perubahan tanda-tanda vital pasien bila terjadinya gangguan hemodinamik yang signifikan Pukul 12.30 WIB 1. Mengatur posisi pasien monitor tanda-tanda vital 2. berkolaborasi pemberian analgesik (tramadol drip)	ventilasi yang baik sehingga mendukung proses terapi 4. Minyak esensial lemon sebanyak 2–3 tetes telah ditetaskan ke kapas, kapas diletakkan di dekat hidung pasien, dan aroma lemon tercium dengan baik. 5. Pasien mampu menghirup aroma lemon secara perlahan melalui hidung dan menghembuskan napas melalui mulut dengan pola napas yang teratur sesuai instruksi 6. Aromaterapi diberikan selama ±10–15 menit, pasien tampak rileks, nyaman, dan melaporkan nyeri berkurang setelah tindakan. Pukul 13.00 WIB 1. Pasien berada pada posisi duduk/semi fowler dengan nyaman dan kooperatif selama tindakan. 2. Pasien mengatakan suara musik sudah terdengar jelas dan volume pas 3. Pasien merasa aman dan nyaman dengan audio MP3 4. Pasie menyetujui dan siap mendengarkan musik yang dimainkan selama 15 menit 5. Pasien mengatakan	
---	--	---	--

		menikmati alunan musik selama 15 menit 6. Pasien merasa lebih rileks dan segar selama mendengarkan musik 7. Tidak ada terjadinya gangguan hemodinamik yang signifikan pada pasien. Pukul 14.00 WIB 1. TD: 121 / 78 mmHg N : 115 x/m Rr : 21 x/m 2. Obat masuk melalui IV	
--	--	---	--



Tabel 4. 11
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. D Ruangan : Muzdalifah Hari/Tanggal : Minggu , 12 Juli 2026 (Hari ke-2)		Diagnosa Keperawatan :Gangguan Rasa Nyaman b.d Agen Pencedera Fisik (Operasi post SC)	
Pengkajian Diagnosis Intervensi (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi (S-O-A-P)
Pukul 11.00 WIB S: 1. Pasien mengeluh tidak nyaman sedikit berkurang 2. Pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi 3. P : post sc 4. Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk 5. R: bagian abdomen 6. Skala nyeri 6 (NRS) 7. T: hilang timbul O: 8. Pasien tampak gelisah 9. Pasien tampak meringgis 10. Pasien tampakberhati-hati pada saat mengubah posisi 11. TD : 118/80 12. Frekuensi nadi 116 x/menit 13. 9. Rr: 21 x menit A: Tingkat nyeri klien (3) Sedang P :	Pukul 11.15 – 11.20 WIB 1. Melakukan informed concent (menjelaskan tujuan pertemuan) 2. Membuat kontrak waktu kepada pasien memastikan privasi pasien terjaga 3. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien 4. Mengidentifikasi PQRST Pukul 11.20 5. Mendampingi terapi rileksasi napas dalam Pukul 11.35 WIB 6. Memberikan aromaterapi lemon Pukul 11.40 WIB 7. Memberikan Terapi Musik Klasik Pukul 11.50 WIB 8. berkolaborasi pemberian analgesik (tramadol drip)	Pukul 11.30 – 12.00 WIB 1. Pasien setuju dengan tindakan 2. Kontrak waktu disepakati selama 1 shif pada dinas pagi 3. Lingkungan pasien tampak nyaman dan tenang 4. Pasien tampak mengeluh nyeri pada area luka post operasi P : post sc Q : Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R : perut bagian bawah kanan S : Skala nyeri 6 (NRS) T : hilang timbul Pukul 11.35 WIB 5. pasien mampu melakukan terapi rileksasi napas dalam Pukul 11.40 WIB 6. pasien mengatakan lebih nyaman dengan aromaterapi lemon. Pukul 11.50 WIB 7. pasien mengatakan lebih tenang dan nyaman dengan terapi musik klasik	Pukul 14.10 WIB S: 1. Pasien mengatakan tidak nyaman berkurang 2. Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang P : post sc Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: bagian abdomen S: Skala nyeri 4 (NRS) T: hilang timbul O: 3. Pasien tampak lebih rileks 4. TD: 117/78 5. Nadi 115 x/menit 6. Rr:21 x menit A: tingkat nyeri cukup membaik (4) P: Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik dilanjutkan

Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasikdilanjutkan		Pukul 11.50 WIB Obat masuk melalui IV	
--	--	---	--



Tabel 4. 11
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. D		Diagnosa Keperawatan :Gangguan Rasa Nyaman b.d Agen Pencedera Fisik (Operasi post SC)	
Ruangan : Muzdalifah			
Hari/Tanggal : Senin , 13 Juli 2026 (Hari ke-3)			
Pengkajian Diagnosis Intervensi (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi (S-O-A-P)
Pukul 09.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah nyaman bergerak 2. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang P : post sc Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: bagian abdomen Skala nyeri 4 (NRS) T: hilang timbul O: 1. Pasien tampak gelisah berkurang 2. Pasien tampak meringgis berkurang 3. TD : 113/80 4. Frekuensi nadi 110 x/menit. 5. Rr: 20 x menit A: Tingkat nyeri (3) Sedang P :	Pukul 10.00 – 10.15 WIB 1. Melakukan informed concent (menjelaskan tujuan pertemuan) 2. Membuat kontrak waktu kepada pasien memastikan privasi pasien terjaga 3. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien 4. Mengkaji gejala yang tidak menyenangkan yang masih dirasakan oleh pasien Pukul 10.30 WIB 5. Mendampingi terapi rileksasi napas dalam 6. Memberikan aromaterapi lemon 7. Memberikan Terapi Musik Klasik Pukul 11.50 WIB 8. berkolaborasi pemberian analgesik (tramadol)	Pukul 13.30 – 14.00 WIB 1. Pasien setuju dengan tindakan 2. Kontrak waktu disepakati selama 1 shif pada dinas pagi 3. Lingkungan pasien tampak nyaman dan tenang 4. Pasien tampak mengeluh nyeri pada area luka post operasi P : post sc Q :Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R : perut bagian bawah kanan S : Skala nyeri 3 (NRS) T : hilang timbul Pukul 14.15 WIB 5. pasien mampu melakukan terapi rileksasi napas dalam 6. pasien mengatakan lebih nyaman dengan aromaterapi lemon. 7. pasien mengatakan lebih tenang dan nyaman dengan terapi musik klasik Pukul 15.00 WIB Obat masuk melalui IV	Pukul 15.10 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah nyaman bergerak 2. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang 3. P : post sc 4. Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk 5. R: bagian abdomen 6. Skala nyeri 3 (NRS) 7. T: hilang timbul O: 1. Pasien tampak lebih rileks 2. TD: 117/78 3. Nadi 115 x/menit 4. Rr:20 x menit A: tingkat nyeri cukup membaik (4) P: Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik dihentikan.

Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasikdijalankan			
---	--	--	--



Tabel 4.12

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. H		Diagnosa Keperawatan :Gangguan Rasa Nyaman b.d Agen Pencedera Fisik (Operasi SC)	
Ruangan : Muzdalifah			
Hari/Tanggal : Sabtu , 11 Juli 2026 (Hari ke-1)			
Pengkajian Diagnosis Intervensi (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi (S-O-A-P)
Pukul 11.00 WIB S: 1. Pasien mengeluh nyeri perih pada area sayatan operasi. P: post sc Q: Nyeri terasa memberat saat bergerak. R: abdomen Skala nyeri 6 (NRS). T: hilang timbul O: 1. Pasien tampak menahan sakit. 2. Berhati-hati saat mengubah posisi tubuh. 3. TD : 124/96 4. Frekuensi nadi 113 x/menit. A: Tingkat nyeri (2) Cukup meningkat	Pukul 11.30 – 11.50 WIB 1. Melakukan informed concent (menjelaskan tujuan pertemuan) 2. Membuat kontrak waktu kepada pasien memastikan privasi pasien terjaga 3. Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 4. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien 6. Mengidentifikasi PQRST 7. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Pukul 12.00 WIB mengajarkan terapi rileksasi napas dalam 8. mengatur posisi pasien senyaman mungkin (semi	Pukul 12.00 – 12.30 WIB 1. Pasien setuju dengan tindakan 2. Kontrak waktu disepakati selama 1 shif pada dinas pagi 3. Pasien mengatakan sulit fokus mengikuti instruksi yang panjang. 4. Pasien mengatakan badannya terasa lebih ringan dan tidak sekaku sebelum latihan. 5. Lingkungan pasien tampak nyaman dan tenang 6. Pasien tampak mengeluh nyeri pada area luka post operasi P : post sc Q :Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R : perut bagian bawah kanan S : Skala nyeri 6 (NRS) T : hilang timbul 7. Pasien tampak dalam posisi semi fowler 8. Nyeri pasien sedikit berkurang ketika minum obat Pukul 12.40 WIB 9. Pasien tampak berada pada	Pukul 14.10 WIB S: 1. Pasien mengatakan nyeri masih terasa P : post sc Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: bagian abdomen S: Skala nyeri 5 (NRS) T: hilang timbul O: 1. Pasien masih tampak menahan sakit 2. Pasien masih berhati-hati saat mengubah posisi 3. TD: 121/78 4. Nadi 115 x/menit 5. Rr:21 x menit A: Tingkat Nyeri (level 3 Sedang) P: Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik dilanjutkan

P : Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4,6) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik	Fowler atau sesuai kondisi pasien). - membimbing pasien mengatur napas perlahan melalui hidung - minta pasien menahan napas selama 2-3 detik - instruksikan mengeluarkan napas melalui mulut secara perlahan (seperti meniup) selama 6 detik sambil merasakan otot-otot tubuh menjadi rileks - ulangi siklus ini sebanyak 5-15 kali atau selama 5-15 menit sesuai kebutuhan pasien Pukul 12.20 WIB memberikan aromaterapi lemon - menyiapkan alat dan bahan: minyak esensial lemon, kapas - mengatur posisi pasien nyaman mungkin (semi Fowler atau sesuai kondisi pasien) - menciptakan lingkungan yang tenang dan memiliki ventilasi yang baik - meneteskan 2-3 tetes minyak esensial lemon ke kapas - menganjurkan pasien menghirup aroma lemon secara perlahan melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut dengan napas yang teratur. - mempertahankan pemberian aromaterapi selama 10-15 menit	posisi semi fowler dengan nyaman dan kooperatif selama Tindakan - Pasien mengatakan bisa mengikuti irama tarikan napas melalui hidung dengan santai. - Pasien tampak mampu menahan napas (jeda) selama 3 detik sebelum mengembuskannya kembali. - Pasien tampak mengembuskan napas dengan teknik <i>pursed-lip breathing</i> (mulut mencucu) secara perlahan, ketegangan otot bahu tampak berkurang. - Pasien mampu mengikuti terapi hingga selesai selama $\pm 10-15$ menit, membuka mata secara perlahan sehingga pasien tampak lebih rileks, dan mengungkapkan nyeri berkurang. Pukul 12.50 WIB - Alat dan bahan berupa minyak esensial lemon dan kapas telah disiapkan dengan lengkap dan siap digunakan. - Pasien berada pada posisi semi fowler dengan nyaman dan kooperatif selama tindakan. - Lingkungan tindakan tampak tenang, nyaman, dan memiliki ventilasi yang baik sehingga mendukung proses terapi	
---	---	---	--

	atau sesuai toleransi pasien. Pukul 11.30 wib Memberikan Terapi Musik Klasik 7. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin (duduk atau semi fowler). 8. Mendekatkan dan nyalakan MP3 dekat ketelinga pasien dengan volume sedang 9. Cek terlebih dahulu ke telinga pasien pemberi intervensi sebelum diberikan ke pasien 10. Mainkan musik sesuai dengan waktu yang telah disepakati, yaitu 15 menit 11. Biarkan musik dimainkan selama 15 mennit 12. Setelah 15 menit,akhiri intervensi terapi musik 13. Lihat adanya perubahan tanda-tanda vital pasien bila terjadinya gangguan hemodinamik yang signifikan Pukul 12.30 WIB 3. Mengatur posisi pasien monitor tanda-tanda vital 4. berkolaborasi pemberian analgesik (tramadol drip)	4. Minyak esensial lemon sebanyak 2–3 tetes telah diteteskan ke kapas, kapas diletakkan di dekat hidung pasien, dan aroma lemon tercium dengan baik. 5. Pasien mampu menghirup aroma lemon secara perlahan melalui hidung dan menghembuskan napas melalui mulut dengan pola napas yang teratur sesuai instruksi 6. Aromaterapi diberikan selama $\pm 10-15$ menit, pasien tampak rileks, nyaman, dan melaporkan nyeri berkurang setelah tindakan. Pukul 13.00 WIB 8. Pasien berada pada posisi duduk/semi fowler dengan nyaman dan kooperatif selama tindakan. 9. Pasien mengatakan suara musik sudah terdengar jelas dan volume pas 10. Pasien merasa aman dan nyaman dengan audio MP3 11. Pasie menyetujui dan siap mendengarkan musik yang dimainkan selama 15 menit 12. Pasien mengatakan menikmati alunan musik selama 15 menit	
--	--	---	--

		13. Pasien merasa lebih rileks dan segar selama mendengarkan musik 14. Tidak ada terjadinya gangguan hemodinamik yang signifikan pada pasien. Pukul 14.00 WIB 1. TD: 121 / 78 mmHg N : 115 x/m Rr : 21 x/m 2. Obat masuk melalui IV	
--	--	--	--



Tabel 4.13

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. H		Diagnosa Keperawatan :Gangguan Rasa Nyaman b.d Agen Pencedera Fisik (Operasi post SC)	
Ruangan : Muzdalifah			
Hari/Tanggal : Minggu , 12 Juli 2026 (Hari ke-2)			
Pengkajian Diagnosis Intervensi (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi (S-O-A-P)
Pukul 11.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan nyeri masih terasa P : post sc Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: bagian abdomen S: Skala nyeri 4 (NRS) T: hilang timbul O: 1. Pasien masih tampak menahan sakit 2. Pasien masih berhati-hati saat mengubah posisi 3. TD: 121/81 4. Nadi 109 x/menit 5. Rr:21 x menit A: Tingkat nyeri klien (3) Sedang P : Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i>	Pukul 11.15 – 11.20 WIB 1. Melakukan informed concent (menjelaskan tujuan pertemuan) 2. Membuat kontrak waktu kepada pasien memastikan privasi pasien terjaga 3. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien 4. Mengidentifikasi PQRST Pukul 11.20 5. Mendampingi terapi rileksasi napas dalam Pukul 11.35 WIB 6. Memberikan aromaterapi lemon Pukul 11.40 WIB 7. Memberikan Terapi Musik Klasik Pukul 11.50 WIB 8. berkolaborasi pemberian analgesik (tramadol drip)	Pukul 11.30 – 12.00 WIB 1. Pasien setuju dengan tindakan 2. Kontrak waktu disepakati selama 1 shif pada dinas pagi 3. Lingkungan pasien tampak nyaman dan tenang 4. Pasien tampak mengeluh nyeri pada area luka post operasi P : post sc Q : Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R : perut bagian bawah kanan S : Skala nyeri 6 (NRS) T : hilang timbul Pukul 11.35 WIB 5. pasien mampu melakukan terapi rileksasi napas dalam Pukul 11.40 WIB 6. pasien mengatakan lebih nyaman dengan aromaterapi lemon. Pukul 11.50 WIB 7. pasien mengatakan lebih tenang dan nyaman dengan terapi musik klasik	Pukul 14.10 WIB S: 1. Pasien mengatakan tidak nyaman berkurang 2. Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang P : post sc Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: bagian abdomen S: Skala nyeri 3 (NRS) T: hilang timbul O: 1. Pasien tampak lebih rileks 3. TD: 119/77 4. Nadi 113 x/menit 5. Rr:20 x menit A: tingkat nyeri cukup membaik (4) P: Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik dilanjutkan

(EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik dilanjutkan		Pukul 11.50 WIB Obat masuk melalui IV	
---	--	---	--



Tabel 4.14

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. H		Diagnosa Keperawatan :Gangguan Rasa Nyaman b.d Agen Pencedera Fisik (Operasi post SC)	
Ruangan : Muzdalifah			
Hari/Tanggal : Senin , 13 Juli 2026 (Hari ke-3)			
Pengkajian Diagnosis Intervensi (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi (S-O-A-P)
Pukul 09.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang P : post sc Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: bagian abdomen Skala nyeri 3 (NRS) T: hilang timbul O: 2. Pasien tampak gelisah berkurang 3. Pasien tampak meringgis berkurang 4. TD : 117/87 5. Frekuensi nadi 110 x/menit. 6. Rr: 20 x menit A: Tingkat nyeri (3) Sedang P : Intervensi terapi rileksasi	Pukul 10.00 – 10.15 WIB 1. Melakukan informed concent (menjelaskan tujuan pertemuan) 2. Membuat kontrak waktu kepada pasien memastikan privasi pasien terjaga 3. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien 4. Mengkaji gejala yang tidak menyenangkan yang masih dirasakan oleh pasien Pukul 10.30 WIB 5. Mendampingi terapi rileksasi napas dalam 6. Memberikan aromaterapi lemon 7. Memberikan Terapi Musik Klasik Pukul 11.50 WIB 8. berkolaborasi pemberian analgesik (tramadol)	Pukul 13.30 – 14.00 WIB 1. Pasien setuju dengan tindakan 2. Kontrak waktu disepakati selama 1 shif pada dinas pagi 3. Lingkungan pasien tampak nyaman dan tenang 4. Pasien tampak mengeluh nyeri pada area luka post operasi P : post sc Q :Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R : perut bagian bawah kanan S : Skala nyeri 3 (NRS) T : hilang timbul Pukul 14.15 WIB 5. pasien mampu melakukan terapi rileksasi napas dalam 6. pasien mengatakan lebih nyaman dengan aromaterapi lemon. 7. pasien mengatakan lebih tenang dan nyaman dengan terapi musik klasik	Pukul 15.10 WIB S: 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang 2. P : post sc 3. Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk 4. R: bagian abdomen 5. Skala nyeri 2 (NRS) 6. T: hilang timbul O: 1. Pasien tampak lebih rileks 2. TD: 119/81 3. Nadi 100 x/menit 4. Rr:20 x menit A: tingkat nyeri cukup membaik (4) P: Intervensi terapi rileksasi (1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik dihentikan.

(1,2,3,4) dan <i>evidence based</i> (EBN) teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasikdijalankan		Pukul 15.00 WIB Obat masuk melalui IV	
---	--	---	--



BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis menguraikan kesenjangan antara konsep teoritis dan praktik asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien post sc di Ruang Muzdalifah Rsud Harapan dan Doa Kota Bengkulu tahun 2026. Pembahasan difokuskan pada kesesuaian antara teori keperawatan dengan tindakan nyata yang telah dilakukan selama proses asuhan keperawatan berlangsung. Penerapan proses keperawatan (Vina *et al.*, 2025) dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang sistematis yang meliputi tahapan pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, serta evaluasi keperawatan (Potter & Perry, 2022).

A. Gambaran Pengkajian Pada Pasien Post *Sectio Caesarea*

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa kedua pasien memiliki karakteristik yang berbeda. Ny.D berusia 21 tahun dengan indikasi operasi *sectio caesarea* karena *Cephalopelvic Disproportion* sedangkan Ny.H berusia 34 tahun dengan indikasi obstetri yang juga mengharuskan melakukan tindakan operasi *sectio caesarea*. Meskipun memiliki usia dan karakteristik yang berbeda, kedua pasien menunjukkan keluhan utama yang hampir sama yaitu nyeri pada luka bekas operasi yang menyebabkan ketidaknyamanan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas.

Selanjutnya penulis melakukan pengkajian Ny.D mengeluhkan nyeri pada daerah luka bekas operasi dengan karakteristik nyeri seperti tertusuk-tusuk, lokasi abdomen, yang bersifat hilang timbul, dan memiliki intensitas nyeri skala 7 (NRS) dengan tekanan darah 120/80 mmhg, frekuensi nadi 118x/m dan frekuensi napas 21x/m.. Kemudian pada hasil pengkajian Ny. H mengeluhkan nyeri pada area insisi operasi yang bertambah saat bergerak dengan intensitas nyeri 6 (NRS) dengan tekanan darah 124/96 mmhg, frekuensi nadi 110x/m dan frekuensi napas 21x/m.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rizca *et al.*, (2024) setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan terapi rileksasi benson terhadap intensitas nyeri pada pasien post sc di ruang kebidanan, hasil implementasi menunjukkan terjadinya penurunan skala nyeri setiap harinyayang ditandai dengan perubahan perilaku dan perasaan yang lebih tenang pada Ny. A. Perubahan skala nyeri dari nyeri hebat menjadi nyeri ringan dengan penurunan skala *Numeric Rating Scale* dari 7 ke 3.

Menurut Natalia (2025), pada saat dilakukan pengkajian keperawatan, keluhan yang umum dirasakan pada pasien post sc meliputi nyeri dan gangguan rasa kenyamanan pada saat berubah posisi, ekspresi wajah meringgis, keterbatasan mobilisasi, serta peningkatan frekuensi nadi akibat respon fisiologi terhadap nyeri. Kualitas nyeri yang dirasakan umumnya seperti tertusuk atau tertarik dengan intensitas nyeri sedang hingga berat (skala 4–8), disertai peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi napas sebagai respons terhadap nyeri pascaoperasi. Keluhan tersebut juga ditemukan pada Ny. D dan Ny. H saat dilakukan pengkajian, sehingga berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan tinjauan kasus.

B. Gambaran Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea*

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis terhadap respon individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).. Penegakan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan hasil analisis data subjektif dan objektif yang diperoleh selama proses pengkajian, kemudian dibandingkan dengan karakteristik mayor dan minor yang terdapat dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien, peneliti menegakkan diagnosa Gangguan Rasa Nyaman karena kedua pasien menunjukkan mengeluh tidak nyaman, mengeluh nyeri pada daerah insisi operasi, tampak meringis, tampak gelisah, berhati-hati ketika bergerak. Hal ini sejalan dengan penelitian Marlin *et al.*, (2024) yang menyatakan

bahwa sebagian besar pasien post sc mengalami nyeri berat hingga sedang pada 24 jam pertama pasca operasi dengan keluhan nyeri pada daerah insisi, ekspresi wajah meringgis, dan keterbatasan mobilisasi.

Sectio caesarea merupakan salah satu tindakan operatif dalam bidang obstetri yang dilakukan melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding uterus untuk mengeluarkan janin, plasenta, dan selaput ketuban. Tindakan ini dilakukan apabila persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan atau diperkirakan menimbulkan risiko. Meskipun *sectio caesarea* dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi pada kondisi tertentu, prosedur ini tetap merupakan tindakan pembedahan mayor yang menyebabkan kerusakan jaringan sehingga memicu respon inflamasi, nyeri pasca operasi, keterbatasan mobilisasi, dan gangguan rasa nyaman selama masa pemulihan (Yusman, 2024).

C. Gambaran Intervensi Keperawatan Terapi Rileksasi Pada Pasien Post SC

Berdasarkan tahapan perencanaan penulis mengacu pada perencanaan berdasarkan landasan teori dan perencanaan dibagi menjadi tiga tahap yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil dan merencanakan tindakan keperawatan. Dalam penyusunan intervensi dilakukan dengan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), serta disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Prinsip secara umum rencana keperawatan yang penulis lakukan pada Ny. D dan Ny. H.

Pada kasus Ny. D dan Ny. H penulis berencana mengatasi masalah ketidaknyamanan dan nyeri dengan tujuan Tingkat Kenyamanan Meningkat dan Tingkat Nyeri Menurun. Intervensi pada kasus ini sesuai dengan intervensi pada teoritis dan rencana dapat dilaksanakan berdasarkan intervensi dari diagnosa pada tinjauan kasus. Standar Intervensi Keperawatan (SIKI) yang digunakan adalah terapi rileksasi dengan aktivitas keperawatan yang dilakukan yaitu

identifikasi teknik rileksasi yang efektif digunakan, identifikasi kemampuan penggunaan teknik rileksasi sebelumnya, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, suhu sebelum dan sesudah dilakukan tindakan, monitor respon terhadap terapi rileksasi. Perawat juga menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan, mengajarkan terapi relaksasi napas dalam, terapi musik klasik, serta aromaterapi lemon. Apabila diperlukan, dilakukan kolaborasi dalam pemberian analgesik, sesuai indikasi. Jelaskan tujuan manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia, jelaskan secara rinci intervensi terapi rileksasi yang dipilih, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih, dan mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018). Beberapa *evidence based* digunakan dalam membantu mengatasi masalah gangguan rasa nyaman pada pasien *post sc* seperti memberikan terapi rileksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan terapi musik klasik

Peneliti hanya menggunakan tiga *evidence based* yaitu terapi relaksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan terapi musik klasik. Karena Peneliti menemukan bahwa ketiga intervensi ini telah terbukti efektif dalam membantu mengurangi gangguan rasa nyaman dan intensitas nyeri pada pasien *post sc*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marlin *et al.*, (2024) yang dilakukan di Ruang Kebidanan RSUD H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan, hasil uji *paired sample t-test* menunjukkan nilai *p-value* = 0,000 ($p < 0,05$), yang berarti terapi musik klasik berpengaruh signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri dan gangguan rasa nyaman pada pasien *post operasi sc*.

Fokus Karya Tulis Ilmiah Akhir ini adalah pemberian tindakan terapeutik sebagai intervensi keperawatan untuk menurunkan intensitas nyeri dan gangguan rasa nyaman pada pasien dengan diagnosis keperawatan gangguan rasa nyaman,

yaitu Ny. D dan Ny. H. Penulis memberikan intervensi yang sama pada kedua pasien karena memiliki diagnosis keperawatan yang sama, dengan kondisi klinis dan karakteristik keluhan yang hampir serupa. Intervensi yang diberikan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta didukung oleh penerapan *evidence based nursing* berupa terapi musik klasik, aromaterapi lemon, dan terapi rileksasi napas dalam. Seluruh intervensi yang disusun telah disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta mengacu pada landasan teori yang ada.

D. Gambaran Implementasi Keperawatan

Berdasarkan tahapan implementasi keperawatan sangat penting untuk membangun hubungan saling percaya agar upaya pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dirumuskan dapat diterima sebagai upaya penyelesaian masalah. Implementasi yang dilakukan penulis pada kedua responden berlangsung selama 3 hari dimulai pada tanggal 11 – 13 Juli 2026. Implementasi pada Ny.D dilaksanakan pada pukul 11.00 – 11.30 WIB di Ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu, sedangkan pada Ny.H dilaksanakan pada pukul 08.35-09.00 WIB di Ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Pada studi kasus ini Selama pelaksanaan implementasi, penulis memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi, serta penerapan *evidence based nursing*. Penulis juga melakukan evaluasi terhadap perkembangan kondisi pasien setiap hari untuk mengetahui respons pasien terhadap tindakan yang diberikan. Selama proses implementasi berlangsung, tidak ditemukan hambatan yang berarti. Seluruh rangkaian kegiatan, mulai dari proses perizinan, pengambilan data, hingga pelaksanaan asuhan keperawatan, dapat terlaksana dengan baik. Selain itu, pasien dan keluarga menunjukkan sikap kooperatif sehingga setiap tindakan keperawatan dapat diberikan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik mengidentifikasi kemampuan penggunaan teknik rileksasi sebelumnya, memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, suhu sebelum dan sesudah dilakukan tindakan, memonitor respon terhadap terapi rileksasi. . Perawat juga menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan, mengajarkan terapi relaksasi napas dalam, terapi musik klasik, serta aromaterapi lemon. Apabila diperlukan, dilakukan kolaborasi dalam pemberian analgesik, sesuai indikasi. Jelaskan tujuan manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia, jelaskan secara rinci intervensi terapi rileksasi yang dipilih, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih, dan mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Dan mengajarkan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri. Pada saat pelaksanaan implementasi, peneliti memberikan *evidence based* pada kedua kasus antara lain *evidence based* yang diterapkan yaitu Terapi Rileksasi Napas Dalam (Eka *Et Al.*, 2025), Aromaterapi Lemon (Sutrisna dkk, 2024), dan Terapi Musik Klasik (Maulidya *et al.*, 2024).

Pada *evidence based* pertama peneliti melakukan pemberian terapi Terapi Rileksasi Napas Dalam pada Ny.D dan Ny.H. Penelitian yang dilakukan oleh Eke *et al.*, (2025) di Ruang Kebidanan Serang RS Kota Sukabumi bahwa ada penurunan Tingkat nyeri dengan rata-rata skala nyeri 3 pada pasien *post sc*. Saat dilakukan terapi rileksasi napas dalam selama 15 menit dengan nilai P-value < 0,000. Terapi rileksasi napas dalam menjadi salah satu terapi komplementer yang efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien *post operasi sc*. Penelitian yang dilakukan oleh Udkhiyah dkk, (2023) juga mengatakan setelah diberikan terapi *post operasi sc* selama 3 hari dengan waktu 10-15 menit terjadi penurunan skala nyeri dari skala nyeri 6 menjadi skala 3.

Evidence based kedua yang diterapkan peneliti adalah aromaterapi lemon untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien *post operasi sc*. Intervensi ini

didukung oleh penelitian Sutrisna dkk. (2024) yang dilakukan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Hasil penelitian menunjukkan nilai $p\text{-value} = 0,001$ ($p < 0,05$), sehingga terdapat pengaruh yang signifikan dari pemberian aromaterapi lemon terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi appendiktomi. Pemberian aromaterapi lemon dilakukan dengan meneteskan 2–3 tetes minyak esensial lemon ke dalam *diffuser*, kemudian pasien menghirup aroma lemon selama 10–15 menit. Aromaterapi lemon memberikan efek relaksasi sehingga membantu menurunkan persepsi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada pasien.

Evidence based ketiga yang diterapkan peneliti adalah terapi musik klasik. Hal ini sejalan dengan penelitian Maulidya dkk. (2024) yang dilakukan di Ruang Kebidanan RSUD H. Bob Bazar, Kabupaten Lampung Selatan. Sebelum diberikan intervensi, sebagian besar pasien mengalami nyeri dengan intensitas sedang hingga berat, sedangkan setelah diberikan terapi musik klasik terjadi penurunan intensitas nyeri menjadi kategori ringan. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil studi kasus yang dilakukan peneliti, di mana setelah diberikan terapi musik klasik, intensitas nyeri pada Ny. D dan Ny. H mengalami penurunan selama masa perawatan. Hasil penelitian menunjukkan nyeri sebelum intervensi skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), sedangkan sesudah intervensi skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) Hasil penelitian menunjukkan nilai $p\text{-value} = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi musik klasik berpengaruh signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *post sc*.

Seluruh *evidence based* nursing yang dilakukan selama 3 hari berturut - turut terbukti menurunkan tingkat nyeri pada kedua pasien sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya. Faktor pendukung yang penulis temukan saat melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.D dan Ny.H adalah implementasi yang dilaksanakan berdasarkan rencana tindakan yang disusun dapat tercapai dengan baik. Hal ini dapat tercapai dikarenakan adanya dukungan keluarga

klien, peralatan yang memadai dan lengkap serta peran perawat ruangan yang memberikan kontribusi dan kerjasama kepada penulis.

Seluruh *evidence based* nursing yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut terbukti menurunkan tingkat nyeri pada kedua pasien sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya. Dari ketiga *evidence based* nursing yang diterapkan, musik klasik merupakan tindakan yang paling efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pada kedua pasien. Hal ini karena terapi musik klasik membantu pasien memusatkan perhatian pada suara musik yang tenang, sehingga perhatian terhadap rangsangan nyeri berkurang dan tubuh menjadi lebih rileks. Kondisi relaksasi tersebut dapat menurunkan persepsi nyeri sehingga pasien merasa lebih nyaman selama masa pemulihan. Keberhasilan pelaksanaan asuhan keperawatan tidak hanya dipengaruhi oleh intervensi yang diberikan, tetapi juga oleh kerja sama yang baik antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Dukungan keluarga dalam mendampingi pasien selama perawatan, ketersediaan fasilitas yang memadai, serta kolaborasi yang baik dengan perawat ruangan turut mendukung tercapainya tujuan asuhan keperawatan yang telah direncanakan.

E. Gambaran Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan tujuan dan luaran yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien, efektivitas intervensi, serta menentukan apakah intervensi perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan. Dalam penelitian ini, evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan S-O-A-P (Subjektif, Objektif, Analisa, dan Perencanaan) sebagai dasar dalam mendokumentasikan perkembangan kondisi klien secara sistematis dan berkesinambungan.

Hasil evaluasi menunjukkan keberhasilan dipengaruhi beberapa faktor yaitu, ketepatan penegakan diagnosa keperawatan, kesesuaian intervensi yang diberikan dengan kondisi pasien, konsistensi pelaksanaan implementasi, kepatuhan pasien mengikuti terapi, dukungan keluarga selama masa perawatan, serta kolaborasi yang baik antara perawat dan tim kesehatan lainnya. Pada evaluasi dari kedua kasus bahwa asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. D dan Ny. H berhasil mencapai tujuan yang ditetapkan berdasarkan SIKI : Terapi Rileksasi sebagian besar telah tercapai, ditandai dengan penurunan skala nyeri, meningkatnya kemampuan mobilisasi, serta meningkatnya kenyamanan pasien selama menjalani perawatan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penerapan manajemen kenyamanan yang di kombinasikan dengan terapi rileksasi napas dalam, aromaterapi lemon, terapi musik klasik, serta kolaborasi pemberian analgesik merupakan intervensi yang efektif dalam mengatasi gangguan rasa nyaman pada pasien *post sc*.

F. Keterbatasan Penulisan

Dalam pelaksanaan studi kasus, penulis tidak terlepas dari keterbatasan - keterbatasan yang terjadi seperti :

1. Studi kasus ini hanya dilakukan kepada dua pasien sehingga belum dapat menggambarkan keberhasilan tindakan pada semua pasien *post sci* yang mengalami gangguan rasa nyaman.
2. Penulis tidak melihat langsung keadaan pasien selama 24 jam sehingga penulis hanya mengambil data saat penulis melakukan asuhan keperawatan saja.
3. Studi kasus ini hanya berfokus pada satu masalah keperawatan utama, yaitu gangguan rasa nyaman pada pasien *post sc*. Penulis tidak membahas secara menyeluruh masalah keperawatan lain yang mungkin dialami klien, sehingga

gambaran kondisi kesehatan klien secara holistik belum sepenuhnya tergambar



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien post sc Ny. D dan Ny. H di Ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2026 dengan penerapan terapi rileksasi dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Didapatkan data subjektif dan objektif dari hasil pengkajian pada kedua pasien yang hampir sama, yaitu pasien mengeluhkan nyeri pada area luka post sc, tampak meringis, bersikap protektif dengan sering memegang area abdomen, serta terjadi peningkatan frekuensi nadi sebagai respons terhadap nyeri. Perbedaan yang ditemukan pada Ny. D dan Ny. H terletak pada intensitas nyeri yang dirasakan, di mana Ny. D mengalami nyeri dengan skala 7, sedangkan Ny. H mengalami nyeri dengan skala 6. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh kondisi fisiologis masing-masing pasien, tingkat toleransi terhadap nyeri, serta proses penyembuhan luka pasca operasi.
2. Ditegakkanya diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan agen pencedera fisik pada kedua pasien didukung dengan data subjektif dan data obyektif yang ditemukan.
3. Intervensi keperawatan perawatan kenyamanan yang diambil dari SIKI menjadi fokus intervensi pada kedua kasus dan ditambah dengan *evidence based nursing* yang mendukung yaitu terapi rileksasi napas dalam, aromaterapi lemon, dan musik klasik. Tujuan intervensi perawatan kenyamanan yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, bersikap protektif menurun, dan frekuensi nadi membaik
4. Implementasi keperawatan pada kedua pasien diberikan sama dengan rencana keperawatan yang telah disusun oleh penulis. Penulis tidak

menemukan adanya hambatan dalam melakukan implementasi pada pasien. Kedua pasien dan keluarga bersikap kooperatif dan mampu bekerja sama dengan baik. Dari ketiga *evidence based nursing* yang diterapkan, terapi musik klasik merupakan tindakan yang paling efektif

5. Evaluasi keperawatan pada kedua pasien menunjukkan bahwa tujuan asuhan keperawatan telah tercapai, yaitu terjadinya penurunan tingkat nyeri sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Kriteria hasil tersebut meliputi keluhan nyeri menurun, meringis menurun, perilaku protektif menurun, dan frekuensi nadi membaik. Pada Ny. D, intensitas nyeri luka post operasi menurun dari skala 7 menjadi skala 2, sedangkan pada Ny. H intensitas nyeri menurun dari skala 6 menjadi skala 3. Selain itu, kedua pasien tampak tidak lagi meringis, tidak lagi bersikap protektif pada area luka operasi, serta frekuensi nadi kembali mendekati batas normal.

B. Saran

1. Bagi Keilmuan Keperawatan
Dapat menambah referensi bagi keilmuan keperawatan mengenai perawatan pada pasien *post SC* yang mengalami gangguan rasa nyaman di ruangan Muzdalifah RSHD Kota Bengkulu.
2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan
Karya tulis ilmiah akhir ini dapat dijadikan informasi bagi pengembangan ilmu dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya perawatan pasien *post sc* dengan gangguan rasa nyaman.
3. Bagi Instansi Kesehatan
Mendapatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dalam mengatasi masalah keperawatan perawatan gangguan rasa nyaman pada pasien *post sc* dengan menerapkan intervensi yang berbasis bukti (*evidence based practice*).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggita, K. D., Isrofah, Daryaswanti, P. I., Masroni, Suratmi, & et. al. (2023). *Keperawatan Medikal Bedah*. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Bakti, A. (2023). *Pengukuran skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS)*.
- Cunningham, F. G., et al. (2024). *Obstetrics and gynecology principles*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu. (2025). *Profil kesehatan Provinsi Bengkulu tahun 2025*.
- Du, X., et al. (2024). Effect of progressive muscle relaxation on pain reduction. *Journal of Clinical Nursing*.
- Esadella, R., & Maryati, S. (2023). Pengaruh terapi musik klasik terhadap nyeri pasien post sectio caesarea. *Jurnal Keperawatan*.
- Eva, R. (2023). *Proses penyembuhan luka pasca operasi*.
- Febiantri, D., & Machmudah. (2023). Nyeri pada pasien post sectio caesarea. *Jurnal Keperawatan*.
- Greenberg, J. (2023). *Relaxation techniques and stress management*.
- Hastuti, D. (2024). *Patient-centered care dalam keperawatan*.
- IASP. (2024). *Definition of pain*. International Association for the Study of Pain.
- Indriani, D., & Darma, R. (2021). Pengaruh guided imagery terhadap nyeri post operasi. *Jurnal Kesehatan*.
- Kartika, R., et al. (2023). Guided imagery dalam menurunkan nyeri pasien. *Jurnal Keperawatan*.
- Kolcaba, K. (2024). *Comfort theory in nursing*.
- Kristensen, K., et al. (2024). *Cesarean section procedures*.
- Kumaat, L. (2023). Pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap nyeri. *Jurnal Keperawatan*.
- Multazam, M., et al. (2023). Relaksasi napas dalam pada pasien post SC. *Jurnal Nursing*.
- Myless, T. (2023). *Obstetric surgery principles*.
- Napisah, S., et al. (2022). Guided imagery therapy in pain management. *Journal of Health*.
- Natalia, N., et al. (2023). Pengaruh relaksasi napas dalam terhadap nyeri pasien post SC. *Media Husada Journal of Nursing Science*.
- Nisak, K., et al. (2023). Metode anestesi pada sectio caesarea. *Jurnal*

Medis.

- Nursalam. (2024). *Manajemen keperawatan.*
- Potter, P. A., et al. (2024). *Fundamentals of nursing.*
- Prawirohardjo, S. (2024). *Ilmu kebidanan.*
- Puspita, R. (2024). Terapi nonfarmakologis dalam keperawatan. *Jurnal Keperawatan.*
- Rahmayunia, K., et al. (2023). Efektivitas guided imagery terhadap nyeri. *Jurnal Kesehatan.*
- Ramadanty, S. (2025). Penatalaksanaan pasien post sectio caesarea. *Jurnal Keperawatan.*
- Safitri, D. (2024). Etiologi dan komplikasi sectio caesarea. *Jurnal Kebidanan.*
- Sensussiana, R. (2024). Faktor yang mempengaruhi kenyamanan pasien. *Jurnal Keperawatan.*
- Sulastri, T. (2024). Terapi musik klasik dalam menurunkan nyeri. *Jurnal Nursing.*
- Syaiful, A. (2024). Mekanisme nyeri post operasi. *Jurnal Medis.*
- Tasya, D. (2023). Pengaruh progressive muscle relaxation terhadap nyeri. *Jurnal Penelitian.*
- Tika, R., et al. (2022). ERACS pada sectio caesarea. *Jurnal Kebidanan.*
- Vitniawati, V., Kep, S., Kep, M., Paseno, M. M., Kes, M., Laoh, J. M., Pd, S., Kep, S., & Kep, M. (2020). *Pemeriksaan Fisik Keperawatan Editor : Ns . Saida , S.Kep ., M . Kes.*
- WHO. (2023). *Cesarean section rates worldwide.* World Health Organization.
- Yadhy, H., Hendra, & Nova. (2023). Patofisiologi sectio caesarea. *Jurnal Kesehatan.*
- Zuleikha, N., et al. (2022). Komplikasi ERACS pada pasien SC. *Jurnal Medis.*

LAMPIRAN

INFORMED CONSENT

Dengan hormat, Bapak/Ibu diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui **Asuhan Keperawatan Terapi Relaksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu**. Peneliti (saya) akan memberikan lembaran persetujuan ini dan menjelaskan bahwa keterlibatan anda dalam penelitian ini atas dasar sukarela. Nama saya adalah **Dinda Dwi Pustika**, mahasiswa Jurusan Keperawatan Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang beralamatkan di Kelurahan Padang Harapan, Kota Bengkulu. Saya dapat dihubungi di nomor 0831-2131-1863. Penelitian ini merupakan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ners (Ns).

Saya akan menjaga kerahasiaan responden dalam kegiatan ini. Nama pasien tidak akan dicantumkan dalam bentuk apa pun. Keterlibatan dalam kegiatan ini diharapkan dapat memberikan manfaat langsung bagi responden, yaitu membantu mengurangi nyeri pasca operasi melalui intervensi perawatan kenyamanan serta menambah pengetahuan terkait perawatan pasca operasi. Selain itu, sebagai bentuk apresiasi atas waktu dan partisipasi Bapak/Ibu, responden akan menerima kompensasi berupa perlengkapan kesehatan sederhana atau souvenir kenangan.

Apabila setelah berpartisipasi dalam kegiatan ini Bapak/Ibu masih memiliki pertanyaan, dapat menghubungi saya melalui nomor yang tertera di atas. Setelah membaca informasi dan memahami tujuan penelitian dan peran yang diharapkan dalam penelitian ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Bengkulu, 11 Juli 2026

Dinda Dwi Pustika
P01720425019

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Bapak/Ibu/Saudara Calon Responden

Di Ruang Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan hormat, Berdasarkan penjelasan penelitian (*Informed Consent*) yang telah dilampirkan sebelumnya, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dinda Dwi Pustika

NIM : P01720425019

Prodi : Pendidikan Profesi Ners

Memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi menjadi responden dalam asuhan keperawatan / Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) saya yang berjudul "**Asuhan Keperawatan Terapi Relaksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruangan Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu**".

Apabila Bapak/Ibu bersedia untuk menjadi responden dan ikut serta dalam penerapan asuhan keperawatan ini, saya memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani Surat Persetujuan Responden pada halaman berikutnya. Atas perhatian, waktu, dan kesediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Bengkulu, 11 Juli 2026
Hormat Saya,
Peneliti

Dinda Dwi Pustika
NIM. P01720425019

SURAT PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa setelah mendapatkan penjelasan secara rinci mengenai tujuan dan prosedur asuhan keperawatan yang akan dilakukan, maka saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Saudari Dinda Dwi Pustika Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bengkulu Program Studi Profesi Ners yang berjudul "Asuhan Keperawatan Terapi Relaksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruangan Muzdalifah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu".

Bahwasanya saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya, dan keluarga, sehingga saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Demikian surat persetujuan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 11 Juli 2026

.....

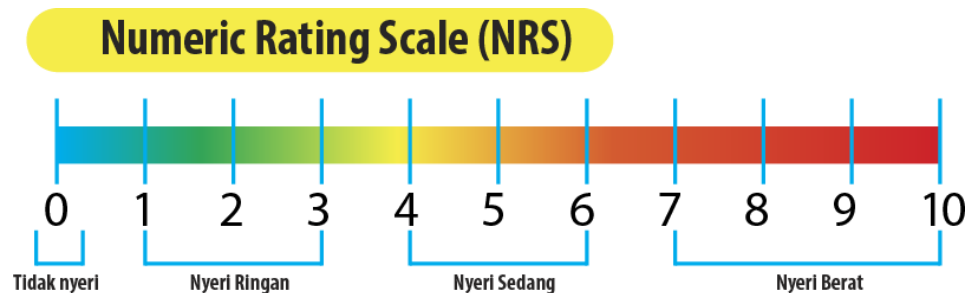
FORM PEMERIKSAAN SKALA NYERI

(Numeric Rating Scale)

1. Pengkajian PQRST

- **P (Provocative/Palliative):** Apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuatnya lebih baik/buruk? (Misal: bertambah saat bergerak/batuk).
- **Q (Quality/Quantity):** Bagaimana rasanya? (Misal: seperti ditusuk-tusuk, disayat, atau diremas).
- **R (Region/Radiation):** Di mana lokasinya? Apakah menyebar ke bagian tubuh lain?
- **S (Severity/Scale):** Seberapa parah nyerinya (0-10)?
- **T (Timing):** Kapan nyeri muncul? Apakah terus-menerus atau hilang timbul?

2. Skala Nyeri NRS (Numeric Rating Scale)



www.perawatpicu.com

- **0** : Tidak Nyeri
- **1 - 3** : Nyeri Ringan (Secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik)
- **4 - 6** : Nyeri Sedang (Secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri)
- **7 - 9** : Nyeri Berat (Secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan)
- **10** : Nyeri Sangat Berat (Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, lumpuh)

FORM PENGISIAN KUESIONER

A. Identitas Pasien

Nama (Inisial) :
 Usia :
 Jenis Kelamin :
 Alamat :

B. Kuesioner Tingkat Kenyamanan

Petunjuk: Berikan tanda centang (✓) pada kolom yang paling sesuai dengan perasaan Anda saat ini.

STS: Sangat Tidak Setuju (1)

TS: Tidak Setuju (2)

S: Setuju (3)

SS: Sangat Setuju (4)

No	 Pernyataan	STS	TS	S	SS
A. Dimensi Fisik					
1.	Saya merasa nyeri di bagian perut saya berkurang setelah tindakan.				
2.	Tubuh saya merasa lebih rileks dan tidak tegang.				
3.	Saya merasa mual saya berkurang setelah mencium aroma lemon.				
B. Dimensi Psikospiritual					
4.	Saya merasa lebih tenang dan tidak cemas menghadapi masa pemulihan.				
5.	Saya merasa percaya diri bahwa saya akan segera sembuh.				
6.	Teknik napas dalam membantu saya merasa lebih terkendali.				
C. Dimensi Lingkungan					
7.	Suasana di ruangan Muzdalifah mendukung istirahat saya.				

8.	Kebersihan dan ketenangan di sekitar tempat tidur saya terjaga.				
----	---	--	--	--	--

D.	Dimensi Sosial Budaya				
9.	Perawat memberikan perhatian dan dukungan yang cukup bagi saya.				
10.	Kehadiran keluarga membuat saya merasa lebih nyaman.				

Sumber: Nursalam (2024)



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
“Relaksasi Napas Dalam dan Aromaterapi Lemon”

Pengertian	Teknik relaksasi napas dalam adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat dan dalam, sedangkan aromaterapi lemon adalah intervensi keperawatan menggunakan minyak esensial lemon (<i>Citrus Lemon</i>) melalui indera penciuman untuk menurunkan intensitas nyeri dan memberikan rasa tenang.
Tujuan	1. Menurunkan intensitas nyeri <i>post Sc</i> 2. Memberikan efek relaksasi pada otot-otot yang tegang. 3. Meningkatkan suplai oksigen ke jaringan. 4. Mengurangi mual pasca-operasi (efek khas aromaterapi lemon). 5. Menurunkan kecemasan pasien.
Indikasi & Kontraindikasi	- Indikasi: Pasien <i>post-operasi</i> dengan keluhan nyeri, pasien yang mengalami kecemasan atau gangguan tidur. - Kontraindikasi: Pasien dengan asma berat, alergi terhadap aroma lemon, atau gangguan pada sistem penciuman (<i>anosmia</i>).
Persiapan Alat	1. Minyak esensial (<i>essential oil</i>) Lemon. 2. Media penghantar (kapas, <i>tissue</i>, atau <i>diffuser</i>). 3. Jam tangan dengan jarum detik (untuk menghitung durasi).
Persiapan Perawat	1. Membaca status pasien untuk memastikan tidak ada riwayat alergi aroma. 2. Menyiapkan alat (meneteskan 2-3 tetes minyak lemon ke kapas/<i>tissue</i>). 3. Mencuci tangan.
Prosedur Tindakan	Tahap Orientasi 1. Memberikan salam, identifikasi pasien, dan kontrak waktu. 2. Menanyakan skala nyeri awal (0-10) menggunakan <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS).

	3. Menjelaskan bahwa aroma lemon akan membantu relaksasi dan menurunkan nyeri. Tahap Kerja 1. Pengaturan Posisi: Atur pasien dalam posisi nyaman (duduk atau telentang dengan bantal). 2. Aplikasi Aromaterapi: Letakkan kapas berisi aromaterapi lemon sekitar 5-10 cm di depan hidung pasien atau berikan agar pasien memegangnya sendiri. 3. Instruksi Napas Dalam: Mintalah pasien untuk memejamkan mata dan fokus pada aroma lemon yang segar. 4. Inspirasi: Instruksikan pasien menghirup udara melalui hidung secara perlahan dalam 3 detik, sambil merasakan perut mengembang dan aroma lemon masuk ke sistem pernapasan. 5. Holding: Minta pasien menahan napas selama 2-3 detik (untuk optimalisasi pertukaran gas). 6. Ekspirasi: Instruksikan mengeluarkan napas melalui mulut secara perlahan (seperti meniup) selama 6 detik, sambil merasakan otot-otot tubuh menjadi rileks. 7. Ulangi siklus ini sebanyak 5-10 kali atau selama kurang lebih 5-15 menit sesuai kebutuhan pasien. 8. Berikan lingkungan yang tenang selama prosedur berlangsung. Tahap Terminasi 1. Mengobservasi respon pasien dan mengukur kembali skala nyeri (evaluasi hasil). 2. Menanyakan perasaan pasien setelah mencium aroma lemon dan bernapas dalam. 3. Memberikan edukasi agar pasien dapat melakukan teknik ini secara mandiri jika nyeri muncul kembali. 4. Mengakhiri pertemuan dengan salam dan merapikan alat. 5. Lakukan dokumentasi
--	---

Sumber : Nani (2025)



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

“Terapi Musik Klasik”

Pengertian	Terapi music klasik adalah terapi menggunakan musik digunakan sebagai salah satu teknik untuk penyembuhan suatu penyakit dengan menggunakan bunyi atau irama tertentu.
Tujuan	Tujuannya untuk meningkatkan atau memperbaiki berbagai kondisi, baik fisik, emosi, kognitif, maupun sosial bagi individu dari berbagai kalangan usia, meningkatkan energi tubuh, menyebabkan tubuh bereaksi, meningkatkan detak jantung dan tekanan darah.
Indikasi & Kontraindikasi	- Indikasi: Pasien <i>post-operasi</i> yang mengalami nyeri ringan-sedang, cemas, gelisah, atau sulit beristirahat. - Kontraindikasi: a. . Pasien dengan gangguan pendengaran berat. b. Pasien yang tidak menyukai terapi musik c. Pasien dengan kondisi kritis yang memerlukan observasi intensif tanpa gangguan.
Persiapan Alat	1. Headset 2. Handphone 3. Musik klasik 4. Skala nyeri pasien
Persiapan Perawat	1. Memahami kondisi pasien dan diagnosis medis pasien post op. 2. Mengetahui tingkat nyeri awal pasien. 3. Menyiapkan diri secara profesional, bersih, dan rapi 4. Mempersiapkan lingkungan yang nyaman, tenang, dan minim gangguan. 5. Menjelaskan tujuan dan manfaat terapi musik klasik kepada pasien. 6. Memastikan pasien bersedia mengikuti terapi. Mencuci tangan.

Prosedur Tindakan	1. Orientasi a. Salam terapeutik b. Memberikan penjelasan prosedur terapi musik c. Memberikan kesempatan bertanya kepada klien d. Kontrak waktu lamanya pemberian terapi music 2. Kerja a. Cuci tangan b. Atur posisi klien senyaman mungkin c. memakaikan perlengkapan terapi, seperti earphone dan volume musik d. Nyalakan MP3 dengan volume sedang e. Cek terlebih dahulu ke telinga pemberi intervensi sebelum diberikan kepada klien f. Pasang earphone di telinga klien g. Mainkan musik sesuai dengan waktu yang telah disepakati, yaitu 15 menit. h. Biarkan musik dimainkan selama 15 menit. i. Setelah 15 menit, akhiri intervensi terapi musik j. Observasi tekanan darah dan denyut jantung pada bedside monitor k. Lihat adanya perubahan tanda-tanda vital klien laporkan bila terjadi gangguan hemodinamik yang signifikan 3. Terminasi a. Menjelaskan bahwa prosedur telah selesai b. Evaluasi keadaan klien c. Melakukan pendokumentasian hasil observasi tekanan darah dan denyut jantung pada <i>bedside</i> monitor
--------------------------	---

Sumber : (Ajie, 2025)

Lembar Observasi

Waktu Pelaksanaan	Parameter Observasi	Sebelum Terapi (<i>Pre-test</i>)	Sesudah Terapi (<i>Post-test</i>)
HARI KE-1 Tanggal : Jam Pre : Jam Post :	1. Skala Nyeri (NRS 0-10)	Skala :	Skala :
	2. Tanda-Tanda Vital - Tekanan Darah - Frekuensi Nadi - Frekuensi Napas	 /..... mmHgx/menitx/menit	 /..... mmHgx/menitx/menit
	3. Respons Non-Verbal (Coret yang tidak perlu)	Tampak Meringis: Ya / Tidak Gelisah: Ya / Tidak Posisi Protektif: Ya / Tidak	Tampak Meringis: Ya / Tidak Gelisah: Ya / Tidak Posisi Protektif: Ya / Tidak
HARI KE-2 Tanggal : Jam Pre : Jam Post :	1. Skala Nyeri (NRS 0-10)	Skala :	Skala :
	2. Tanda-Tanda Vital		

	- Tekanan Darah - Frekuensi Nadi - Frekuensi Napas	 /..... mmHgx/menitx/menit	 /..... mmHgx/menitx/menit
	3. Respons Non-Verbal <i>(Coret yang tidak perlu)</i>	Tampak Meringis: Ya / Tidak Gelisah: Ya / Tidak Posisi Protektif: Ya / Tidak	Tampak Meringis: Ya / Tidak Gelisah: Ya / Tidak Posisi Protektif: Ya / Tidak
HARI KE-3 Tanggal : Jam Pre : Jam Post :	1. Skala Nyeri (NRS 0-10)	Skala :	Skala :

Petunjuk: Peneliti akan menanyakan tingkat nyeri Anda sebelum dan sesudah diberikan intervensi EBN (Relaksasi Napas Dalam, Aromaterapi Lemon, dll).

Keterangan Angka: 0 = Tidak Nyeri | 1-3 = Ringan | 4-6 = Sedang | 7-10 = Berat

IZIN PRA PENELITIAN



Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Bengkulu
Jalan Indragiri No.3 Padang Harapan
Bengkulu 38225
(0736) 341212
<https://www.poltekkesbengkulu.ac.id>

30 Januari 2026

Nomor : PP.06.02/F.XXIII.1/118 /2026
Perihal : Izin Pra Penelitian

Yth.
Kepala Rumah Sakit Harapan & Doa Kota Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan penyusunan tugas akhir dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) Mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2025/2026, dengan ini mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data, Pra Penelitian pada mahasiswa dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Dinda Dwi Pustika
Nim : P01720425019
Tempat : RSHD Kota Bengkulu
Judul : Asuhan Keperawatan Terapi Rileksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruangan Musdalifah RSHD Kota Bengkulu
No Handphone : 083121311863

Demikianlah, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terimakasih.



Makil Direktur I Bidang Akademik
Septiyanti, S.Kep, Ners, M.Pd





PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

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



SURAT IZIN PRA PENELITIAN

Nomor : 000.9.2/63/RSUD-HD_SI/2026

Dasar : Surat Permohonan Izin Pra Penelitian dari Mahasiswa Prodi Profesi Ners
 Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik
 2025/2026 Nomor: PP.06.02/F.XXIII,1/1178/2025 tanggal 30 Januari 2026

DENGAN INI MEMBERIKAN IZIN KEPADA

Nama	: Dinda Dwi Pustika
NPM	: P01720425019
Program Studi	: Profesi Ners
Ruangan Pra Penelitian	: IRNA, Muzdalifah
Judul Pra Penelitian	: Asuhan Keperawatan Terapi Rileksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruang Muzdalifah RSHD Kota Bengkulu
Waktu Pra Penelitian	: 04 Februari 2026 s/d 11 Februari 2026
Dengan Ketentuan	: 1. Tidak Boleh Mengakses Rekam Medis Pasien tanpa didampingi oleh petugas rumah sakit Dan tidak boleh Menyebarkan Luaskan Data Pasien 2. Tidak diperkenankan mengambil Gambar Foto/Video/Audio di area pelayanan rumah sakit sesuai undang – undang Praktik Kedokteran No.29/2004, Pasal 48 dan 51 dan Undang – undang Telekomunikasi No. 36/1999, Pasal 40. 3. Tidak diperkenankan memeriksakan sampel Darah, Dahak, dan Feses di laboratorium RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu 4. Harus mentaati peraturan Perundang – undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat. 5. Tidak memaksa, dan mengganggu jam kerja atau jam pelayanan Karyawan di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu 6. Apabila masa berlaku Izin Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Izin Pra Penelitian ke Bagian Diklat RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu. 7. Surat Izin Pra Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan dari RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu..

Demikianlah Surat Izin Pra Penelitian ini dikeluarkan, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 3 Februari 2026
 Direktur UPTD Rumah Sakit Umum Daerah
 Harapan dan Doa Kota Bengkulu,



dr. Lista Cerlyviera. MM
 Pembina TK. I (IV/b)
 NIP. 196907041999032003



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA
Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223
(0736) 34 5100|Fax (0736) 345 100 |kotabengkulunsud@gmail.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 000.9.2/70/RSUD-HD/SKET/2026

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Dinda Dwi Pustika
NPM : P01720425019
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Ruangan Penelitian : Muzdalifah RSHD
Tanggal Penelitian : 06 Juli 2026 s/d 05 Agustus 2026

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul "Asuhan Keperawatan Terapi Rileksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruang Muzdalifah Rumah Sakit Harapan & Doa Kota Bengkulu Tahun 2026 Demikianlah surat ini dikeluarkan, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 10 Juli 2026

Direktur UPTD Rumah Sakit Umum Daerah
Harapan dan Doa Kota Bengkulu,



dr. Lista Cerlyviera. MM
Pembina TK. I (IV/b)
NIP. 196907041999032003

LEMBAR KONSUL KIAN
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
TA. 2025/2026

NAMA	:	Dinda Dwi Pustika
NIM	:	P01720425019
JUDUL SKRIPSI	:	Asuhan Keperawatan Terapi Rileksasi Pada Pasien Post SC Dengan Gangguan Rasa Nyaman Di Ruang Muzdalifah Rsud Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2026
PEMBIMBING	:	Ns. Kheli Fitria Annuril, S.Kep., M.Kep,Sp.Kep,Mat

NO	TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	PARAF
KONSUL PROPOSAL				
1.	Senin, 9 Februari 2026	Konsul BAB 1-lampiran	• Tambahkan pengertian terapi dan jurnal di bab 1 • Pahami lagi tentang terapi yang di ambil • Tambahkan materi di bab 2 • Tambahkan jurnal minimal 1 di setiap penjelasan yang berbeda • Perbaiki kata-kata yang kurang pas di setiap paragraf	AS
2.	Kamis, 16 Februari 2026	Konsul BAB 1-lampiran	• Bab 2 kurang lengkap dan tambahkan kembali jurnal	AS
3.	Jumat, 9 April 2026	Konsul BAB 1-lampiran	• Perbaiki kembali bab 2 pada penelitian terkait, harus dijabarkan • Pada bab 2 tabel intervensi lengkap siki yang kurang	AS
4.	Jumat, 23 April 2026	Konsul BAB 1-lampiran	ACC PROPOSAL KIAN	AS

KONSUL HASIL				
7.	Rabu , 23 Juni 2026	Konsul bab 4-6 dan lampiran hasil	• Perbaiki BAB 4-6 • Tambahkan jurnal tentang hasilnya	As
8.	Senin, 29 Juni 2026	Konsul bab 4-6 dan lampiran hasil	• Perbaiki implementasi hari ke 1 ada yang typo dan luka nya tidak ada • Perbaiki bab 5 tentang pembahasan yang kata-katanya kurang nyambung ke bab 4	As
9.	Selasa, 30 Juni 2026	Konsul bab 5-6 dan lampiran hasil	• Perbaiki sedikit lagi di bab 5 tentang pembahasannya • Tambahkan di bab 6 kesimpulan itu nama pasiennya dan typo nya	As
10.	Kamis, 02 Juli 2026	Konsul bab 5-6 dan lampiran hasil	• Perbaiki dikit lagi di bab 5 tentang pembahsan hasil implementasinya • Tambahkan jurnal satu lagi di bab 5	As
11.	Senin, 06 Jli 2026	Konsul bab 6 dan lampiran hasil	• Perbaiki lagi di bab 6 tentang typo nya dan lampiran tambahkan hasil alat ukurnya	As
12.	Rabu, 08 Juli 2026	Konsul BAB 1-lampiran	• Perbaiki sedikit lagi pada bab 5 kata-katanya ada yang kurang pas dan kurang nyambung dengan kalimat yang di atasnya	As
13.	Kamis, 09 Juli 2026	Konsul BAB 1-lampiran	ACC HASIL KIAN	As

DOKUMENTASI

Hari ke 1

Ny.D	Ny. H
Mendemonstrasikan teknik pemberian aromaterapi lemon 	Mendemonstrasikan teknik pemberian aromaterapi lemon di hari pertama 
Mendemonstrasikan terapi rileksasi napas dalam 	Mendemonstrasikan terapi rileksasi napas dalam 
Mendemonstrasikan terapi musik klasik 	Mendemonstrasikan terapi musik klasik 

Ny. D	Ny.H
Mendemonstrasikan teknik pemberian aromaterapi lemon hari kedua 	Mendemonstrasikan teknik pemberian aromaterapi lemon hari kedua 
Mendemonstrasikan terapi rileksasi napas dalam 	Mendemonstrasikan terapi rileksasi napas dalam 
Mendemonstrasikan teknik musik klasik 	Mendemonstrasikan teknik musik klasik 

Ny. D	Ny. H
Mendemonstrasikan teknik pemberian aroma terapi lemon hari ketiga 	Mendemonstrasikan teknik pemberian aromaterapi lemon di hari ketiga 
Mendemonstrasikan terapi rileksasi napas dalam dalam 	Mendemonstrasikan terapi rileksasi napas dalam dalam 
Mendemonstrasikan terapi musik klasik 	Mendemonstrasikan terapi musik klasik 