

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA POSTPARTUS
PREMATURUS *SECTIO CAESAREA* DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) HARI KE-1 DI RUANG NIFAS RUMAH SAKIT AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT
PENDEKATAN EVIDENCE BASED NURSING
TERAPI MUROTAL AL-QUR'AN**

KARYA ILMIAH AKHIR KOMPREHENSIF



Oleh :

DEVI SEPTIANI

NIM. 402023132

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS 'AISYIYAH BANDUNG

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA POSTPARTUS
PREMATURUS *SECTIO CAESAREA* DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) HARI KE-1 DI RUANG NIFAS RUMAH SAKIT AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT
PENDEKATAN EVIDENCE BASED NURSING
TERAPI MUROTAL AL-QUR'AN**

KARYA ILMIAH AKHIR KOMPREHENSIF

*Diajukan Untuk Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Bandung*



Disusun Oleh :

DEVI SEPTIANI

NIM. 402023132

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS 'AISYIYAH BANDUNG

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

DEVI SEPTIANI

NIM. 402023132

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA POSTPARTUS
PREMATURUS *SECTIO CAESAREA* DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) HARI KE-1 DI RUANG NIFAS RUMAH SAKIT AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT
PENDEKATAN EVIDENCE BASED NURSING
TERAPI MUROTAL AL-QUR'AN**

**Telah Disetujui Untuk Diajukan Ujian Sidang Karya Ilmiah Akhir Program
Studi Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Bandung**

Pembimbing



Bhekti Imansari, S.Kep, Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang berjudul

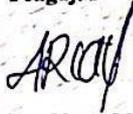
**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA POSTPARTUS
PREMATURUS *SECTIO CAESAREA* DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) HARI KE-1 DI RUANG NIFAS RUMAH SAKIT AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT
PENDEKATAN EVIDENCE BASED NURSING
TERAPI MUROTAL AL-QUR'AN**

Disusun Oleh :
DEVI SEPTIANI
NIM. 402023132

Telah Disetujui Dan Dapat Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Sidang KIA
Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Bandung
dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima:

Bandung, 8 Agustus 2024

Penguji I



Ariani Fatmawati, S.Kep., Ners., M.Kep.-Sp, Kep.Mat

Penguji II



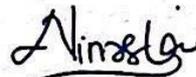
Euis Tuti, S.Kep., Ners, M.Kep.

Ketua Penguji/Pembimbing



Bhekti Imansari, S.Kep, Ners., M.Kep

Ketua Program Profesi Ners
Universitas A'isyiyah Bandung



Nina Gartika, S.Kp., M.Kep

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Mahasiswa : Devi Septiani

NIM : 402023132

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini saya mengtaakan bahwa tidak melakukan plagiarisme atau penjiplakan pengambilan karangan, pendapat atau karya orang lain dalam penulisan karya Tulis Ilmiah yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Postpartus Prematurus *Sectio Caesarea* Dengan Ketuban Pecah Dini (Kpd) Hari Ke-1 Di Ruang Nifas Rumah Sakit Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Pendekatan Evidence Based Nursing Terapi Murotal Al-Qur'an

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiarisme, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang diperoleh karna karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku diperguruan tinggi ini. Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan kesadaran sendiri dan tidak diatas tekanan ataupun paksaan dari pihak manapun demi menegakan integritas akademik diinstusi ini.

Bandung, 29 Mei 2024



Devi Septiani

KESEDIAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Mahasiswa : Devi Septiani

NIM : 402023132

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan Ilmu Pengetahuan,saya menyetujui untuk memberikan kepada Universitas 'Aisyiyah Bandung Hak Bebas Royalti Noneksklusif -Free (Non-exclusive Royalty Right) atas karya Tulis Ilmiah yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Prematurus *Sectio Caesarea* Dengan Ketuban Pecah Dini (Kpd) Hari Ke-1 Di Ruang Nifas Rumah Sakit Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Pendekatan Evidence Based Nursing Terapi Murotal Al-Qur'an

Hak bebas Royalti Noneksklusif ini,Universitas 'Aisyiyah Bandung berhak menyimpan,mengalihkan dalam bentuk media lain,mengelolahnya dalam bentuk pangkalan data (database),merawat dan mengpublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
Demikian pernyataan ini sya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung 29 Mei 2024

Mengetahui,

Pembimbing



Bhekti Imansari, S.Kep, Ners., M.Kep

Yang Bersangkutan



Devi Septiani

MOTTO HIDUP

“Selalu Ada Harapan Bagi Mereka Yang Sering Berdoa. Selalu Ada Jalan Bagi Mereka Yang Sering Berusaha”

(IRWANTO SYAMSUALAM DESTA FERUSEHA)

PERSEMBAHAN

Karya Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

PERTAMA :

Karya Ilmiah Akhir dan segala perjuangan saya hingga titik ini, saya dedikasikan kepada kedua orang tua tercinta dan tersayang, Bapak Warsita dan ibu Ayi Mulyanah, orang hebat yang selalu menjadi penyemangat saya sebagai sandaran terkuat dari kerasnya dunia. Yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan motivasi, memberikan support secara moral maupun finansial, memberikan kekuatan serta doa baik yang tidak pernah berhenti, Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan saya, Terimakasih untuk semuanya berkat doa dan dukungan Mama dan Papa saya bisa berada dititik ini. Sehat selalu dan Hiduplah lebih lama lagi Mama dan Papa harus selalu ada disetiap perjalanan dan pencapaian hidup saya. Semoga Allah SWT membalas dengan banyaknya kebaikan di dunia dan akhirat.

KEDUA

Kakak kandungku tersayang Anita Pertiwi, S.Pd dan Neng Sri Pebriyanti, S.Kom dan kaka ipar Firman Sugiarso, S.H yang selalu memberikan dorongan dan motivasi hingga bisa ke tahap saat ini. Semoga selalu diberkahi dan diberikan kesehatan.

KATAPENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, yang mana telah memberikan nikmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “*Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Kasus Post Sectio Caesarea Di Ruang Nifas Rumah Sakit Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat: Pendekatan Evidence Based Nursing*”. Karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) di Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Bandung.

Maka dari itu peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Tia Setiawati, S.Kep.,M.Kp.,Ns.,Sp.Kep.An selaku Rektor Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Bandung.
2. Dr. Sitti Syabariyah, S.Kp., MS.Biomed selaku Wakil Rektor I Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Bandung.
3. Nandang Jamiat, M.Kep., Ns. Sp.Kep. Kom selaku Wakil Rektor II Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Bandung.
4. Popy Siti Aisyah, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Bandung.

5. Nina Gartika, S.Kp., M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Profesi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Bandung
6. Riandi Alvin, M.Kep, Selaku Koordinator Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Bandung.
7. Bakti Imansari, M.Kep Selaku Dosen Pembimbing Akademik Yang Telah Meluangkan Waktunya Untuk Membimbing Penulis Dengan Penuh Kesabaran Dalam Memberikan Dukungan, Pengarahan Serta Saran Dalam Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ini
8. Ariani Fatmawati, S.Kep., Ners., M.Kep..Sp, Kep. Mat Selaku Penguji Sidang I Yang Telah Memberikan Masukan Selama Pelaksanaan Ujian Karya Ilmiah Akhir
9. Euis Tuti, S.Kep., Ners, M.Kep selaku penguji sidang II yang Telah Memberikan Masukan Selama Pelaksanaan Ujian Karya Ilmiah Akhir
10. Seluruh dosen pengajar program studi Sarjana Keperawatan dan juga seluruh staff Universitas 'Aisyiyah Bandung.
11. Kedua orang tua saya Bapak Warsita dan Ibu Ayi Mulyanah yang telah membesarkan saya, dan juga yang senantiasa mendo'akan yang terbaik bagi anak-anaknya.
12. Kepada Seluruh Teman-teman sarjana keperawatan dan profesi ners angkatan 2023 yang mana telah memberikan masukan, semangat dan juga bantuan dalam proses penyusunan tugas karya tulis ilmiah ini

Akhir kata penulis sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang berperan serta dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini. Semoga kebaikan seluruh pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini terbalaskan oleh Allah SWT.

Bandung, 29 Mei 2024

Penulis

ABSTRAK

DEVI SEPTIANI

402023132

ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA POSTPARTUS PREMATURUS *SECTIO CAESAREA* DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) HARI KE-1 DI RUANG NIFAS RUMAH SAKIT AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT : PENDEKATAN EVIDENCE BASED NURSING

Latar Belakang: Nyeri yang dikeluhkan pasien post operasi SC yang berlokasi pada daerah insisi, disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus. Penatalaksanaan nonfarmakologis saat ini dianjurkan, karena tidak menimbulkan efek samping, dan mampu dilakukan oleh pasien secara mandiri. **Metode:** Metode penelitian ini menggunakan studi kasus. **Hasil:** Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SC). Intervensi yang dilakukan adalah memberikan teknik non farmakologis terapi Murotal Al-Quran. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas yang telah dibuat, dan tindakan keperawatan dapat terlaksana dengan baik. Pada evaluasi keperawatan masalah dapat teratasi pada waktu yang ditentukan yaitu 3x24 jam. Dalam tinjauan kasus pada pertemuan hari ke 3 tujuan teratasi. **Diskusi:** Diharapkan klien dan keluarga bisa menerapkan terapi Murotal Al-Quran dan perawat mampu mempertahankan SOP serta melakukan monitoring pada pelaksanaan pelayanan kesehatan secara periodik.

Kata kunci: *Sectio Caesarea*, Nyeri Akut, KPD, Post Partum Asuhan Keperawatan

ABTRACT

DEVI SEPTIANI

402023132

ACUTE PAIN NURSING CARE FOR POSTPARTUS PREMATURUS SECTIO CAESAREA WITH PREMIUM RUPTURE OF AMNIUS (KPD) DAY ONE IN THE PUBLIC ROOM OF AL-IHSAN HOSPITAL, WEST JAVA PROVINCE: AN EVIDENCE BASED NURSING APPROACH

Background: Pain complained of by postoperative SC patients located in the incision area, caused by tearing of tissue in the abdominal wall and uterine wall. Nonpharmacological management is currently recommended, because it does not cause side effects, and can be done by patients independently. **Methods:** This research method uses a case study, **Results:** The nursing diagnosis of acute pain is related to a physical injury agent (SC). The intervention carried out was providing non-pharmacological techniques of Murotal Al-Quran therapy. The implementation of nursing actions is carried out in accordance with the planning of nursing diagnoses in accordance with the priorities that have been made, and nursing actions can be carried out well. In the nursing evaluation, the problem can be resolved within the specified time, namely 3x24 hours. In the case review at the day 3 meeting the objectives were resolved. **Discussion:** It is hoped that clients and families can apply Murotal Al-Quran therapy and nurses are able to maintain SOPs and monitor the implementation of health services periodically.

Keywords: Sectio Caesarea, Acute Pain, PROM, Post Partum Nursing Care

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| COVER DALAM | i |
| PERSETUJUAN PEMBIMBING | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| SURAT PERNYATAAN | iv |
| KESEDIAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | v |
| MOTO HIDUP | vi |
| PERSEMBAHAN | vii |
| KATA PENGANTAR | viii |
| ABSTRAK | x |
| ABTRACK | xi |
| DAFTAR ISI | xii |
| DAFTAR TABEL | xvi |
| DAFTAR GAMBAR | xvii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvii |
| BAB I PENNDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 5 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| 1. Tujuan Umum..... | 5 |
| 2. Tujuan Khusus | 5 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 6 |
| 1. Manfaat Teoritis | 6 |
| 2. Manfaat Praktis..... | 7 |
| E. Sistematika Penulisan | 7 |
| BAB II TINJAUAN TEORITIS | 9 |
| A. Anatomi Fisiologi Sistem Resproduksi Wanita | 9 |
| 1. Anatomi Fisiologi Sistem Resproduksi Wanita..... | 9 |
| B. Konsep Post Partum..... | 12 |

| | |
|--|----|
| 1. Definisi | 12 |
| 2. Tahap-Tahap Post Partum | 13 |
| 3. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Postpartum | 13 |
| 4. Perubahan Psikologis Postpartum | 20 |
| 5. Adaptasi Psikologis Ibu PostPartum..... | 21 |
| 6. Pathway | 22 |
| C. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i> | 23 |
| 1. Definisi <i>Sectio Caesarea</i> | 23 |
| 2. Etiologi | 23 |
| 3. Patofisiologi..... | 24 |
| 4. Klasifikasi <i>Sectio Caesarea</i> | 25 |
| 5. Indikasi <i>Sectio Caesarea</i> | 26 |
| 6. Komplikasi..... | 27 |
| 7. Pemeriksaan Diagnostik | 28 |
| 8. Penatalaksanaan..... | 29 |
| 9. Perawatan Post Operasi <i>Sectio Caesarea</i> | 30 |
| D. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini (KPD)..... | 33 |
| 1. Definisi | 33 |
| 2. Etiologi | 33 |
| 3. Patofisiologi..... | 34 |
| 4. Manifestasi Klinis..... | 35 |
| 5. Penatalaksanaan..... | 36 |
| 6. Komplikasi..... | 36 |
| E. Konsep Dasar Nyeri..... | 37 |
| 1. Definisi | 37 |
| 2. Penyebab..... | 38 |
| 3. Teori-Teori..... | 38 |
| 4. Endogenous Opiat Theory | 39 |
| 5. Klasifikasi..... | 40 |
| 6. Etiologi Nyeri | 42 |
| 7. Pengukuran Nyeri | 43 |

| | |
|---|------------|
| 8. Metode Pengukuran Intensitas Nyeri..... | 45 |
| 9. Fisiologi | 47 |
| 10. Intensitas | 49 |
| 11. Dampak..... | 51 |
| F. Konsep Asuhan Keperawatan | 52 |
| 1. Pengkajian | 52 |
| 2. Riwayat Kesehatan Sekarang | 54 |
| 3. Analisa Data | 68 |
| 4. Diagnosa Keperawatan | 69 |
| 5. Intervensi Keperawatan | 71 |
| G. Analisa Pico..... | 83 |
| H. Critical Appraisal Artikel EBN | 84 |
| I. SOP Terapi Murotal Al-Quran..... | 94 |
| BAB III LAPORAN KASUS DAN HASIL..... | 96 |
| A. Pengkajian | 96 |
| B. Variabel Penelitian..... | 45 |
| 1. Variabel Independen..... | 45 |
| 2. Variabel Dependen | 46 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN..... | 63 |
| A. Hasil Penelitian | 63 |
| B. Analisa Data | 111 |
| C. Diagnisa Keperawatan..... | 113 |
| D. Perencanaan Keperawatan..... | 114 |
| E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan | 120 |
| F. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 2 | 127 |
| G. Catatan Perkembangan | 135 |
| BAB V PEMBAHASAN | 144 |
| A. Pengkajian Pada Pasien Post Partum | 144 |
| 1. Pengkajian Pada Pasien 1 dan 2 | 144 |
| 2. Keluhan Utama | 145 |
| 3. Pembahasan Diagnosa Keperawatan | 146 |

| | |
|---|------------|
| 4. Pembahasan Perencanaan, Implementasi Dan Evaluasi..... | 146 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 150 |
| A. Kesimpulan..... | 150 |
| B. Saran..... | 152 |
| DAFTAR PUSTAKA | 153 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 2. Intervensi Keperawatan Toeri | 71 |
| Tabel 2.2 PICO..... | 83 |
| Tabel 2.3 Critical Appraisal Artikel EBN..... | 84 |
| Tabel 2.4 SOP Terapi Murotal Al-quran..... | 94 |
| Tabel 3.1 Hasil Anamnesa Biodata dan Riwayat Kes Pasien | 96 |
| Tabel 3.2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik | 101 |
| Tabel 3.3 Hasil Pengkajian Psikososial Dan Spiritual | 104 |
| Tabel 3.4 Hasil Data Penunjang..... | 107 |
| Tabel 3.5 Terapim Obat | 107 |
| Tabel 3.6 Hasil Pengkajian Aktivitas Sehari-Hari (ADL) | 108 |
| Tabel 3.7 Analisa Data..... | 111 |
| Tabel 3.8 Perencanaan Keperawatan | 114 |
| Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 1 | 120 |
| Tabel 3.10 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 2..... | 127 |
| Tabel 3.11 Catatan Perkembangan..... | 135 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1 Organ Genetalia Wanita Eksterna | 9 |
| Gambar 2.2 Pathway | 22 |
| Gambar 2.3 Verbal Descriptor Scale (VDS)..... | 45 |
| Gambar 2.4 Numeric Rating Scale (NRS) | 45 |
| Gambar 2.5 Visual Analog Scale (VAS) | 46 |
| Gambar 2.6 Wong Baker Pain Rating Scale | 46 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur | 152 |
| Lampiran 2 Lembar Bimbingan KIAN | 154 |
| Lampiran 3 Lembar Pengumpulan KIAN..... | 156 |
| Lampiran 4 Lembar Uji Turnitin..... | 157 |
| Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup..... | 158 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah proses memindahkan janin, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus melalui jalan lahir. Proses persalinan terbagi menjadi dua yaitu persalinan normal atau pervaginam, dan buatan dengan melakukan penyayatan dinding perut. Adapun kondisi-kondisi yang mengharuskan *Section Casarea* secara garis besar di bagi menjadi dua: dari faktor ibu dan janin, faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida. Splusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, pre-eklamsi berat (PEB), ketuban pecah dini (KPD), bekas section casarea sebelumnya dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrasi.

Post partum adalah masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masabeberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan (Rose & Janet, 2018). Masa post partum dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada masasebelum hamil yang berlangsung kira-kira enam minggu, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi

kembali kekeadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Wahyuningsih, 2018).

Dalam masa post partum terjadi perubahan fisiologis yaitu seperti perubahan sistem reproduksi, perubahan sistem pencernaan, perkemihan, muskuloskeletal, tanda-tanda vital, kardiovaskular, hematologi, dan sistem endokrin (Marliandiani, 2015). selain itu pada masa postpartum ibu banyak mengalami perubahan psikologis untuk menghadapi masa post partum, bila tidak ditangani dengan baik dapat membahayakan kesehatan bagi ibu pada masa post partum. Menurut Rini & Kumala (2017), perubahan psikologis initerjadi pada masa postpartum yang terdiri dari tiga periode penyesuaian seorang ibu terhadap peran barunya menjadi orang tua yaitu ada periode taking in (fase ketergantungan), periode taking hold (fase transisi antara ketergantungan dan kemandirian) dan periode letting go (fase mandiri).

Sedangkan perubahan post partum pada pasien SC akan menimbulkan rasa nyeri biasanya dirasakan pasca melahirkan, karena pada waktu proses pembedahan SC, dokter telah melakukan pembiusan. Pengaruh obat bius biasanya akan menghilang sekitar 4 jam setelah proses persalinan selesai. Setelah efek bius habis, rasa nyeri pada bagian perut mulai terasa karena luka yang terdapat di bagian perut (Sofiyah, 2016).

Masalah yang sering mengancam kehamilan yaitu adanya indikasi ketuban pecah dini, ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan (Rohmawati & Fibriana, 2018). Ketuban pecah

dini sering menyebabkan dampak yang serius pada ibu serta bayinya, terutama dalam kematian perinatal yang cukup tinggi (Legawati, 2018).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tandatandapersalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada kehamilan cukup bulan maupun pada kehamilan belum cukup bulan, pada keadaan ini dimana risiko ibu dan janin meningkat. Ketuban pecah dini merupakan salah satu masalah dalam kasus kedaruratan kehamilan dan persalinan. Setelah ketuban pecah, kuman yang berada di servik mengadakan invasi ke dalam selaput ketuban (*saccus amnion*) dan dalam waktu 24 jam cairan ketuban akan terinfeksi (Kennedy et al., 2019).

World Health Organization (WHO) tahun 2023, memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran salah satunya akibat ketuban pecah dini. Prevalensi KPD di dunia mencapai 2-10% dan KPD mempengaruhi sekitar 5-15% dari kehamilan dengan insidensi tertinggi berada di Afrika. Angka kejadian KPD di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 mencapai 5,6% dari semua kehamilan (Byonanuwe et al., 2020)

Laporan Kementerian Kesehatan Indonesia Tahun 2020 angka kejadian ketuban pecah dini sebanyak 13,1% dari jumlah persalinan, pada tahun 2021 terjadi peningkatan jumlah kejadian ketuban pecah dini di Indonesia menjadi 14,6% (Kemenkes RI, 2021). Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat pada tahun 2021 jumlah kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin tercatat

sebanyak 13,1% dan pada tahun 2022 jumlah kejadian ketuban pecah dini yaitu mengalami peningkatan menjadi 13,6% (Kemenkes RI, 2022).

Dampak yang ditimbulkan ketuban pecah dini terhadap janin meliputi lahir belum cukup bulan (prematunitas), infeksi, posisi janin (mal presentasi), prolaps tali pusat dan kematian saat persalinan, sedangkan dampak terhadap ibu ialah persalinan lama, perdarahan setelah persalinan, rahim tidak bisa berkontraksi kembali setelah melahirkan (atonia uteri), infeksi persalinan. Faktor risiko ibu yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini antara lain pekerjaan, jumlah anak yang mampu hidup diluar rahim (paritas), umur, riwayat ketuban pecah dini, usia kehamilan, infeksi, trauma, leher rahim membuka terlalu awal pada kehamilan (servik inkompeten) dan pendapatan (Prawirohardjo, 2016) dalam (P. A. D. Lestari, 2021).

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Dahlia, 2014). Operasi *Caesar* atau sering disebut dengan *sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Indikasi dilakukan *sectio caesarea* yaitu plasenta previa, panggul sempit, disproporsi janin/panggul, ruptur uteri yang mengancam, partus lama, partus tak maju, distosia servik, pre-eklamsi, hipertensi, dan malpresentasi janin (Nurarif dan Kusuma, 2020). Bukan

saja pembedahan lebih aman bagi ibu, tetapi juga jumlah bayi yang cedera akibat partus lama dan pembedahan traumatik vagina menjadi berkurang.

Berdasarkan hasil penelitian (Islami, 2021) dampak dari ibu post partum yaitu *afterpains* adalah rasa nyeri (kram, dan mules-mules) yang dapat berlangsung selama 3-10 hari post partum dan sering terjadi pada ibu multipara, karena uterus yang teregang penuh dua kali lipat cenderung cenderung nyeri yang dirasakan oleh ibu nifas adalah masalah serius yang nantinya akan menimbulkan dampak berupa gangguan kesehatan dapat mengganggu dalam perawatan ibu nifas dan bayinya. Hal ini harus segera ditangani oleh perawat agar dapat meningkatkan kenyamanan ibu nifas. Tindakan tersebut dapat berupa tindakan farmakologis: dengan memberikan obat analgesic dan tindakan non farmakologis seperti menilai nyeri, mengkosongkan kandung kemih, memberikan posisinya nyaman, teknik relaksasi, meningkatkan istirahat, penyuluhan nutrisi dan senam nifas.

Keadaan nyeri post operasi *sectio caesarea* pada ibu akan menjadi gangguan yang menyebabkan terbatasnya mobilitas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) tidak terpenuhi, *activity of daily living* (ADL) terganggu karena peningkatan intensitas nyeri pada post operasi *sectio caesarea*. Sehingga perawat perlu melakukan perannya sendiri sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif, meliputi pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, melalui asuhan keperawatan baik dengan farmakologi yaitu kolaborasi analgetic maupun non farmakologi yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, aroma

terapi, imajinasi terbimbing, teknik genggam jari, akupuntur, dan lain-lain. Teknik distraksi (pengalihan) untuk menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan dengan terapi mendengarkan Murottal Al-Qur'an (Khairun Nuhan, dkk, 2018).

Terapi murottal Al-Quran merupakan bacaan ayat-ayat suci Al Quran yang dapat menurunkan nyeri dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri, terapi Murottal Alquran diteliti oleh Ahmad Al Khadi direktur utama Islamic Medicine Institute for Education and Research di Negara Florida, Amerika Serikat, hasil dari penelitian ini menunjukkan dengan mendengarkan lantunan ayat suci Al-Quran menimbulkan efek yang positif dalam membantu menimalisir rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah (Elzaky, 2020).

Surah Ar Rahman adalah salah satu ayat-ayat dalam Al Quran yang bermanfaat sebagai terapi Murottal Al Quran. Secara fisiologis lantunan Surah Ar Rahman dapat memberikan efek relaksasi yang ditandai dengan t kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, dan adanya perubahan frekuensi denyut jantung, penurunan tekanan darah, penurunan frekuensi nafas (Salim, 2021).

Peran petugas Kesehatan adalah memantau persalinan sampai periode postpartum untuk mendeteksi dini adanya komplikasi dan mengupayakan agar ibu dapat melalui persalinannya dan kelahirannya dengan aman, dengan menyiapkan iu dari sejak ibu hamil baik secara fisik maupun psikologis, disamping itu Bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin dengan memberikan Asuhan Keperawatan Maternitas secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial pada pasien selama masa

antenatal, intranatal sampai masa postnatal dengan baik (Damaika & Wardiah, 2021).

Berdasarkan fenomena yang terjadi, maka penulis melakukan studi kasus mengenai masalah Kesehatan yang terjadi pada post sc. Sampel yang digunakan adalah seorang ibu yang baru melahirkan secara sc dengan periode hari kesatu. Hasil studi kasus ini dituangkan ke dalam karya tulis ilmiah yang didalamnya meliputi asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan dari pengkajian data, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi sampai evaluasi dengan kasus pasien post partum sc hari ke satu yang mengalami KPD di RS Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang ruang nifas RS Al-ihsan Provinsi Jawa Barat.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan kepada pasien *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang nifas secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, sosio, dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

2. Tujuan Khusus

Diharapkan penulis mampu memberikan asuhan keperawatan yang meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

- 1) Mampu melaksanakan pengkajian dan pengumpulan data klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan keluhan nyeri akut di ruang nifas
- 2) Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang nifas
- 3) Mampu menyusun rencana keperawatan pada klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang nifas
- 4) Mampu mengimplementasikan perencanaan yang harus diberikan pada klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang nifas
- 5) Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang nifas
- 6) Mampu mendokumentasikan Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan sesuai dengan pasien post operasi *sectio caesarea*.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam mengembangkan ilmu keperawatan tentang asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

b. Bagi Universitas

Hasil penelitian ini dapat memberi informasi ilmiah bagi kalangan akademisi baik pengajar, maupun mahasiswa keperawatan dalam memahami tentang asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

c. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar bagi penulis selanjutnya yang memiliki minat dan perhatian yang sama serta fokus pada penulisan tentang asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Penulisan ini berguna sebagai penambahan informasi tentang asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut, sehingga dapat memberikan informasi pendidikan kesehatan sesuai dengan hasil penelitian ini.

b. Bagi Rumah Sakit

Penulisan ini bermanfaat sebagai masukan dalam upaya memberi asuhan keperawatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal untuk asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

G. Sistematika Penulisan

Sistematika dalam karya ilmiah akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny.Y (29 Tahun) P4A0 Dan Ny. F (18 Tahun)

P1A0 Post Partum Maturus *Sectio Caesarea* Dengan Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Ruang Nifas Rumah Sakit Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat” penulis menguraikan pada karya ilmiah akhir ini ada empat BAB, yaitu :

BAB I. PENDAHULUAN

Pada bab ini menguraikan tentang latar belakang penelitian, prevalensi kejadian, permasalahan kasus, tujuan penelitian, manfaat yang dapat diambil dari pembahasan kasus dan bagian akhir diuraikan sistematika pembahasan laporan penelitian. Pada bab ini juga memaparkan fenomena yang diangkat untuk melatarbelakangi tema penulisan karya ilmiah akhir yang sudah ditentukan sebelumnya pada penelitian ini.

BAB II. TINJAUAN TEORITIS

Pada bab ini menguraikan tentang tinjauan teoritis berdasarkan pemikiran penulis yang disesuaikan dengan kasus yang didapat di lapangan. Konsep yang dituliskan di bab ini mengacu pada beberapa sumber yang mencakup tentang konsep dasar sesuai kasus.

BAB III. LAPORAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini menguraikan tentang pendokumentasian laporan kasus dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan pemberian intervensi asuhan keperawatan, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan sesuai dengan kasus yang diambil di lapangan.

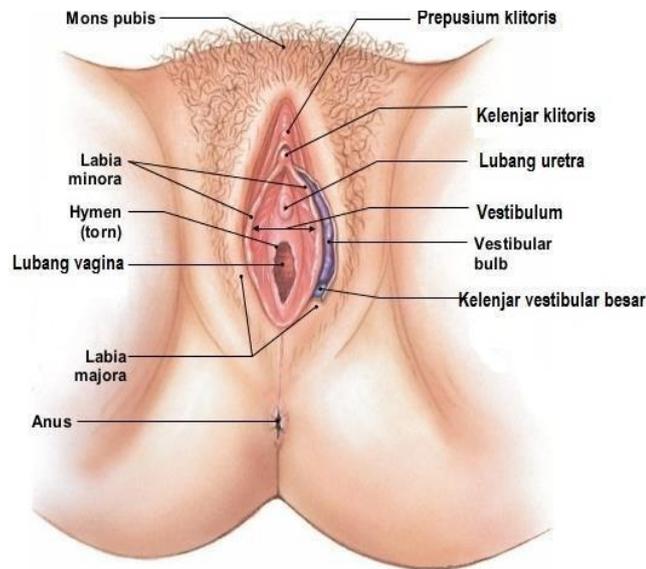
BAB IV. KESIMPULAN DAN SARAN.

Pada bab ini menguraikan tentang simpulan studi kasus yang ditemukan baik di lapangan maupun secara teori. Serta saran yang dapat digunakan sebagai acuan pemberian asuhan keperawatan maternitas.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Alat reproduksi luar (Genetalia Eksterna) (Ekawati, 2019)



Gambar 2.1 Organ Genetalia Wanita Eksterna

a. Mons Veneris

Disebut juga gunung venus, merupakan bagian yang menonjol di bagian depan simpisis, terdiri dari jaringan lemak dan sedikit jaringan ikat yang menutupi bagian depan simpisis pubis. Bagian ini yang menonjol dan terdiri dari jaringan lemak setelah pubertas, kulit dari mons veneris tertutup oleh rambut (silia) yang bentuknya segitiga.

b. Labia Mayora (bibir besar)

Berbentuk lonjong dan menonjol berasal dari mons veneris yang merupakan kelanjutan dari atas ke bawah yang terdiri dari dua bibir yang mana bagian bawahnya akan bertemu dan membentuk perineum.

Permukaannya terdiri dari 2 yaitu pada bagian luar, tertutup oleh rambut dan merupakan kelanjutan dari cilia mons veneris dan pada bagian dalam tanpa rambut merupakan selaput yang mengandung kelenjar pabea.

c. Labia Minora (bibir kecil)

Merupakan lipatan kecil di bagian dalam labia mayora tanpa rambut. Kedua lipatan tersebut kiri dan kanan bertemu diatas disebut preputium klitoridis dan dibawah klitoris frenulum klitoris. Di Bagian belakang kedua lipatan setelah mengelilingi orificium vagina Bersatu juga disebut *fouchet* (hanya Nampak pada wanita yang belum pernah melahirkan).

d. Klitoris

Merupakan bagian penting alat reproduksi luar yang bersifat ereksi mengandung banyak pembuluh darah dan saraf sensoris sehingga sangat sensitif terhadap rangsangan.

e. Vestibulum

Merupakan rongga yang sebelah lateral samping kanan kiri dibatasi oleh kedua labia minora, anterior depan oleh klitoris, dorsal belakang oleh pocket. Pada vestibulum terdapat muara dari vagina uretra dan terdapat pula 4 lubang kecil yaitu ada dua muara dari kelenjar Bartolini terpenting di daerah vulva dan vagina untuk mengeluarkan secret terutama saat koitus yang terdapat di samping dan agak ke belakang dari introitus vagina dan dua muara dari kelenjar skene di samping dan agak dorsal dari uretra.

f. Haimen Selaput (selaput dara)

Merupakan selaput tipis yang menutupi Sebagian lubang vagina luar. Pada umumnya aimen berlubang sehingga menjadi saluran aliran darah menstruasi atau cairan yang dikeluarkan oleh kelenjar Rahim dan kelenjar endometrium (lapisan dalam Rahim). Pada saat hubungan seks pertama, hymen akan robek dan mengeluarkan darah. Setelah melahirkan aimen merupakan tonjolan kecil yang disebut karunkula mirtiformis.

g. Perineum

Darah antara tepi bawah vulva dengan tepi anus batas otot-otot diafragma pelvis (M.levator ani,m.coccygeus) dan diafragma urogenitalis (m.perinealis transversus profunda, m.konstriktor uretra). Perineal body adalah raphe median m.levator ani antara anus dan vagina. Perineum meregang pada persalinan, kadang perlu di episiotomi untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah ruptur.

B. Konsep Post Partum

1. Definisi

Postpartum adalah masa enam minggu setelah melahirkan. Biasanya disebut juga masa nifas atau puerperium. Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama 6 minggu. Post partum atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya

plasenta sampai dengan 6 minggu (142 hari) setelah itu (Ilmiah, 2021)

Masa postpartum terbagi menjadi tiga periode, yaitu:

- a. Periode *Immediate postpartum*: period 24 jam setelah melahirkan
- b. Periode *Early postpartum*: period minggu pertama setelah melahirkan, pada periode ini risiko komplikasi sering terjadi seperti perdarahan
- c. Periode *Late postpartum*: period dua minggu setelah melahirkan

Kesimpulannya post partum atau masa nifa sini terjadi setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu yang meliputi masa penyembuhan, pemulihan dan pengembalian kembali alat-alat kandungan ke keadaan seperti sebelum hamil.

2. Tahapan-Tahapan Postpartum

Periode postpartum terbagi menjadi 3 periode, adalah sebagai berikut menurut (Ekawati, 2019).

- a. Periode *Immediate Postpartum* atau *puerperium* dini

Terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, pada periode ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan kecil.

- b. Periode *Early Postpartum*

Terjadi setelah 24 jam postpartum sampai akhir minggu sesudah melahirkan. Pada periode ini terjadi kepulihan menyeluruh pada alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

- c. Periode *Late Postpartum*

Periode ini dimulai pada minggu kedua sampai minggu keenam

sesudah melahirkan. Pada periode ini adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

3. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Postpartum

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologis terutama pada alat-alat genitalia eksterna maupun interna, dan akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil (Rasmi et al., 2018). Menurut (F. Imelda, 2017) perubahan fisiologis pada ibu postpartum adalah sebagai berikut:

a. Sistem Vaskuler

Pada persalinan pervagina sering terjadi kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Dalam kondisi lain persalian pervagina juga dapat menyebabkan haemokonsentrasi yang naik dan haemokonsentrasi yang cenderung stabil dan akan kembali normal setelah 4-6 minggu.

b. Sistem Kardiovaskuler

Pada keadaan setelah melahirkan perubahan volume darah bergantung beberapa faktor, misalnya kehilangan darah, curah jantung meningkat serta perubahan hematologic yaitu fibrinogen dan plasenta akan sedikit menurun dan selamaminggu –minggu kehamilan ,kadar fibrinogen dan plasma,leukositosis serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat.Pada hari postpartum ,kadea fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor

pembekuan darah meningkat, Perubahan tanda-tanda vital yang terjadi masa nifas.

- 1) Suhu tubuh, saat post partum dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ setelah 2 jam post partum normal.
- 2) Nadi dan pernapasan, nadi dapat bradikardi tetapi jika takikardi waspada mungkin ada perdarahan. Pernapasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
- 3) Tekanan darah, kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai.

c. Sistem pencernaan

Dinding abdominal menjadi lunak setelah proses persalinan persalinan karena perut yang meregang selama kehamilan. Ibu nifas akan mengalami beberapa derajat tingkat diastatis recti, yaitu terpisahnya dua parallel otot abdomen, kondisi ini akibat peregangan otot abdomen selama kehamilan. Tingkat keparahan diastatis recti bergantung pada kondisi umum wanita dan tonus ototnya, apakah ibu berlatih kontinyu untuk mendapat kembali kesamaan otot abdominalnya atau tidak. Pada saat postpartum nafsu makan ibu bertambah. Ibu dapat mengalami obstipasi karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan, pengeluaran cairan yang berlebih, kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir, pembengkakan perineal yang disebabkan episiotomi. Supaya

buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia.

d. Sistem perkemihan

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitive dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 3000 ml per hari pada 2 – 5 hari postpartum. Hal ini akan mengakibatkan kandung kencing penuh. Sisa urine dan trauma pada dinding kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi.

Lebih kurang 30-60 % wanita mengalami inkontinensial urine selama periode postpartum. Bisa trauma akibat kehamilan dan persalinan, Efek Anestesi dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih, dan nyeri perineum terasa lebih lama, Dengan mobilisasi dini bisa mengurangi hal diatas. Dilatasi ureter dan pyelum, normal kembali pada akhir postpartum minggu keempat. Sekitar 40% wanita postpartum akan mempunyai proteinuria nonpatologis sejak pasca salin hingga hari kedua postpartum. Mendapatkan urin yang valid harus diperoleh dari urin dari kateterisasi yang tidak terkontaminasi lochea.

e. Sistem endokrin

Menurut Kustriyani (2020) hormone hormon yang berperandi antara lain adalah:

- 1) Oksitosin, berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.
- 2) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitari merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14 sampai 21 hari timbul menstruasi.
- 3) Estrogen dan progesteron, setelah melahirkan estrogen menurun dan progesterone meningkat.

f. Sistem musculoskeletal

Otot –otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman-anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta diberikan. Pada wanita berdiri dihari pertama setelah melahirkan, abdomennya akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan, dinding abdomen wanita itu akan rileks. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil. Kulit memperoleh kembali elastisitasnya, tetapi sejumlah kecil.

g. Sistem Reproduksi

a) Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. uterus

berangsung-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil. Proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri. Pada hari pertama, TFU di atas simfisis pubis atau sekitar 12 cm. Proses ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm setiap harinya, sehingga pada hari ke 7 TFU sekitar 5 cm dan pada hari ke 10 TFU tidak teraba di simfisis pubis (Wahyuningsih, 2019).

b) Lochea

Lochea adalah cairan berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum (Saleha, 2013). Berikut ini beberapa jenis lochea:

1. Lochea rubra, berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniksaseosa, lanugo, mekonium berlangsung 2 hari post partum.
2. Lochea sanguinolenta, berwarna merah kuning berisi darah dan verniksaseosa berlangsung 7 sampai 7 hari post partum.
3. Lochea serosa, berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7 sampai 14 hari post partum.

4. Lochea alba, berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari sampai 2 minggu berikutnya.

c) Edometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3 (Sulistyawati, 2015).

d) Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal (Sulistyawati, 2015).

e) Vagina dan Perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara. Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat laserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan (Sulistyawati, 2015).

f) Mamae/Payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada 2 mekanisme yaitu produksi susu dan sekresi susu. Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang esit let down (mengalirkan) sehingga menyebabkan keluaran ASI (Sulistyawati, 2015).

4. Perubahan Psikologis Postpartum

Adapun beberapa fase perubahan psikologis yaitu :

1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke 2 setelah melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab

dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan perawatan bayinya.

3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peranbarunya, terjadi peningkatan perawatan diri dan bayinya.

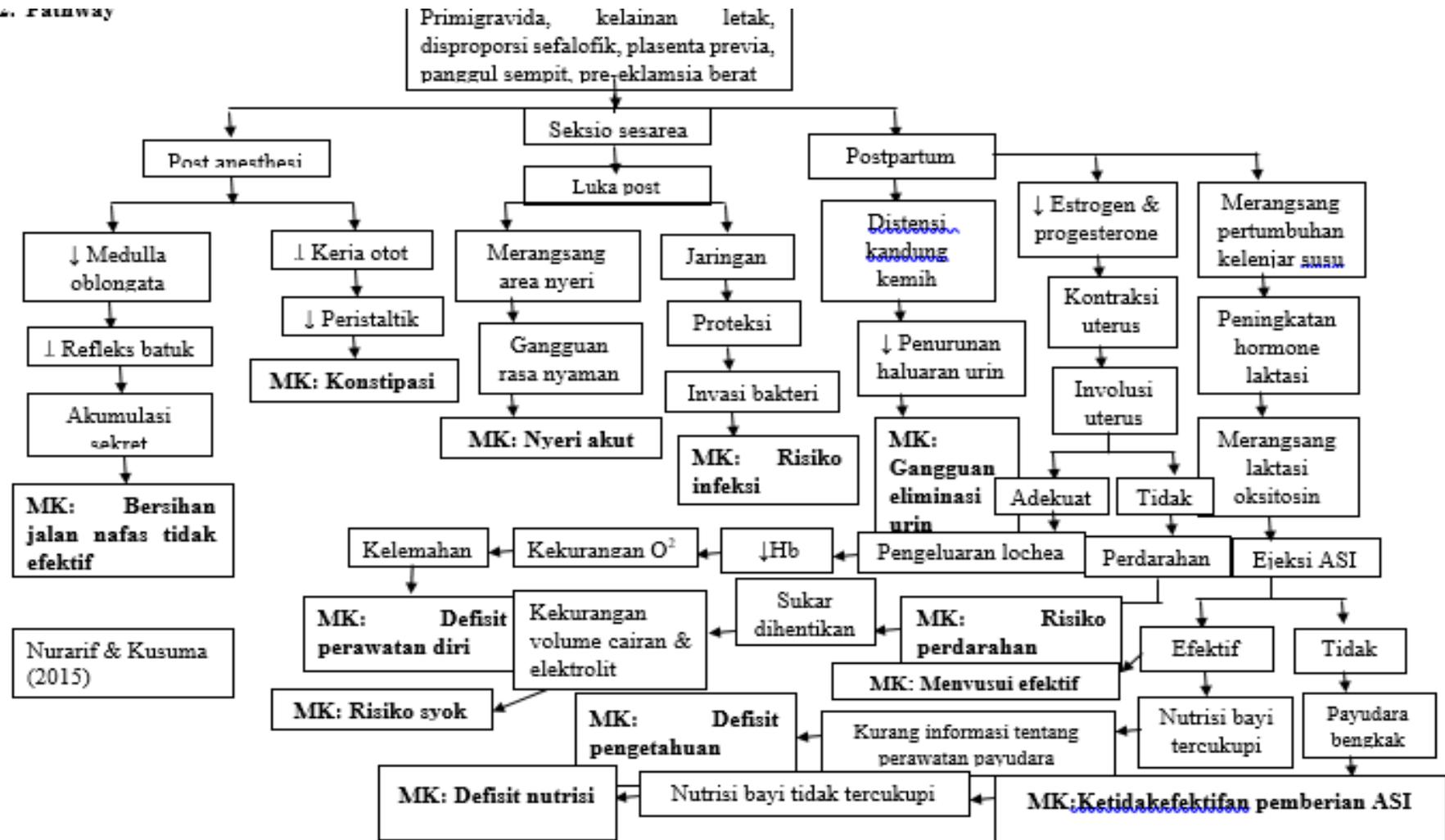
5. Adaptasi Psikologis Ibu PostPartum

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah (Wahyuningsih, 2019). Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa post partum adalah:

1. Fungsi menjadi orang tua
2. Respons dan dukungan dari keluarga.
3. Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan.

6. Pathway

4. Pathway



C. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Definisi Sectio Caesarea

Operasi *Caesar* atau sering disebut dengan *sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Sarwono 2009 dalam Jitowiyono & Kristiyanasari 2022).

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai salah satu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Sofian, 2018).

Dari pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan suatu cara melahirkan dengan pembedahan yaitu melalui sayatan di dinding perut dan di dinding rahim atau uterus agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat.

2. Patofisiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2020), terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, *rupture sentralis* dan *lateralis*, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), preeklampsia,

distosia *service* dan malpresentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi.

3. Klasifikasi Sectio Caesarea

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2022), klasifikasi dari *sectio caesarea* adalah:

1) *Sectio Caesarea* Klasik (Korporal)

Dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

2) *Sectio Caesarea* ismika (*profunda*)

Dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm.

3) *Sectio Caesarea* diikuti dengan histerektomi

4) *Sectio Caesarea ekstrapéritoneal*

Tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum vaginal

5) *Sectio Caesarea vaginal*

- Sayatan memanjang (*longitudinal*)
- Sayatan melintang (*transversal*)
- Sayatan huruf T (*T-incision*)

4. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Nurarif dan Kusuma (2020), indikasi dilakukannya tindakan *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

- 1) Plasenta previa sentralis atau lateralis (*posterior*)
- 2) Panggul sempit
- 3) Disproporsi Sefalopelvik: yaitu ukuran janin dan ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervagina
- 4) Ruptur uteri mengancam
- 5) Partus lama (*prolonged labor*)
- 6) Partus tidak maju (*Obstructure labor*)
- 7) Distosia serviks

- 8) Ketuban pecah dini
- 9) Preeklamsia dan hipertensi
- 10) Bekas SC
- 11) Malpresentasi janin
 - Letak lintang
 - Letak bokong
 - Presentasi dahi dan muka (letak *defeksi*)
 - Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
 - *Gemelli*
 - Gawat janin
 - Janin besar

Kontraindikasi *Sectio Caesarea*: pada umumnya *sectio caesarea* tidak dilakukan pada : infeksi pada peritonium, janin mati, syok, anemia berat, sebelum dilatasi, kelainan kongenital berat (monster) (Sarwono 1991 dalam Jitowiyono dan Kristiyanasari 2022).

5. Komplikasi

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2022), persalinan dengan tindakan pembedahan memiliki komplikasi lima kali lebih besar dibanding persalinan alami. Komplikasi yang terjadi yaitu:

a. Pada Ibu

1) Infeksi *Puerperal*

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dsb.

2) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

3) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya yang sering banyak terjadi

4) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* klasik.

b. Pada Anak

Seperti halnya dengan ibunya, kondisi anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan *Sectio caesarea*. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan *antenatal* dan *intranatal* yang baik, kematian perinatal *pasca sectio caesarea* berkisar antara 4 dan 7%.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Tucker, Susan Martib (1998 dalam Jitowiyono dan Kristiyanasari 2022), Pemeriksaan diagnostik pada *sectio caesarea* yaitu:

- 1) Pemantauan EKG
- 2) JDL dengan *diferensial*
- 3) Elektrolit
- 4) Hemoglobin/Hematokrit
- 5) Golongan dan pencocokan silang darah
- 6) *Urinalisis*
- 7) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 8) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- 9) *Ultrasound* sesuai pesanan (USG)

Periksa tekanan darah, frekuensi nadi dan pernafasan, ukur jumlah urin yang tertampung di kantong urin, periksa/kultur jumlah perdarahan selama post operasi. Biasanya pada ibu post operasi *sectio caesarea* terjadi peningkatan tekanan darah dan nadi karena nyeri, dan peningkatan frekuensi nafas, pada hasil laboratorium biasanya terjadi peningkatan nilai leukosit dan penurunan Hemoglobin.

7. Penatalaksanaan

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2022), penatalaksanaan dibagi menjadi pre operasi dan post operasi, yaitu:

a. Perawatan Pre Operasi *Sectio Caesarea*

- 1) Persiapan Kamar Operasi
 - a) Kamar operasi telah dibersihkan dan siap untuk dipakai
 - b) Peralatan dan obat-obatan telah siap semua termasuk kain operasi

2) Persiapan Pasien

- a) Pasien telah dijelaskan tentang prosedur operasi
- b) *Informed consent* telah ditandatangani oleh pihak keluarga pasien
- c) Perawat memberi *support* kepada pasien
- d) Daerah yang akan di insisi telah dibersihkan (rambut pubis dicukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan *antiseptic*)
- e) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita oleh pasien
- f) Pemeriksaan laboratorium (darah, urine)
- g) Pasien puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi
- h) Cairan IV sesuai indikasi
- i) Anesthesia: *regional* atau *general*
- j) Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan *sectio caesarea*
- k) Tes Laboratorium/diagnostik sesuai indikasi
- l) Pemberian oksitosin sesuai indikasi
- m) Tanda vital per protokol ruangan pemulihan
- n) Persiapan kulit pembedahan abdomen
- o) Persetujuan ditandatangani
- p) Pemasangan kateter *foley*

8. Perawatan Post Operasi *Sectio Caesarea*

1) Analgesia

- a) Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg Meperidin (*intra muskuler*) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikkan dengan cara serupa 10 mg Morfin
- b) wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 20 mg
- c) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin
- d) Obat-obatan *antiemetik*, misalnya proklorperazin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik

2) Tanda-tanda vital

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

3) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian, jika *output* urine jauh di bawah 30 ml/jam, pasien harus segera dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua

4) Vesika Urinaria dan Usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usu belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari ke dua pasien dapat berjalan dengan pertolongan

6) Perawatan Luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

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

8) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

9) Memulangkan Pasien dari Rumah Sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan kelima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

D. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Definisi

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Saifuddin, 2014). Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan, hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Sujiyanti, 2020).

2. Patofisiologi

Menurut Taylor (2009), ketuban pecah dini ada hubungannya dengan hal-hal berikut:

- a. Adanya hipermotilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah. Penyakit-penyakit seperti pironetritis, sistitis, servisititis terdapat bersama-sama dengan hipermotilitas Rahim
- b. Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan ketuban)
- c. Infeksi (amniotitis atau korioamnionitis)
- d. Faktor-faktor lain yang menyerupai predisposisi ialah: multipara-malposisidisproprosi servik incompeten
- e. Ketuban pecah dini artisial (amniotomi) dimana ketuban pecah terlalu dini.

Kadang-kadang agak sulit atau meragukan kita apabila ketuban benar sudah pecah/belum, apalagi bila pembukaan kenalis servikalis belum ada atau kecil.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Manuaba (2013) mekanifestasi klinis ketuban pecah dini, antara lain:

- a. Terjadi pembukaan prematur servik
- b. Membran terkait dengan pembukaan terjadi:
 - 1) Devaskularisasi
 - 2) Nekrosis dan dapat diikuti pecah spontan
 - 3) Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, makin berkurang
 - 4) Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim preteolitik dan kolagenase.

4. Penatalaksanaan

Langkah pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini dapat dilakukan:

- a. Pemeriksaan spekulum, untuk mengambil sampel cairan ketuban di frons posterior dan mengambil sampel cairan untuk kultur dan pemeriksaan bakteriologis.
- b. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, sehingga tidak banyak manipulasi daerah pelvis untuk mengurangi kemungkinan-kemungkinan infeksi asenden dan persalinan prematuritas. (Manuaba, 2013)

Menurut Nugroho (2010), pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG):

- a. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
- b. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

5. Komplikasi

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD. Risiko kecacatan

dan kematian janin meningkat pada KPD Praterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal terjadi pada KPD praterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD praterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

1. Infeksi intrauterine
2. Tali pusat menumbung
3. Prematuritas
4. Distosia. (Subekti, 2018).

E. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi

Nyeri (pain) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan, sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatnya dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan

rasanya seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Potter, 2012).

2. Penyebab

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain:

- 1) Fisik (termal, mekanik, elektrik)
- 2) Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri (Andarmoyo, 2018).

3. Teori-teori

a. Teori Spesifitas (*Specificity Theory*)

Teori Spesifitas ini diperkenalkan oleh Descartes, teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neurosomatik tertentu ke pusat nyeri di otak (Andarmoyo, 2018). Teori Spesifitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu (Prasetyo, 2020).

b. Teori Pola (*Pattern Theory*)

Teori pola diperkenalkan oleh Goldscheider pada tahun 1989, teori ini menjelaskan bahwa nyeri disebabkan oleh sebagai reseptor sensorik yang dirangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat

dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari impuls saraf. Pada sejumlah *causalgia*, nyeri phantom dan neuralgia, teori pola ini bertujuan untuk menimbulkan rangsangan yang kuat yang mengakibatkan berkembangnya gaung secara terus menerus pada spinal cord sehingga saraf transmisi nyeri bersifat *hypersensitive* yang mana rangsangan dengan intensitas rendah dapat menghasilkan transmisi nyeri (Lewis, 1983 dalam Andarmoyo, 2018).

c. Teori Pengontrol Nyeri (*Theory Gate Control*)

Teori *gate control* dari Melzack dan Wall (1965) menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup (Andarmoyo, 2018).

4. *Endogenous Opiat Theory*

Teori ini dikembangkan oleh Avton Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiet yang teratasi selama di dalam tubuh, substansi ini disebut endorphan. Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri, endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun neuromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri (Andarmoyo, 2018).

5. Klasifikasi

1) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

a) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2018). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2020)

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (Prasetyo, 2020).

2) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

a) Nyeri *Nosiseptif*

Nyeri *Nosiseptif* merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus *nociuous*. Nyeri *Nosiseptor* ini dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain (Andarmoyo, 2018).

b) Nyeri Neuropatik

Nyeri Neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit diobati (Andarmoyo, 2013).

3) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

a) *Supervisial* atau Kutaneus

Nyeri *superfisial* adalah nyeri yang disebabkan oleh stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan terlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam (Potter dan Perry 2006 dalam Andarmoyo, 2018). Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

b) Viseral Dalam

Nyeri viseral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulus organ-organ internal (Potter dan Perry 2006 dalam Andarmoyo, 2018). Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar ke beberapa arah. Contohnya sensasi pukul (*Crushing*) seperti angina *Pectoris* dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

c) Nyeri Alihan (*Referred pain*)

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri, karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik (Potter dan Perry 2006, dalam Andarmoyo, 2018). Contohnya nyeri yang terjadi pada infark

miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d) Radiasi Nyeri

Radiasi merupakan sendi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain (Potter dan Perry 2006 dalam Andarmoyo, 2018). Karakteristik nyeri terasa kan menyebar ke bawah akibat diskusi inter batebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

6. Etiologi Nyeri

Menurut Mubarak dkk, (2015), nyeri bisa disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya:

1. Trauma

- a) Mekanik, ialah nyeri yang muncul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan. Contoh: akibat benturan, gesekan luka.
- b) Termal, ialah nyeri yang muncul akibat ujung saraf reseptor menerima stimulus panas maupun dingin. Contoh: uap air.
- c) Kimia, muncul disertai adanya kontak dengan cairan kimia yang bersifat asam maupun basa.
- d) Inflamasi atau peradangan, adalah nyeri yang timbul karena adanya kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya inflamasi (peradangan) maupun pembengkakan. Contoh: abses.

2. Masalah sirkulasi darah dan gangguan pembuluh darah.
3. Masalah jaringan tubuh, contoh: edema akibat adanya tekanan pada reseptor nyeri. Tumor, bisa juga menekan reseptor nyeri.
4. Iskemia jaringan, contoh terjadi sumbatan pada arteri koronaria yang merangsang reseptor nyeri akibat terakumulasinya asam laktat.
5. Spasme otot, bisa merangsang mekanik.

7. Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri dilakukan oleh perawat dengan observasi keseluruhan. Perawat harus percaya saat pasien melaporkan nyeri yang dialaminya, meskipun saat observasi perawat tidak menemukan adanya cedera atau luka. Setiap rasa nyeri yang dilaporkan pasien adalah nyata (Prasetyo, 2010).

Karakteristik Nyeri (metode P, Q, R, S, T).

a. Faktor pencetus (P: *provacate*)

Kaji penyebab atau pencetus rangsangan nyeri dan mengamati bagian tubuh yang mengalami cedera. Perawat harus dapat menggali bagaimana perasaan pasien dan menanyakan apa saja penyebab nyeri (Prasetyo, 2010).

b. Kualitas (Q : *quality*)

Kualitas nyeri yang diungkapkan pasien bersifat subjektif. Biasanya pasien mendeskripsikan nyeri dalam kalimat-kalimat seperti tajam, tumpul, tertusuk, perih, berdenyut, tertindih, berpindah-pindah dan

lain-lain, setiap pasien berbeda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan (Prasetyo, 2010).

c. Lokasi (R:*region*)

Mengkaji lokasi nyeri dan meminta pasien untuk menunjukkan bagian yang membuat pasien tidak nyaman. Saat mencatat hasil assesmen daerah nyeri,sebaiknya perawat menggunakan istilah anatomi atau yang lebih deskriptif, misalnya pernyataan nyeri pada bagian kepala kanan adalah lebih spesifik daripada pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala (Prasetyo, 2010).

d. Keparahan (S :*severe*)

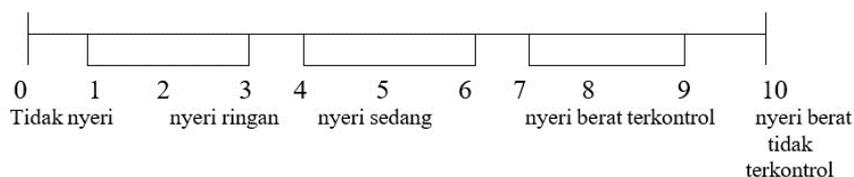
Tingkat nyeri pasien merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pasien diminta untuk mendeskripsikan nyeri yang dirasakannya sebagai nyeri ringan, sedang atau berat (Prasetyo, 2010).

e. Durasi (T:*time*)

Pasien diminta untuk mendefinisikan durasi dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan kapan pasien merasakan nyeri,apakahnyeri terjadi pada waktu yang sama setiap hari dan seberapa sering nyeri kambuh (Prasetyo, 2010).

8. Metode Pengukuran Intensitas Nyeri

a. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana



Gambar 2.3 Verbal Descriptor Scale (VDS)

Sumber: Andarmoyo (2013)

Skala ini merupakan pengukuran objektif tingkat nyeri. Pengukuran nyeri diurutkan dari tidak nyeri sampai nyeri tidak tertahankan. Perawat akan menunjukkan dan meminta klien untuk menunjukkan nyeri dirasakan (Andarmoyo, 2013).

b. Numerical rating scale (NRS)

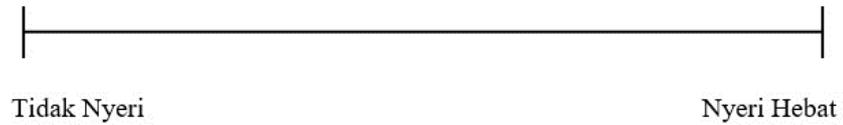
Skala numerik merupakan pengganti skala deskriptif yang terbagi menjadi 10 segmen dengan rentang 0-10. Skala 0 yaitu “tidak ada nyeri”, skala 1-3 “nyeri ringan”, skala 4-6 “nyeri sedang”, skala 7-10 “nyeri berat” (Andarmoyo, 2013).



Gambar 2.4 Numeric Rating Scale (NRS)

Sumber : Potter & Perry (2010)

c. Skala Intensitas Nyeri Visual Analog Scale



Gambar 2.5 Visual Analog Scale (VAS)

Sumber: Andarmoyo (2013)

Skala analog visual (*Visual Analog Scale*) merupakan alat deskripsi verbal yang memiliki garis lurus dan mewakili intensitas nyeri pada setiap ujung garisnya. Untuk mengkaji nyeri biasanya pada ujung kiri bertandakan “tidak nyeri”, dan pada ujung kanan bertandakan “nyeri sangat berat” atau “nyeri tidak tertahankan” (Andarmoyo, 2013).

d. Wong Baker Pain Rating Scale



Gambar 2.6 Wong Baker Pain Rating Scale

Sumber: Andarmoyo (2013)

Skala ini terdiri dari 6 wajah yang berbeda dalam menggambarkan nyeri. Skala ini biasanya dilakukan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak bisa menggambarkan nyeri dengan angka (Andarmoyo, 2013).

9. Fisiologi

Secara garis besar, nyeri terjadi akibat dari sensitisasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitisasi sentral. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses *multiple* *uautu* *nosispsi*, *sensitisasi perifer*, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksabilitas ektropik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Nyeri pada luka post SC diakibatkan dari robeknya lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat pembedahan.

Nosisepsi adalah mekanisme yang menimbulkan nyeri nosiseptif dan terdiri dari proses transduksi, konduksi transmisi, modulasi dan persepsi, nyeri terjadi akibat dari sensitisasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitisasi sentral, nyeri pada post SC sensitisasi perifer berasal dari robeknya lapisan kulit dan jaringan dibawahnya akibat pembedahan (Vasco Paulus & Lema, 2020). Antara stimulus cedera jaringan dan penurunan pengalaman subjektif terdapat 4 proses tersendiri: ***Transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.***

- 1) *Transduksi*: adalah suatu proses dimana akhiran saraf eferen menerjemahkan stimulus (misalnya luka sayatan) ke impuls nosiseptif, ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulus non noksius dikelompokkan menjadi sebagai berikut serabut penghantar nyeri atau nosiseptor. Serabut ini alah A-delta dan C. *Silent Nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan

serabut saraf eferen yang tidak berespon terhadap stimulus eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

- 2) *Transmisi*: adalah suatu proses dimana disalurkan menuju kornea dorsal medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron eferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornea dorsal medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.
- 3) *Modulasi* : adalah proses amplifikasi sinyal neural terakhir nyeri (*Pain related neural signals*). Proses ini terutama terjadi di kornea dorsal medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornea dorsal. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju ke medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornea dorsal.
- 4) Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis dan karakter individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon terhadap stimulus kuat yang secara potensial

merusak. Reseptor nyeri disebut juga *inaciseptor*. Secara anatomis reseptor nyeri (*nosiseptor*) ada yang bermielin ada juga yang tidak bermielin dari saraf eferen.

10. Intensitas

1) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri, dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (Novita, 2020).

2) *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa

angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Novita, 2020).

3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antarkata yang menggambarkan efek analgesik (Novita, 2020).

4) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Novita, 2020).

11. Dampak

Dampak nyeri apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal sehingga dapat mempengaruhi terhadap daya tahan tubuh bayi (Afifah, 2020).

12. Penatalaksanaan

1) Manajemen Farmakologi

Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dan medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri persalinan dengan menggunakan analgesia maupun anestesi (Andarmoyo, 2018).

2) Manajemen Non Farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan/kebidanan, manajemen non farmakologi merupakan tindakan dalam mengatasi nyeri klien (Andarmoyo, 2018).

Menurut Jurnal Keperawatan Vol XIV, No 1, April 2018. Manajemen non farmakologi teknik distraksi (pengalihan) dengan memberikan murottal Al-quran dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi SC yang dilakukan kepada 22 responden (11 responden kelompok perlakuan dan 11 kelompok responden kontrol).

Pengumpulan Data dengan menggunakan Instrumen *Numeric Rating Scale* (NRS) dan diuji menggunakan *Wilcoxon dan Whitney*.

F. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Biodata yang mencakup identitas pasien menurut (Yetti, 2010)

meliputi:

- 1) Nama:

Untuk mengetahui nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

- 2) Umur:

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam postpartum. Untuk respon nyeri, umur juga mempengaruhi karena pada umur anak-anak belum bisa mengungkapkan nyeri, pada umur orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus di jalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri di periksakan.

3) Agama:

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

4) Suku Bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari. Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.

5) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. Bila pasien memiliki pengetahuan yang baik terhadap perawatan luka maka luka akan sembuh pada hari ke tujuh setelah persalinan dan bila tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi infeksi pada pasien postpartum.

6) Pekerjaan:

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

7) Alamat:

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama saat masuk rumah sakit

Keluhan yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan. Keluhan utama yang biasa dirasakan klien post partum adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk/iris-iris, panas, perih mules dan sakit pada jahitan perineum (Mohamed & Saied, 2022).

b. Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani, 2020), keluhan ini diuraikan dalam metode PQRST:

P = Paliatif / Provokatif : segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkrang apabila klien istirahat

Q = Quality/Quantity : dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris

R = Region/Radiasi : menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan di abdomennya.

S = Severity/Scale : Menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguan yang diukur dengan skala nyeri 0-10

T=Timing = menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri yang dirasakannya hilang timbul dengan frekuensi yang tidak menentu

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit waktu kecil dan imunisasi, pernah masuk rumah sakit: tanggal, penyebab masuk, alergi obat, kebiasaan merokok/alkohol, penyakit spesifik: penyakit jantung, TB, asma, hepatitis, gastrointestinal, hipertensi, dll (Chapman dan Charles, 2018). Biasanya pada ibu dengan tindakan *sectio caesarea* sering ditanyakan apakah klien mempunyai riwayat tindakan pembedahan sebelumnya, memunginkan kehamilan sebelumnya. Penyakit kronis atau menular seperti hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita dan apakah keluarga memiliki penyakit yang sama dengan pasien atau keluarga memiliki riwayat penyakit seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung dan sebagainya, sehingga klien dilakukan operasi *sectio caesarea* (Chapman dan Charles, 2018). Penting juga menanyakan tentang riwayat penyakit menular seperti TB, HIV dan hepatitis.

e. Riwayat *Ginekologi dan Obstetri*

1) Riwayat Ginekologi

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami kesulitan post partum. Riwayat ginekologi pada klien post *sectio caesarea* meliputi:

1) Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungannya, yang meliputi umur saat pertama kali haid, lama haid, siklus haid, karakteristik darah (misalnya menggumpal), *dismenore* selama masa haid, HPHT

2) Riwayat Persalinan

Kaji riwayat kehamilan sebelumnya, persalinan dan nifas yang lalu, tahun persalinan, tempat persalinan, umur kehamilan dan jenis kelamin anak, BB anak, keluhan saat hamil, dan keadaan anak sekarang, apakah persalinan normal atau pernah SC atau tidak sebelumnya. Menikah atau tidak, berapa kali menikah, berapa lama menikah (Chapman dan Charles, 2018).

3) Riwayat Keluarga Berencana

KB terakhir yang digunakan, keluhan, rencana KB setelah melahirkan (Chapman dan Charles 2018). Biasanya mengidentifikasi jenis kontrasepsi, rencana menggunakan kontrasepsi berikutnya dan alasannya. Biasanya pada pasien post SC kontrasepsi yang digunakan adalah *Intra Uterine*

Device (IUD) karena merupakan kontrasepsi yang efektif, aman, dan dapat diandalkan yang memiliki efektifitas hingga 10 tahun yang dapat dipasang setelah melahirkan atau persalinan. Penggunaan metode kontrasepsi IUD dapat menjamin sekurangnya tiga tahun jarak kelahiran.

2) Riwayat Obstetri

Riwayat obstetri pada klien post sectio caesarea meliputi:

a) Riwayat Kehamilan

1) Riwayat Kehamilan dahulu :

meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, *forcep*, atau vakum ekstraksi), masalah obstetri, jalannya persalinan yang lampau sangat mempengaruhi persalinan selanjutnya

2) Riwayat Kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya.

b) Riwayat Persalinan

1) Riwayat Persalinan Dahulu

Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (Spontan, SC, *forcep*, atau

vakum ekstraksi), masalah obstetri, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, *forcep*, atau vakum ekstraksi), masalah obstetri, dalam kehamilan (pre eklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya. Biasanya menjelaskan indikasi dilakukan tindakan *sectio caesarea*, kaji jam, tanggal dan jenis kelamin bayi, Berat Badan, Tinggi badan, lingkar kepala, lingkar badan dan APGAR Score.

c) Riwayat Nifas

1) Riwayat Nifas Dahulu

meliputi masalah atau keluhan pada saat nifas sebelumnya

2) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat

d. Activity Daily Living

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi dan keluhan dalam makan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet berimbang bagi ibu. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari-hari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengkonsumsi makanan. Pada ibu post sectio caesarea akan terjadi penurunan dam pola makan dan akan merasa mual karena efek anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat sectio caesarea.

b) Minum

Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.

2) Pola Eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien mampu meliputi BAB dan BAK selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Pola eliminasi BAB menjelaskan frekuensi warna, bau dan keluhan saat BAB. Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot mask berelaksasi. Pada pasien post SC biasanya terpasang *dower catheter*, kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai 42 hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

3) Istirahat Tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam klien beserta keluhannya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Menggali informasi mengenai

kebiasaan pada ibu tidur di siang dan malam hari. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*.

4) Personal Hygiene

Mengidentifikasi pola *personal hygiene* klien berupa mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian. Perlu dikaji berapa kali klien mandi dan mengganti baju dalam sehari, frekuensi dan kapan ia keramas dan gunting kuku. Kemudian membandingkan polanya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Biasanya kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan *sectio caesarea* yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

5) Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Data ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan klien. Pada pasien post SC biasanya dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga pada hari pertama setelah pembedahan, aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar,

sekurang kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan. Aktivitas pada klien post SC juga tergantung dari jenis anestesi yang digunakan apabila pasien dengan anestesi umum biasanya pasien boleh bergerak, duduk pada hari pertama post operasi dan pasien bisa berjalan ke kamar mandi apabila sudah mampu, dan untuk pasien dengan anestesi *regional* (spinal) biasanya terdapat hambatan mobilitas fisik terutama pada ekstremitas bawah karena regional anestesi terutama spinal pasien tidak boleh duduk selama 24 jam di haruskan tirah baring 24 jam, sehingga aktivitasnya masih memerlukan bantuan dari perawat dan keluarga.

2. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini, perawat perlu mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan perawat laporkan dengan kriteria baik jika klien memperhatikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta secara fisik lien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dapat jua dilaporkan dengan kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. Pada pemeriksaan ini juga dikaji kesadaran biasanya menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) *Eye* : 4 *Motorik* 6 *Verbal* : 5. Ada pasien post SC dengan pembiusan total kesadaran akan berlangsung

pulih secara bertahap, sedangkan pada pasien dengan anestesi regional pasien tetap sadar pada saat operasi dan selesai operasi.

2) Tanda-tanda vital

Mengkaji tekanan darah, pernapasan, suhu tubuh dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah normal ada pula yang menurun apabila pendarahannya banyak. Selain itu, nadi cenderung normal atau lebih cepat. Ada respirasi biasanya normal atau dapat juga lebih lambat yang disebabkan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik kurang lebih $0,50^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari $3,0^{\circ}\text{C}$ maka perlu diwaspadai adanya infeksi.

3) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a) Kepala

Perhatikan distribusi rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi

b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya cloasma gravidarum. Biasanya pada pasien post partum adanya edema dan cloasma gravidarum.

c) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

d) Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung.

e) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran.

f) Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

g) Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tiroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan adanya

pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses mengerang yang salah.

h) Dada

- Pemeriksaan dada meliputi jantung, paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada. Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Jantung : Bunyi jantung reguler S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti *gallop* dan *murmur*.
- Kaji bentuk payudara, tekstur, warna aerola, ada tidak pembengkakan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan. Pada hari pertama konsistensi payudara lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat.

i) Abdomen

Kaji bentuk abdomen, *striae*, bunyi bising usus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan keadaan luka operasi. Lembek atau lunak dan kendur, terdapatnya luka operasi *sectio caesarea* tertutup perban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm dibawah pusat setelah 3 hari, teraba keras. Pada pasien post SC biasanya mengalami keterlambatan penurunan fundus uteri akibat

adanya luka insisi pada posisi *sectio caesarea* (SC) timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat.

j) Punggung dan Bokong

Kaji bentuk punggung, ada tidaknya lesi, ada tidaknya kelainan tulang belakang, dan kebersihan bokong.

k) Genitalia

Umumnya pada ibu post *sectio caesarea* di pasang *dower catheter*

Kaji kebersihan vagina dan lochea. Pengeluaran darah campur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak.

l) Anus

Kaji kebersihan, apakah ada benjolan hemorroid

m) Ekstremitas

Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Kemudian pada ekstremitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan edema.

5) Pemeriksaan Diagnostik

1) EKG

2) JDL dengan *diferensial*

3) Elektrolit

4) Haemoglobin / Hematokrit

5) Golongan Darah

- 6) Urinalisis
- 7) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 8) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- 9) *Ultrasound* sesuai pesanan

6) Data Psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu post partum yaitu ibu berfokus pada kebutuhan dirinya (*taking in*) sampai dapat mandiri dan memperhatikan kondisi bayinya untuk dilakukan perawatan (*letting go*) untuk itu diperlukan dukungan dari keluarga untuk menjaga kondisi kesehatan fisik dan mental ibu. Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan *sectio caesarea* yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues*.

7) Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar

8) Kebutuhan *Bounding Attachment*

Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori.

9) Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Mengidentifikasi tentang kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas

10) Pengetahuan tentang Perawatan Diri

Pada ibu post partum *sectio caesarea* dapat terjadi berkurang dan terbatasnya kemampuan iu dalam memenuhi perawatan dirinya

3. Analisa Data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisis data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengajar juga harus memperhatikan kekuatan atau kemampuan ibu post partum *sectio caesarea* untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi rasa ketidaknyamanan. Data yang sudah dikumpulkan selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham MASlow yang terdiri dari:

- 1) Kebutuhan dasar atau fisiologis
- 2) Kebutuhan rasa nyaman
- 3) Kebutuhan cinta dan kasih sayan
- 4) Kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian kritis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi

dengan tindakan keperawatan. Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum dengan *sectio caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
- b. Resiko infeksi d.d. ketuban pecah dini, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya.
- c. Defisit pengetahuan b.d. kurang terpapar informasi, ketidaktahuan menentukan sumber informasi d.d. menanyakan masalah yang dihadapi, tidak mengetahui penyebab dan akibat ketuban pecah dini (KPD).
- d. Ansietas b.d keselamatan janin dan dirinya d.d merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, frekuensi nafas meningkat, tekanan darah meningkat, tekanan darah meningkat, daforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih , berorientasi pada masalah.

5. Intervensi Keperawatan

| No | Dx.Keperawatan | Tujuan | Intervensi | Rasional |
|----|---|--|---|---|
| 1 | Nyeri akut b.d stimulus nyeri d.d mengeluh nyeri,tampak meringis,bersikap protektif,gelisah,frekuensi nadi meningkat,sulit tidur,tekanan darah meningkat,pola nafas berubah,proses berfikir terganggu,menarik diri,berfokus pada diri sendiri,diaphoresis | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun | INTERVENSI UTAMA 1. Manajemen Nyeri <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi ,frekuensi,kwalitas dan intensitas nyeri ● Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri ● Edukasi | INTERVENSI UTAMA 1. Manajemen Nyeri <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi,kwalitas,dan intensitas nyeri ● Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien b. Untuk menambah kenyamanan klien ● Edukasi |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>6. Kesulitan tidur menurun</p> <p>7. Diaphoresis menurun</p> <p>8. Frekuensi nadi membaik</p> <p>9. Pola nafas membaik</p> <p>10. Tekanan darah membaik</p> <p>11. Pola tidur membaik</p> | <p>a. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>b. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu <p>INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Aromaterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tingkat nyeri sebelum dan sesudah aromaterapi | <p>a. Untuk membuat klien mengetahui apa yang menjadi pemicu nyeri</p> <p>b. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan <p>INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Aromaterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui tingkatan nyeri yang dirasakan klien sebelum dan sesudah aromaterapi |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>b. Identifikasi pilihan aromaterapi yang disukai dan tidak disukai</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Pilih minyak esensial yang tepat sesuai dengan indikasi ● Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Ajarkan cara menyimpan minyak esensial dengan tepat ● Kolaborasi | <p>b. Untuk mengetahui aromaterapi apa yang disukai oleh klien</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk menentukan minyak esensial yang tepat untuk melakukan aromaterapi ● Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk memudahkan klien menggunakan kembali minyak aromaterapi ● Kolaborasi |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | | a. Konsultasikan jenis dan dosis minyak esensial yang tepat dan aman | a. Untuk mengetahui keamanan klien dalam penggunaan minyak esensial |
| 3 | Resiko infeksi d.d. ketuban pecah dini, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan meningkat 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Bengkak menurun 6. Kadar sel darah putih membaik | INTERVENSI UTAMA 1. Pencegahan infeksi ● Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi ● Terapeutik a. Batasi jumlah pengunjung b. Cucitangan sesudah dan sebelum kontak dengan lingkungan pasien | INTERVENSI UTAMA 1. Pencegahan infeksi ● Observasi a. Untuk mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi ● Terapeutik a. Untuk mencegah terjadinya penularan infeksi b. Untuk mencegah adanya infeksi silang |

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|--|
| | | <p>7. Kultur darah membaik</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi ● Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberia imunisasi <p>INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Manajemen jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor pola nafas b. Monitor bunyi nafas tambahan | <ul style="list-style-type: none"> ● Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk membuat klien tahu apa saja tanda dan gejala infeksi ● Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> a. Meminimalisir terserang infeksi <p>INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Manajemen jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui pola nafas pasien b. Untuk mengetahui apakah ada bunyi nafas tambahan pada pasien |
|--|--|------------------------------------|---|--|

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> c. Monitor sputum • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Posisikan semi fowler b. Lakukan fisioterapi dada c. Berikan oksigen | <ul style="list-style-type: none"> c. Untuk mengetahui jumlah sputum yang dikeluarkan pasien • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk memfasilitasi pernafasan b. Untuk membersihkan jalan nafas c. Untuk menambah kadar oksigen pasien |
| 4 | Defisit pengetahuan b.d. kurang terpapar informasi, ketidaktahuan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam | INTERVENSI UTAMA <ul style="list-style-type: none"> 1. Edukasi Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> • Observasi | INTERVENSI UTAMA <ul style="list-style-type: none"> 1. Edukasi Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> • Observasi |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | <p>menentukan sumber informasi d.d. menanyakan masalah yang dihadapi, tidak mengetahui penyebab dan akibat ketuban pecah dini (KPD).</p> | <p>tingkat pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topic meningkat 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun | <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan • Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan <p>INTERVENSI PENDUKUNG</p> | <p>a. Untuk mengetahui apakah klien siap menerima informasi yang diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk melakukan penyuluhan pendidikan kesehatan terhadap klien • Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk membuat klien mengetahui faktor resiko apa saja yang dapat mempengaruhi kesehatannya <p>INTERVENSI PENDUKUNG</p> |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | <p>5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p> <p>6. Perilaku meningkat</p> | <p>1. Edukasi Manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi ● Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan media dan materi pendidikan kesehatan ● Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri | <p>1. Edukasi Manajemen Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui apakah klien siap menerima informasi ● Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk melakukan penyuluhan pendidikan kesehatan ● Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk membuat klien dapat memonitor nyerinya secara mandiri b. Untuk membuat klien bisa membuat |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | | b. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri | dirinya lebih nyaman |
| 5 | <p>Ansietas b.d keselamatan janin dan dirinya d.d merasa bingung,merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi,sulit berkonsentrasi,menguluh pusing,anoreksia,palpitasi ,merasa tidak berdaya,tampak gelisah,tampak tegang,sulit tidur,frekuensi nafas meningkat,tekanan darah meningkat,tekanan darah</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Frekuensi pernafasan menurun | <p>INTERVENSI UTAMA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi Relaksasi <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan b. Monitor respon terhadap relaksasi ● Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan pakaian yang longgar b. Gunakan nada suara yang lembut dengan irama lambat dan | <p>INTERVENSI UTAMA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi Relaksasi <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui teknik relaksasi apa yang efektif digunakan klien b. Untuk mengetahui respon klien terhadap relaksasi ● Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk membuat klien nyaman b. Untuk memudahkan |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | <p>meningkat,daforesis,tremor,muka tampak pucat,suara bergetar,kontak mata buruk,sering berkemih,berorientasi pada masalah</p> | <p>5. Frekuensi nadi menurun 6. Tekanan darah menurun 7. Diaphoresis menurun 8. Pucat menurun 9. Tremor menurun 10. Konsentrasi membaik 11. Pola tidur membaik 12. Orientasi membaik</p> | <p>berirama</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman b. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi <p>INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Dukungan Emosional</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi fungsi marah,frustasi,dan amuk bagi pasien b. Identifikasi hal yang telah memicu emosi | <p>klien mengerti kata kata yang diucapkan oleh perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk membuat klien nyaman b. Untuk membuat klien rileks <p>INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Dukungan Emosional</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk mengidentifikasi fungsi marah,frustasi,dan amuk bagi pasien |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ● Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih b. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan c. Kurangi tuntutan berfikir saat sakit atau lemah | <ul style="list-style-type: none"> b. Untuk mengetahui hal hal yang memicu klien emosi ● Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk memfasilitasi klien dalam mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih b. Untuk membuat klien lebih semangat c. Untuk membuat klien lebih cepat sembuh |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">● Edukasi<ul style="list-style-type: none">a. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami● Kolaborasi<ul style="list-style-type: none">a. Rujuk konseling | <ul style="list-style-type: none">● Edukasi<ul style="list-style-type: none">a. Untuk dapat membuat klien mengungkapkan person yang dialaminya● Kolaborasi<ul style="list-style-type: none">a. Untuk membuat klien cepat sembuh |
|--|--|--|---|--|

G. Analisa PICO

1. PICO

Tabel 2.2

Tabel PICO

| Kriteria (PICOS) | Inklusi | Eksklusi |
|-----------------------------|---------------------------------|--|
| <i>Population</i> | ibu dengan post sectio caesarea | Ibu dengan persalinan spontan |
| <i>Intervention</i> | Terapi murottal al-quran | Bukan intervensi Terapi murottal al-quran |
| <i>Comparison</i> | - | - |
| <i>Outcomes</i> | nyeri | - |
| <i>Study Design</i> | | |
| Tahun publikasi | Diatas tahun 2019 | Sebelum tahun 2019 |
| bahasa | Indonesia dan inggris | Selain Bahasa Indonesia dan inggris |

H. Critical Appraisal Artikel EBN

Tabel 2.3 Critical Appraisal Artikel EBN

| No | Jurnal | Validity | Importancy | Applicability |
|----|---|---|--|---|
| 1 | <p>Judul : Terapi Murotal Al-Quran Menurunkan Intensitas Nyeri Post Section Caesarea Di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang</p> <p>Penulis : Eny Purwati, Machmudah, Nikmatul Khayati, Tahun 2019</p> | <p>V1 : Jurnal ini menggunakan populasi penelitian ini adalah ibu postpartum sectio caesarea sebanyak 133 kasus. Sampel penelitian ini adalah ibu postpartum sectio caesarea sebanyak 30 orang. Teknik pengambilan sampling dilakukan dengan cara purposive sampling, sebanyak 30 responden.</p> | <p>Penelitian ini berkontribusi dalam menurunkan instensitas nyeri post sectio caesarea karena murotal al-quran merupakan salah satu music yang memiliki pengaruh positif bagi pendengarnya. Dengan pemberian terapi ini, dapat menurunkan</p> | <p>Pada artikel penelitian ini dijelaskan mengenai kegunaan teknik terapi murotal al-quran direkomendasikan untuk dapat dijadikan SOP di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang sebagai alternatif untuk</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>V2 :</p> <p>Penelitian ini menggunakan ekperimental semu (quasi experiment). Desain penelitian ini menggunakan pre and post test design.</p> <p>1. Dari 30 responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok control sebanyak 15 orang yang akan mendapatkan intervensi terapi music Mozart dan kelompok intervensi sebanyak 15 orang yang akan mendapat</p> | <p>hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung,</p> | <p>mengurangi intensitas nyeri post sectio caesarea, serta untuk petugas Kesehatan lainnya teknik ini juga dapat dikolaborasikan dengan hipnoterapi.</p> |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>intervensi terapi murotal al-qur'an.</p> <p>2. Hal yang pertama dilakukan mengisi kuesioner sebelum dilakukan intervensi</p> <p>3. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner dan lembar observasi yang diberikan sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi.</p> <p>V3 :</p> <p>Pemilihan sampel dalam penelitian ini berdasarkan kriteria inklusi</p> | <p>denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak.</p> | |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| | | <p>yaitu pasien post operasi sectio caesarea.</p> <p>V4 :</p> <p>Data penelitian dianalisis menggunakan</p> | | |
| 2 | <p>Terapi Murotal Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea</p> <p>Penulis : Endah Wahyuningsih, Nikmatul Khayati</p> <p>Tahun 2021</p> | <p>V1 :</p> <p>Jurnal ini melakukan teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu purposive sampling berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Populasi dalam penelitian ini yaitu ibu post SC di ruang obstetric RSUP Dr. Kariadi</p> | <p>Pada jurnal ini didapatkan hasil bahwa pemberian terapi murotal Al-Qur'an dalam menurunkan nyeri post SC. Penelitian ini memiliki kontribusi dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada ibu post SC untuk</p> | <p>Terapi Muroatal Al-Qur'an bisa dilakukan dirumah sakit maupun dirumah secara mandiri</p> <p>Ketika pasien sedang timbul nyeri dengan dibantu oleh keluarga.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>Semarang sebanyak 2 orang.</p> <p>Kriteria inklusi :</p> <p>Dalam penelitian ini yaitu pasien post SC hari pertama dengan masalah keperawatan nyeri akibat adanya luka bekas pembedahan di abdomen, jenis kelamin, agama, tidak ada gangguan pendengaran, bersedia menjadi responden dan dalam kesadaran penuh yang akan diberikan intervensi terapi Murotal Al-Qur'an.</p> <p>Kriteria eksklusi :</p> | <p>menurunkan skala nyeri yang dirasakan.</p> | |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>Pasien post SC lebih dari 2 atau 3 hari, beragama non muslim, mengalami gangguan pendengara, dan mengalami penurunan kesadaran.</p> <p>V2 :</p> <p>Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan pre test dan post test.</p> <p>Pengkajian nyeri menggunakan lembar NRS (Numeric Rating Scale) sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Pengumpulan data dalam penelitian ini</p> | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>menggunakan rekam medik, wawancara, observasi serta peran aktif dalam pemberian asuhan keperawatan. Alat yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu lembar observasi nyeri dengan skala NRS. Pemberian terapi murotal Al-Qur'an dan napas dalam dilakukan sekali sehari selama 25 menit dan dilakukan Ketika pasien sedang merasa nyeri secara mandiri. Setelah dilakukan intervensi pasien dikaji Kembali skala nyeri nya. Terapi ini</p> | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>diberikan 2 jam setelah pasien meminum obat analgetic agar respon penurunan murni akibat intervensi murotal Al-Qur'an dan bukan karena efek obat analgetic yang telah diberikan. Intervensi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.</p> <p>V3 :</p> <p>Pemilihan sampel dalam penelitian ini berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi</p> <p>V4 :</p> | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>Pengumpulan data menggunakan rekam medik, wawancara, observasi serta peran aktif dalam pemberian asuhan keperawatan.</p> <p>Alat yang digunakan untuk pengumpulan data adalah sumber observasi nyeri dengan skala NRS.</p> <p>Berdasarkan hasil studi yang telah dilaksanakan pada kedua responden didapatkan hasil bahwa terapi Murotal Al-Qur'an dikombinasikan dengan napas dalam mampu menurunkan nyeri pada pasien post SC dengan</p> | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>penurunan nyeri dengan rata-rata 1 poin dari skala 5 menjadi 1 setelah terapi Murotal.</p> <p>V5 :</p> <p>Pada pembahasan terdapat penjelasan mengenai kesamaan hasil penelitian dengan penelitian sebelumnya, terdapat pembahasan hasil penelitian dalam artikel.</p> <p>Jumlah sampel pada penelitian ini tidak cukup untuk penelitian intervensi, sehingga kesimpulan tidak dapat digeneralisasi.</p> | | |
|--|--|---|--|--|

SOP TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN

| | |
|----------------|--|
| Definisi | Terapi murottal al-qur'an adalah rekaman Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-Qur'an). |
| Tujuan | Tujuan terapi murottal Al-Quran untuk menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, nyeri dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitaas gelombang otak |
| Indikasi | Pasien dengan section caesarea |
| Kontraindikasi | Pasien dengan cemas |
| Alat | Handphone dan earphone |
| Prosedur kerja | <p>Tahap pre-Interaksi</p> <p>2. Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menciptakan lingkungan yang nyaman b. Menjaga privasi pasien c. Membawa alat ke dekat pasien <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan pada pasien dan keluarganya 4. Menanyakan kesiadaan pasien sebelum kegiatan dilakukan 5. Mengatur posisi yang nyaman <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan |

2. Menjaga privasi
3. Bantu pasien untuk memilih posisi yang nyaman
4. Batasi stimulasi eksternal seperti Cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan murottal
5. Dekatkan handphone ke pasien
6. Nyalakan handphone yang berisi murottal selama 20 menit
7. Pastikan volume sesuai dan tidak terlalu keras
8. Biarkan pasien rileks sambil mendengarkan murottal

Terminasi

1. Evaluasi hasil tindakan
2. Berpamitan dengan pasien
3. Membereskan alat
4. Mencuci tangan

BAB III

LAPORAN KASUS DAN HASIL

A. Pengkajian

Tabel 3.1 Hasil Anamnesa Biodata Dan Riwayat Kesehatan Pasien Dengan Persalinan Section Caesarea

| Identitas pasien | Pasien 1 | Pasien 2 |
|---------------------------|--|--|
| Nama | Ny. Y | Ny. F |
| Jenis Kelamin | Perempuan | Perempuan |
| Umur | 29 tahun | 18 Tahun |
| Status Perkawinan | Menikah | Menikah |
| Pekerjaan | Ibu rumah tangga | Ibu Rumah Tangga |
| Agama | Islam | Islam |
| Pendidikan terakhir | SD | SMP |
| Alamat | Kp. Cileutik | Kp. Cipeujeuh |
| Diagnosa medis | P4A0 partus prematurus dengan SC atas indikasi gagal drip, KPD | P1A0 partus prematurus dengan SC atas indikasi KPD |
| Nomor register | 00-682987 | 00-908665 |
| Tanggal masuk RS | 01 Desember 2023 pukul 16.00 WIB | 05 Desember 2023 pukul 20.00 WIB |
| Tanggal dilakukan operasi | 02 Desember 2023 pukul 07.30 WIB | 06 Desember 2023 pukul 08.30 WIB |
| Tanggal pengkajian | 02 Desember 2023 pukul 15.00 WIB | 06 Desember 2023 pukul 16.00 WIB |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--------------|------|--|--------------|---------|--|
| Keluhan utama | Pasien mengeluh nyeri pada bagian luka post operasi | Pasien mengeluh nyeri pada bagian luka post operasi | | | | | | |
| Riwayat kesehatan sekarang | Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 02 Desember 2023, pasien mengeluh nyeri, nyeri dirasakan di area perut bawah, nyeri bertambah ketika pasien banyak bergerak, dan nyeri berkurang ketika pasien istirahat. Nyeri dirasakan seperti ditusuk, skala nyeri 5 (0-10). Nyeri dirasakan hilang timbul. | Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri di bagian perut bekas luka operasi SC, nyeri dirasakan ketika pasien bergerak, dan nyeri hilang ketika pasien istirahat, nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat, skala nyeri 6 (0-10) | | | | | | |
| Riwayat Kesehatan dahulu | Riwayat penyakit terdahulu tidak ada, tidak ada Riwayat operasi maupun penyakit menular atau penyakit seksual. | Riwayat penyakit terdahulu tidak ada, tidak ada Riwayat operasi maupun penyakit menular atau penyakit seksual. | | | | | | |
| Riwayat Kesehatan keluarga | Pasien mengatakan di keluarga tidak ada yang memiliki Riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes, dll. | Pasien mengatakan di keluarga tidak ada yang memiliki Riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes, dll. | | | | | | |
| Riwayat obstetri | <table border="1"> <tr> <td>Anak ke 1</td> <td>Tahun partus</td> <td>2012</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Jenis partus</td> <td>Spontan</td> </tr> </table> | Anak ke 1 | Tahun partus | 2012 | | Jenis partus | Spontan | |
| Anak ke 1 | Tahun partus | 2012 | | | | | | |
| | Jenis partus | Spontan | | | | | | |

| | | | |
|-----------|-----------------|------------|--|
| | Tempat Penolong | Bidaan | |
| | Jenis Kelamin | Laki-laki | |
| | BBL | 2,600 gram | |
| | Masalah | - | |
| | Keadaan anak | Hidup | |
| | | | |
| Anak ke 2 | Tahun partus | 2015 | |
| | Jenis partus | Spontan | |
| | Tempat Penolong | Bidan | |
| | Jenis Kelamin | Laki-laki | |
| | BBL | 3,500 gram | |
| | Keadaan anak | Hidup | |
| | | | |
| Anak ke 3 | Tahun partus | 2019 | |
| | Jenis partus | Spontan | |
| | Tempat Penolong | Bidan | |
| | Jenis Kelamin | Perempuan | |
| | BBL | 3,500 gram | |

| | Keadaan anak | Hidup | |
|----------------------------|---|-------|--|
| Riwayat kehamilan saat ini | <p>a. Usia kehamilan TFU : 30 cm TFU : 30x8/7 : 34,3 (34-35 minggu)</p> <p>b. Keluhan saat hamil Tidak ada keluhan</p> <p>c. Gerakan janin dirasakan pertama kali Pada usia kehamilan 4 bulan</p> <p>d. Imunisasi TT Pasien mengatakan imunisasi TT 1 dilaksanakan</p> <p>e. Pemeriksaan ANC dan USG Pasien mengatakan selalu rutin mengecek kehamilannya di bidan</p> <p>f. Obat yang dikonsumsi selama masa kehamilan Vitamin</p> | | <p>a. Usia kehamilan TFU : 31 cm TFU : 31x8/7 : 35,4 (35-36 Minggu)</p> <p>b. Keluhan saat hamil Tidak ada keluhan</p> <p>c. Gerakan janin dirasakan pertama kali Pada usia kehamilan 5 bulan</p> <p>d. Imunisasi TT Pasien mengatakan imunisasi TT 1 dilaksanakan.</p> <p>e. Pemeriksaan ANC dan USG Pasien mengatakan selalu rutin mengecek kehamilannya di bidan</p> <p>f. Obat yang dikonsumsi selama masa kehamilan Vitamin tablet tambah darah, asam folat dan kalsium</p> |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| <p>Riwayat persalinan saat ini</p> | <p>a. Jenis persalinan Section caesarea (SC)</p> <p>b. Lama persalinan Tidak terkaji</p> <p>c. Masalah selama proses persalinan Ketuban pecah dini</p> | <p>a. Jenis persalinan Section caesarea (SC)</p> <p>b. Lama persalinan Tidak terkaji</p> <p>c. Masalah selama proses persalinan Ketuban pecah dini</p> |
| <p>Riwayat menstruasi</p> | <p>a. Usia pertama kali haid Pada usia 13 tahun</p> <p>b. Gangguan selama menstruasi Dismenore akan tetapi tidak sampai di rawat di rumah sakit.</p> <p>c. Siklus haid 28 hari</p> <p>d. Hpht Tidak terkaji</p> | <p>a. Usia pertama kali haid Pada usia 14 tahun</p> <p>b. Gangguan selama menstruasi Dismenore akan tetapi tidak sampai di rawat di rumah sakit</p> <p>c. Siklus haid 28 hari</p> <p>d. Hpht Tidak terkaji</p> |
| <p>Riwayat keluarga berencana</p> | <p>a. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi : Pasien mengatakan bahwa sebelumnya pernah menggunakan alat kontrasepsi KB Suntik 1 bulan dan 3 bulan.</p> <p>b. Keluhan selama menggunakan alat kontrasepsi : Pasien mengatakan tidak ada keluhan selama</p> | <p>a. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi : Pasien mengatakan bahwa sebelumnya belum pernah menggunakan alat kontrasepsi</p> <p>b. Keluhan selama menggunakan alat kontrasepsi : Pasien mengatakan Tidak ada keluhan</p> |

| | | |
|--------------------|--|--|
| | <p>menggunakan KB jenis suntik.</p> <p>c. Rencana penggunaan alat kontrasepsi setelah melahirkan :</p> <p>Pasien mengatakan setelah melahirkan berencana ingin menggunakan KB IUD.</p> | <p>c. Rencana penggunaan alat kontrasepsi setelah melahirkan :</p> <p>Pasien mengatakan berencana setelah melahirkan akan menggunakan KB IUD.</p> |
| Riwayat pernikahan | <p>a. Usia menikah</p> <p>Pasien menikah pada usia 25 tahun. Sedangkan suaminya menikah usia 26 tahun.</p> <p>b. Jumlah pernikahan</p> <p>Pasien mengatakan ini merupakan pernikahan pertama dengan suaminya</p> <p>c. Lama pernikahan</p> <p>Pasien mengatakan bahwa ia dengan suaminya sudah menjalin rumah tangga selama 3 tahun</p> | <p>a. Usia menikah</p> <p>Pasien menikah pada usia 17 tahun, sedangkan suaminya usia 18 tahun</p> <p>b. Jumlah pernikahan</p> <p>Pasien mengatakan bahwa ini merupakan pernikahan pertama dengan suaminya</p> <p>c. Lama pernikahan</p> <p>Pasien mengatakan bahwa ia dengan suaminya sudah menjalin rumah tangga selama 1 tahun.</p> |

Tabel 3.2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik pada Pasien Postpartum SC

| | | |
|---------------------------------|----------|----------|
| Observasi dan Pemeriksaan Fisik | Pasien 1 | Pasien 2 |
|---------------------------------|----------|----------|

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Keluhan utama | Nyeri post sc | Nyeri post sc |
| Kesadaran | Compos mentis, GCS 15, E4M6V5 | Compos mentis, GCS 15, E4M6V5 |
| Pemeriksaan tanda-tanda vital | TD : 110/80 mmHg N : 88x/menit RR : 22x/menit S : 36,5°C SPO2 : 99% | TD : 120/83 mmHg N : 93x/menit RR : 20x/menit S : 36,6°C SPO2 : 99% |
| Pemeriksaan antropometri | BB sebelum hamil : 45kg BB setelah hamil : 57 kg TB : 157 cm LILA : 26 cm | BB sebelum hamil : 46kg BB setelah hamil : 51 kg TB : 156 cm LILA : 27 cm |
| Kenyamanan/nyeri | Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5 (0-10), nyeri bertambah ketika bergerak, dan nyeri berkurang bila beristirahat | Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri bertambah ketika bergerak, dan nyeri berkurang bila beristirahat |
| Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri | a. Pengalaman : Ny. Y baru pertama kali menjalankan operasi sc b. Ansietas Wajah pasien tidak tampak tegang c. Budaya Ketika dilakukan pemeriksaan pasien | a. Pengalaman : Ny. F baru pertama kali menjalankan operasi sc b. Ansietas Wajah pasien tampak cemas c. Budaya Ketika dilakukan pemeriksaan pasien selalu melaporkan nyeri yang dialaminya. |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>selalu melaporkan nyeri yang dialaminya.</p> <p>d. Usia</p> <p>e. Efek placebo</p> | <p>d. Usia</p> <p>e. Efek placebo</p> |
| Pemeriksaan fisik system pernafasan | <p>Tidak ada sianosis, pengembangan paru simetris, respirasi 22x/mnt, saat diperkusi suara resonan, dan suara paru vesikuler.</p> | <p>Tidak ada sianosis, pengembangan paru simetris, respirasi 20x/mnt, saat diperkusi suara resonan, dan suara paru vesikuler.</p> |
| Pemeriksaan fisik system kardiovaskular | <p>TD : 110/80mmHg, N : 88x/menit, irama nadi teratur, konjungtiva tidak anemis, warna bibir merah muda, tidak terjadi peningkatan vena jugularis, CRT <3 detik, tidak terjadi edema pada ekstremitas, suhu akral hangat, tidak ada hemoroid.</p> | <p>TD : 120/83mmHg, N : 93x/menit, irama nadi teratur, konjungtiva tidak anemis, warna bibir merah muda, tidak terjadi peningkatan vena jugularis, CRT <3 detik, tidak terjadi edema pada ekstremitas, suhu akral hangat, tidak ada hemoroid.</p> |
| Pemeriksaan fisik system pencernaan | <p>Mukosa bibir lembab, tidak ada pembengkakan tonsil, gigi bersih, reflek menelan positif, tidak ada kesulitan menelan, bising usus 8-10x/mnt, perut datar, tidak ada hemoroid</p> | <p>Mukosa bibir lembab, tidak ada pembengkakan tonsil, gigi bersih, reflek menelan positif, tidak ada kesulitan menelan, bising usus 6-10x/mnt, perut datar, tidak ada hemoroid</p> |
| Pemeriksaan fisik system persyarafan | <p>Kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS (E=4, M=5, V=6). Orientasi</p> | <p>Kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS (E=4, M=5, V=6). Orientasi</p> |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| | waktu baik, tidak ada gangguan pada penglihatan dan pendengaran, reflek patella positif/baik. | waktu baik, tidak ada gangguan pada penglihatan dan pendengaran, reflek patella positif/baik. |
| Pemeriksaan fisik system endokrin | Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tiroid, tidak ada produksi keringat berlebih. | Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tiroid, tidak ada produksi keringat berlebih. |
| Pemeriksaan fisik system perkemihan | Saat dilakukan pengkajian Pasien terpasang kateter, saat dipalpasi tidak ada distensi kandung kemih | Saat dilakukan pengkajian Pasien terpasang kateter, saat dipalpasi tidak ada distensi kandung kemih. |
| Pemeriksaan fisik system endokrin | Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening | Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening |
| Pemeriksaan fisik system reproduksi | <ul style="list-style-type: none"> - Mamae :bentuk putting bulat menonjol, areola berwarna coklat, tidak ada lesi, ASI sudah keluar - Uterus : TFU 2 jari dibawah pusat, uterus teraba kuat. - Vulva : terdapat bercak darah, tidak ada edema, lochea rubra 50 cc, cara cebok dari depan ke belakang. | <ul style="list-style-type: none"> - Mamae :bentuk putting bulat menonjol, areola berwarna coklat, tidak ada lesi, ASI sudah keluar sedikit - Uterus : TFU 2 jari dibawah pusat, uterus teraba kuat. - Vulva : terdapat bercak darah, tidak ada edema, lochea rubra 50 cc, cara cebok dari depan ke belakang. |

| | | |
|--|--|--|
| Pemeriksaan fisik system musculoskeletal | Terdapat pergangan pada otot abdomen, dinding perut lembek dan kendor, tidak terdapat edema, kekuatan otot masing-masing ekstremitas 5,5, terpasang infus RL+analgetik ditangan kiri. | Terdapat pergangan pada otot abdomen, dinding perut lembek dan kendor, tidak terdapat edema, kekuatan otot masing-masing ekstremitas 5,5, terpasang infus RL+analgetik ditangan kanan. |
| Pemeriksaan fisik system integumen | Kulit kepala bersih, distribusi rambut merata, rambut berwarna hitam, rambut tampak sedikit berminyak tidak ada ketombe, tidak ada benjolan. Terdapat linea nigra, kulit elastis. terdapat luka operasi tertutup verban dibagian perut bawah, Terdapat luka sc horizontal 10-12 cm dibalut perban, tidak ada rembesan dan tidak basah. | Kulit kepala bersih, distribusi rambut merata, rambut berwarna hitam, rambut tampak sedikit berminyak tidak ada ketombe, tidak ada benjolan. Terdapat linea nigra, kulit elastis. terdapat luka operasi tertutup verban dibagian perut bawah, Terdapat luka sc horizontal 10-12 cm dibalut perban, tidak ada rembesan dan tidak basah. |

Tabel 3.3 hasil pengkajian psikososial dan spiritual

| Hasil pengkajian psiko, sosial, spiritual, item pengkajian | Pasien 1 | Pasien 2 |
|--|--|---|
| Pola pikir | Pasien berpikir positif selama proses kehamilan. | Klien berpikir positif selama proses kehamilan. |

| | | |
|--------------------|---|---|
| | Pasien menganggap itu hal yang terbaik untuk keluarganya | Klien menganggap itu hal yang terbaik untuk keluarganya |
| Persepsi diri | Pasien mengatakan bahwa sakit yang ia detia merupakan bentuk ujian dari Allah SWT. | Klien sehari-hari sebagai ibu rumah tangga dan merasa berhasil menjadi seorang ibu dan istri |
| Gaya komunikasi | Dalam hal berkomunikasi pasien menggunakan Bahasa sunda dan Indonesia. | Pasien komunikatif saat diajak berbicara, pasien menggunakan Bahasa sunda dan Indonesia. |
| Konsep diri | | |
| Gambaran diri | Pasien menganggap dirinya seorang Wanita atau ibu yang baru saja selesai melahirkan secara sc | Pasien menganggap dirinya seorang Wanita atau ibu yang baru saja selesai melahirkan secara sc |
| Harga diri | Pasien yakin akan segera pulih dan mampu merawat anaknya setelah pulang dari rumah sakit | Pasien yakin akan segera pulih dan mampu merawat anaknya setelah pulang dari rumah sakit |
| Peran diri | Pasien mengatakan perannya adalah ibu rumah tangga yang harus merawat anak-anak dan suami | Pasien mengatakan perannya adalah ibu rumah tangga yang harus merawat anak-anak dan suami |
| Identitas diri | Pasien merupakan seorang Wanita berusia 29 tahun. | Pasien merupakan seorang Wanita berusia 18 tahun. |

| | | |
|-------------------|--|--|
| Ideal diri | Pasien berharap agar cepat pulih | Pasien berharap agar cepat pulih |
| Pola koping | Ketika pasien dihadapi masalah, ia selalu menceritakannya kepada seorang terdekat seperti : suami, orang tua. | Ketika pasien dihadapi masalah, ia selalu menceritakannya kepada seorang terdekat seperti : suami, orang tua. |
| Aspek spiritual | <p>Sebelum sakit :</p> <p>Dalam beribadah pasien melakukannya secara mandiri.</p> <p>Setelah sakit :</p> <p>Pasien tidak melaksanakan ibadah (sholat) dikarenakan sedang masa nifas.</p> | <p>Sebelum sakit :</p> <p>Dalam beribadah pasien melakukannya secara mandiri.</p> <p>Setelah sakit :</p> <p>Pasien tidak melaksanakan ibadah (sholat) dikarenakan sedang masa nifas.</p> |
| Kepercayaan sakit | Pasien mengatakan bahwa sakit berasal dari Allah SWT | Pasien mengatakan bahwa sehat dan sakit berasal dari Allah SWT |
| Penerimaan sakit | Pasien mengatakan bisa jadi cobaan harus melahirkan secara SC, pasrah dan menerima yang penting bayinya lahir selamat dan sehat tidak kurang dari satu apapun | Pasien mengatakan melahirkan secara SC adalah sudah kehendak dan takdir, pasien pasrah dan menerima yang penting bayinya sehat dan selamat tidak kurang dari satu apapun |
| Dukungan sosial | Dukungan terbesar pasien adalah suami, keluarganya, | Dukungan terbesar pasien adalah suami, keluarganya, |

| | | |
|--------|--|--|
| | bayinya, ibu dan saudaranya. Pasien mengatakan suaminya selalu mendukung secara spritual | bayinya. Pasien mengatakan suaminya selalu mendukung secara spritual |
| Ibadah | Selama hamil pasien mengatakan tidak ada ibadah yang terganggu, tidak pernah ketinggalan shalat wajib lima waktu | Selama hamil pasien mengatakan tidak ada ibadah yang terganggu, tidak pernah ketinggalan shalat wajib lima waktu |

Tabel 3.4 Hasil Data Penunjang

| Hasil data penunjang | Pasien 1 | Pasien 2 | Nilai normal | Satuan |
|--------------------------|---------------|----------------------|-------------------|---------|
| Pemeriksaan laboratorium | | | | |
| Hemoglobin | 13.7 | 14.0 g/dL | 12.0 – 15.0 | g/dL |
| Leukosit | 10.850 | 10.990 Sel/uL | 3800 – 10600 | Sel/uL |
| Eritrosit | 4.96 | 3.13 juta/uL | 3.6 – 5.5 | juta/uL |
| hematokrit | 40.7 | 36.5 % | 35 -47 | % |
| Trombosit | 331.000 | 335.000 sel/uL | 150.000 – 440.000 | sel/uL |
| Golongan darah | | A | | |
| Rhesus | | Positif | | |

Tabel 3.5 Terapi Obat

Pasien 1

| Nama obat | Cara pemberian | Dosis | Indikasi |
|-----------|----------------|-------|----------|
| | | | |

| | | | |
|-------------|----|----------|---|
| Ceftriaxone | Iv | 2x1gram | Antibiotik yang berguna untuk pengobatan sejumlah infeksi bakteri |
| ketorolac | Iv | 3x1 gram | Obat anti inflamasi nonsteroid yang digunakan untuk mengobati nyeri |

Pasien 2

| Nama obat | Cara pemberian | Dosis | Indikasi |
|-------------|----------------|----------|---|
| Ketorolac | Iv | 3x1 gram | Obat anti inflamasi nonsteroid yang digunakan untuk mengobati nyeri |
| Ceftriaxone | Iv | 2x1 gram | Antibiotik yang berguna untuk pengobatan sejumlah infeksi bakteri |

Tabel 3.6 hasil pengkajian aktifitas sehari-hari (ADL)

| Hasil pengkajian aktifitas sehari-hari (ADL) item pengkajian | Pasien 1 | | Pasien 2 | |
|--|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | Sebelum sakit | Setelah sakit | Sebelum sakit | Setelah sakit |
| Nutrisi | | | | |
| Makan | | | | |
| Jenis | Nasi, sayur, ikan | | Nasi, sayur, ikan | |
| Frekuensi | 2-3x/hari | 3x/hari | 2-3x/hari | 3x/hari |
| Keluhan | Tidak ada | tidak ada | Tidak ada | tidak ada |

| | | | | |
|-------------|----------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------------|
| Cairan | | | | |
| Jenis | Air putih, | air putih 2 | Air putih | air putih 3 |
| Frekuensi | susu 5 gelas/hari | gelas/hari | 7 gelas/hari | gelas/hari |
| Keluhan | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada |
| Eliminasi | | | | |
| BAB | | | | |
| Frekuensi | 2x/hari | - | 2x/hari | - |
| Konsistensi | Padat | - | Padat | - |
| Warna | Kuning | - | Kuning | - |
| Keluhan | Tidak ada | Belum BAB | Tidak ada | Belum BAB |
| BAK | | | | |
| Frekuensi | 2-3x/hari | 1x/hari | 2-3x/hari | 1x/hari |
| Konsistensi | Cair | Cair | Cair | Cair |
| Warna | Kuning jernih | Kuning jernih | Kuning jernih | Kuning |
| Keluhan | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Jernih Tidak ada |
| Olahraga | | | | |
| Frekuensi | 1x/seminggu | - | 2x/seminggu | - |
| Jenis | Jalan kaki | - | Jalan kaki | - |
| Keluhan | Tidak ada | Nyeri luka bekas jahitan sc | Tidak ada | Nyeri luka bekas jahitan sc |
| Hygiene | | | | |
| Mandi | | | | |
| Frekuensi | 2x/hari | 1x/hari | 3x/hari | 1x/hari |
| Keluhan | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada |

| | | | | |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| Keramas | | | | |
| Frekuensi | 2x seminggu | 1x seminggu | 3x seminggu | 1x |
| Keluhan | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | seminggu |
| | | | | Tidak ada |
| Gunting kuku | | | | |
| Frekuensi | 1x seminggu | 1x seminggu | 1x seminggu | |
| Keluhan | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | 1x |
| | | | | seminggu |
| Sikat gigi | | | | Tidak ada |
| Frekuensi | 2x/hari | 2x/hari | 2x/hari | |
| Keluhan | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | 2x/hari |
| | | | | Tidak ada |
| Istirahat/tidur | | | | |
| Tidur siang | | | | |
| Waktu | 13.00 – 14.00 | 13.00-14.30 | 13.00 – 14.30 | 13.00 – |
| Keluhan | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | 14.00 |
| | | | | Tidak ada |
| Tidur malam | | | | |
| Waktu | 20.00 – 05.00 | 21.00 – 05.00 | 20.30 – 05.00 | 20.00 – |
| Keluhan | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | 05.00 |
| | | | | Tidak ada |
| Gaya hidup | | | | |
| Konsumsi | | | | |
| obat-obatan | | | | |
| Frekuensi | | | | |
| Jenis | | | | |

| | | | | |
|------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| | Pasien hanya mengkonsum si obat vitamin | Obat analgetic (ketorolac) | Pasien hanya mengkonsum si obat Vitamin tablet tambah darah, asam folat dan kalsium | Obat analgetic (ketorolac) |
| Keluhan | | | | Tidak ada |
| Kebiasaan merokok | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Pasien |
| Frekuensi | Pasien tidak | Pasien tidak | Pasien tidak | tidak |
| Jenis | merokok | merokok | merokok | merokok |
| Keluhan | - | - | - | - |
| | - | - | - | - |
| Minum- minuma keras | - | - | - | - |
| | Pasien tidak | Pasien tidak | Pasien tidak | Pasien |
| | meminum | meminum | meminum | tidak |
| Frekuensi | minuman | minuman | minuma | meminum |
| Jenis | keras | keras | keras | minuman |
| keluhan | | - | | keras |
| | - | - | - | - |
| | - | - | - | - |
| | - | - | - | - |

B. Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data

| No | Data | Etiologi | Masalah | Masalah | Etiologi | Masalah |
|----|---|--|------------|--|--|------------|
| 1 | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri post sc - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien tampak meringis kesakitan - Terdapat luka operasi sc sepanjang 10-12 cm tertutup verban dibagian perut bawah - Terapi : - Ketorolac 3x1 amp IV | <p>SC Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Insisi Bedah/ agen Cedera Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Trauma Jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p> | Nyeri akut | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dibagian perut bawah terutama pada area bekas operasi sc - Pasien mengatakan nyeri terasa apabila berpindah posisi - Pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat - Skala nyeri 6 (0-10) <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan - Terdapat luka operasi sc sepanjang 10-12 cm | <p>SC Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Insisi Bedah/ agen Cedera Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Trauma Jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p> | Nyeri akut |

| | | | | | | |
|---|---|--|-------------------|---|--|-------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - TD : 110/80 mmHg - N : 88x/menit - RR : 22x/menit - S : 36,5°C - SPO2 : 99% | | | <p>tertutu verban dibagian perut bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi : - Ketorolac 3x1 amp IV - TD : 120/83 mmHg - N : 93x/menit - RR : 20x/menit - S : 36,6°C - SPO2 : 99% | | |
| 2 | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada perut - Pasien mengatakan perdarahan di pampers masih ada <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat pengeluaran Lochea rubra kurang lebih 50cc didalam pampers | <p>Kelainan pada proses persalinan (KPD)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Insisi Bedah/Agen Cedera Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Esterogen Dan Progesterin Menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Involusi Uteri Tidak Edukuat</p> | Resiko Perdarahan | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perdarahan di pampers masih ada <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat pengeluaran Lochea rubra kurang lebih 50cc didalam pampers - Tampak luka operasi tertutup verban area | <p>Kelainan pada proses persalinan (KPD)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Insisi Bedah/Agen Cedera Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Esterogen Dan Progesterin Menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> | Resiko perdarahan |

| | | | | | |
|--|--|----------------|--|--|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka operasi tertutup verban area abdomen bawah horizontal kurang lebih 10-12 cm - uterus teraba keras | <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Risiko Perdarahan</p> | | <p style="text-align: center;">abdomen bawah horizontal kurang lebih 10-12 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uterus teraba keras | <p style="text-align: center;">Involusi Uteri Tidak Edukuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Risiko Perdarahan</p> | |
| <p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 110/80 mmHg - Hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 10.850 Sel/UL (Tinggi) - Pemberian obat antibiotik (ceftriaxone) | <p style="text-align: center;">SC Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Insisi Bedah/ agen Cedera Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Risiko Infeksi</p> | Resiko infeksi | <p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/83 mmHg - Hasil pemeriksaan laboratorium Leukosit 10.990 Sel/uL (Tinggi) - Pemberian obat antibiotik (ceftriaxone) | <p style="text-align: center;">SC Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Insisi Bedah/ agen Cedera Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Risiko Infeksi</p> | Resiko infeksi |

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN :

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri
- 2) Resiko Perdarahan dibuktikan dengan adanya lochea rubra 50 cc
- 3) Resiko Infeski dibuktikan dengan adanya luka operasi

D. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.9 Perencanaan Keperawatan

| Diagnosa Keperawatan (SDKI) | Standar Luaran (SLKI)/ Kriteria | Perencanaan (SIKI) | Rasional |
|---|--|---|--|
| Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi caesarea berkurang - Pasien tidak tampak kesakitan - Pasien tampak meringis saat bergerak berkurang | Manajemen nyeri Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal, observasi, tanda-tanda vital 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai pertimbangan untuk menentukan strategi yang tepat untuk mengatasi masalah pasien 2. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan 3. Nyeri sebagai vital sign yang kelima, setelah nafas, tekanan darah, nadi dan suhu, sehingga |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>- Skala nyeri menurun 1-3 (0-10)</p> | <p>5. Identifikasi respon pasien tentang terapi murotal Al-Qur'an</p> <p>Terapeutik :</p> <p>6. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi murotal al-qur'an Ar-Rahman.)</p> <p>7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan pencahayaan, dan kebisingan).</p> <p>Edukasi :</p> <p>8. Berikan Teknik non farmakologi untuk meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>9. Kolaborasi pemberian analgetic ketorolac 1 amp IV.</p> | <p>manajemen nyeri mutlak harus ada (Amran et all ., 2019)</p> <p>4. Mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Menentukan apakah intervensi terapi murotal Al-Qur'an ini dapat di aplikasikan pada klien dengan kriteria inklusi. Pasien post section caesarea.</p> <p>6. Terapi Murottal Al-Qur`an adalah terapi bacaan al-Qur'an yang merupakan terapi religi Dimana seseorang dbacakan ayat-ayat al-Qur'an selama beberapa menit atau jam sehingga memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang (Zahrofi, 2013).</p> <p>7. Agar tidak memperparah rasa nyeri yang dirasakan dan</p> |
|--|---|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>mendukung ibu untuk beristirahat yang cukup.</p> <p>8. Obat ini berfungsi untuk meredakan nyeri</p> |
| <p>Resiko perdarahan b.d adanya lochea rubra 50 cc</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat perdarahan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan pasca operasi menurun - TFU tidak diatas pusat - Uterus teraba keras | <p>Perawatan pasca seksio</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor tanda-tanda vital ibu 3. Monitor respon fisiologis (mis, nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan nafas) 4. Monitor kondisi luka dan balutan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Motivasi mobilisasi dini (miring kanan miring kiri) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan Latihan ekstremitas, perubahan posisi, dan nafas dalam 7. Jelaskan tanda-tanda perdarahan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui masalah Kesehatan yang dialami pasien sebelumnya 2. Untuk mengetahui nilai tanda-tanda vital ibu, apakah berada di rentang normal atau tidak 3. Untuk mengetahui kondisi fisiologis ibu 4. Untuk mengetahui apakah kondisi luka ibu terdapat tanda-tanda infeksi atau tidak 5. Mobilisasi dini merupakan gerakan yang segera dilakukan dengan tujuan untuk mengembalikan otot-otot perut |

| | | | |
|---------------------------|--|----------------------------|---|
| | | | <p>agar tidak kaku dan mempengaruhi rasa sakit sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien pasca operasi. Mobilisasi dini secara bertahap sangat berguna untuk membantu jalan penyembuhan pasien pasca operasi. (Muhammad Faizal, 2020).</p> <p>6. Latihan ekstremitas bertujuan untuk mencegah kekakuan pada sendi. Perubahhan posisi pada pasien bertujuan untuk mencegah luka tekan. Latihan napas dalam berguna untuk mengurnagi rasa nyeri akibat pembedahan</p> <p>7. Agar keluarga pasien tahu keadaan pasien saat ini.</p> |
| Resiko infeksi dibuktikan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam | Perawatan luka Observasi : | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| <p>dengan adanya luka operasi</p> | <p>diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri menurun 1-3 (0-10) - Tidak ada tanda-tanda infeksi local dan sistemik. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 5. Bersihan dengan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 6. berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 7. pasang balutan sesuai jenis luka 8. ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 10. Ajarkan cara cuci tangan yang benar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui apakah luka yang dialami pasien mengalami infeksi atau tidak 2. Untuk mengetahui apakah pasien mengalami tanda dan gejala infeksi atau tidak 3. Dengan menjaga kebersihan tangan dapat meminimalisir penularan infeksi 4. Dengan melepaskan plester balutan secara perlahan dapat membuat pasien merasa nyaman 5. Karena cairan ini baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka 6. Pemberian salep berguna untuk mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat proses penyembuhan luka |
|-----------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>11. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau bekas operasi</p> <p>12. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> | <p>7. Agar pasien dan keluarga mengetahui cara mencuci tangan dengan tepat</p> <p>8. Dengan meningkatkan asupan nutrisi dapat meningkatkan energi untuk mempercepat proses penyembuhan</p> <p>9. Agar pasien maupun keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> <p>10. Agar pasien dan keluarga mengetahui cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>11. Untuk mengetahui apakah luka yang dialami pasien mengalami infeksi atau tidak</p> <p>12. Dengan meningkatkan asupan nutrisi dapat meningkatkan energi untuk mempercepat proses penyembuhan</p> |
|--|--|--|--|

E. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

| Diagnosa Keperawatan | Pasien 1 | | |
|---|---|--|--|
| | Hari/tanggal Jam | Implementasi | Evaluasi |
| Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri | Sabtu 05/12/2023 15.00 15.10 | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah bekas jahitan operasi SC, nyeri dirasakan Ketika bergerak dan nyeri hilang Ketika beristirahat - Memonitor skala nyeri R/ pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di bekas jahitan operasi sc - Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan terapi murotal Al-Qur'an skala nyeri 5 menjadi 4 (0-10) - Pasien mengatakan nyeri terasa ketika bergerak dan berkurang ketika beristirahat - Pasien mengatakan tenang setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an. |

| | | | |
|--|-------|---|---|
| | 15.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri Ketika pasien banyak bergerak, dan nyeri hilang Ketika pasien beristirahat | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - TD : 110/80 mmHg, N : 80x/mnt RR : 20x/mnt, S : 36,5°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> |
| | 18.10 | <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan strategi meredakan nyeri R/ pasien paham setelah dijelaskan meredakan nyeri salah satu nya dengan Tarik nafas dalam dan terapi Murotal Al-Qur'an | |
| | 18.20 | <ul style="list-style-type: none"> - Megajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi murotal al-qur'an surat Ar-Rahman, 20 menit) R/ pasien bersedia melakukan terapi murotal al-Qur'an selama 20 menit. | |
| | 18.40 | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon pasien tentang terapi murotal Al-Qur'an R/ pasien mengatakan setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an menjadi tenang, dan nyeri sedikit berkurang | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>Senin</p> <p>04/12/2023</p> <p>08.00</p> <p>09.00</p> <p>12.10</p> <p>12.30</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah bekas jahitan operasi SC, nyeri dirasakan Ketika bergerak dan nyeri hilang Ketika beristirahat - Memonitor skala nyeri R/ pasien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) - Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi murotal al-qur'an surat Ar-Rahman, 20 menit) R/ pasien bersedia melakukan terapi murotal al-Qur'an selama 20 menit. - Mengidentifikasi respon pasien tentang terapi murotal Al-Qur'an R/ pasien mengatakan setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an nyeri berkurang | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 4 ke 3 (0-10) - Pasien mengatakan tenang setelah mendengarkan murotal al-Qur'an <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Kontraksi uterus positif - TFU 2 jari dibawah pusat - TD : 120/750 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C <p>A : masalah teratasi Sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|----------------------|--|--|
| | | - Mengidentifikasi respon pasien tentang terapi murotal Al-Qur'an | |
| | Selasa 05/12/2023 | | S : |
| | 15.00 | - Memonitor skala nyeri R/ pasien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) | - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 3 ke 2 (0-10) |
| | 15.10 | - Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi murotal al-qur'an surat Ar-Rahman, 20 menit) R/ pasien bersedia melakukan terapi murotal | - Pasien mengatakan tenang setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an |
| | 15.20 | al-Qur'an selama 20 menit, pasien terlihat rileks - Mengidentifikasi respon pasien tentang terapi murotal Al-Qur'an | O : - Pasien tampak tenang - TD : 120/80 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | R/ pasien mengatakan setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an nyeri berkurang, hati menjadi tenang. | |
| Resiko perdarahan b.d adanya lochea rubra 50 cc | Sabtu 02/12/2023 15.00 15.10 15.15 | <p>- Mengidentifikasi Riwayat kehamilan dan persalinan</p> <p>R/ pasien mengatakan ini anak ke 4 P4A0</p> <p>- Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital</p> <p>R/ TD : 110/80 mmHg, N : 80x/mnt RR : 20x/mnt, S : 36,5°C</p> <p>- Melakukan pengkajian skala nyeri, perubahan uterus, dan lochea</p> <p>R/ pasien mengatakan skala nyeri 5, lochea rubra 30cc</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ini anak ke 4 - Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, skala nyeri 5 (0-10) <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P4A0 - Terdapat luka bekas operasi di abdomen - Kondisi luka baik, tidak ada pengeluaran cairan di bekas jahitan - Kontraksi uterus positif - TFU 2 jari di bawah pusat - Lochea rubra 30cc - TD : 110/80 mmHg, N : 80x/mnt RR : 20x/mnt, S : 36,5°C |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | 15.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pemantauan kondisi luka dan balutan R/ luka tidak ada rembesan | <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> |
| | <p>Senin</p> <p>04/12/2023</p> <p>08.00</p> <p>08.30</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital R/ TD : 120/750 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C - Melakukan pemantauan kondisi luka dan balutan R/ luka bagus, tidak ada rembesan | <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/750 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C - Kondisi luka jahitan baik - Tidak ada pengeluaran cairan di bekas luka jahitan <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p> |
| Resiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka operasi | <p>Sabtu</p> <p>02/12/2023</p> <p>15.10</p> <p>15.20</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda infeksi R/ tidak ada tanda-tanda infeksi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi | <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka jahitan pada abdomen - Tidak ada rembesan, dan balutan tertutup rapat |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>R/ pasien paham mengenai tanda dan gejala infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p>R/ pasien bersedia mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> | <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> |
| | <p>Senin</p> <p>04/12/2023</p> <p>10.00</p> <p>10.10</p> <p>10.20</p> <p>10.30</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda infeksi <p>R/ tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan Nacl - Memasang balutan sesuai jenis luka | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka jahitan pada abdomen - Kondisi luka jahitan baik - Tidak ada rembesan, dan balutan tertutup rapat <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p> |

F. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI PASIEN 2

| Diagnosa Keperawatan | Pasien 2 | | |
|---|--|--|--|
| | Hari/tanggal Jam | Implementasi | Evaluasi |
| Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri | Rabu 06/12/2023 16.00 16.10 | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah bekas jahitan operasi SC, nyeri dirasakan Ketika bergerak dan nyeri hilang Ketika beristirahat - Memonitor skala nyeri R/ pasien mengatakan skala nyeri 6 (0-10) | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di bekas jahitan operasi sc - Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan terapi murotal Al-Qur'an skala nyeri 6 menjadi 5 (0-10) - Pasien mengatakan nyeri berasa ketika bergerak dan berkurang ketika beristirahat - Pasien mengatakan tenang setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an. |

| | | | |
|--|-------|---|---|
| | 16.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri Ketika pasien banyak bergerak, dan nyeri hilang Ketika pasien beristirahat | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - TD : 120/80 mmHg, N : 80x/mnt RR : 20x/mnt, S : 36,5°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> |
| | 16.35 | <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan strategi meredakan nyeri R/ pasien paham setelah dijelaskan meredakan nyeri salah satu nya dengan Tarik nafas dalam dan terapi Murotal Al-Qur'an | |
| | 19.10 | <ul style="list-style-type: none"> - Megajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi murotal al-qur'an surat Ar-Rahman, 20 menit) R/ pasien bersedia melakukan terapi murotal al-Qur'an selama 20 menit. | |
| | 19.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon pasien tentang terapi murotal Al-Qur'an | |

| | | | |
|--|----------------------------------|--|---|
| | | R/ pasien mengatakan setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an menjadi tenang, dan nyeri sedikit berkurang dari skala 6 menjadi 5 (0-10). | |
| | Kamis 07/12/2023 15.00 | - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah bekas jahitan operasi SC, nyeri dirasakan Ketika bergerak dan nyeri hilang Ketika beristirahat | S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 5 ke 3 (0-10) - Pasien mengatakan tenang setelah mendengarkan murotal al-Qur'an |
| | 15.05 | - Memonitor skala nyeri R/ pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) | O : - Pasien tampak tenang - Kontraksi uterus positif - TFU 2 jari dibawah pusat - TD : 110/80 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C |
| | 15.30 | | A : masalah teratasi Sebagian |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | 15.50 | <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi murotal al-qur'an surat Ar-Rahman, 20 menit) R/ pasien bersedia melakukan terapi murotal al-Qur'an selama 20 menit. - Mengidentifikasi respon pasien tentang terapi murotal Al-Qur'an R/ pasien mengatakan setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an nyeri berkurang | P : lanjutkan intervensi |
| | <p>Jum'at 08/12/2023</p> <p>15.00</p> <p>15.10</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor skala nyeri R/ pasien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) - Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi murotal al-qur'an surat Ar-Rahman, 20 menit) | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 3 ke 2 (0-10) - Pasien mengatakan tenang setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an |

| | | | |
|---|--------------------|---|---|
| | | <p>R/ pasien bersedia melakukan terapi murotal al-Qur'an selama 20 menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon pasien tentang terapi murotal Al-Qur'an <p>R/ pasien mengatakan setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an nyeri berkurang, hati menjadi tenang.</p> | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - TD : 120/80 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> |
| Resiko perdarahan b.d adanya lochea rubra 50 cc | Rabu 04/12/2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi Riwayat kehamilan dan persalinan <p>R/ pasien mengatakan ini anak ke 4 P4A0</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital <p>R/ TD : 120/80 mmHg, N : 80x/mnt RR : 20x/mnt, S : 36,5°C</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ini anak pertama - Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, skala nyeri 6 (0-10) <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P1A0 - Terdapat luka bekas operasi di abdomen - Kondisi luka baik, tidak ada pengeluaran cairan di bekas jahitan |

| | | | |
|--|---------------------|---|---|
| | 15.15 | - Melakukan pengkajian skala nyeri, perubahan uterus, dan lochea R/ pasien mengatakan skala nyeri 5, lochea rubra 20cc | - Kontraksi uterus positif - Lochea rubra 30cc - TD : 120/80 mmHg, N : 80x/mnt RR : 20x/mnt, S : 36,5°C A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi |
| | 15.30 | - Melakukan pemantauan kondisi luka dan balutan R/ luka tidak ada rembesan | |
| | Kamis 05/12/2023 | | S : O : |
| | 15.00 | - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital R/ TD : 110/80 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C | - TD : 110/80 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C - Kondisi luka jahitan baik - Kontraksi uterus positif |
| | 15.20 | - Melakukan pemantauan kondisi luka dan balutan R/ luka jahitan baik tidak ada rembesan | - TFU 2 jari dibawah pusat - Lochea rubra 20cc - Tidak ada pengeluaran cairan di bekas luka jahitan A : masalah teratasi |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | | P : hentikan intervensi |
| Resiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka operasi | Rabu 06/12/2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda infeksi R/ tidak ada tanda-tanda infeksi dari luka - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R/ pasien dan keluarga paham setelah dijelaskan tanda dan gejala infeksi - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein | <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka jahitan pada abdomen - Kondisi luka jahitan baik - Tidak ada rembesan, dan balutan tertutup rapat - Leukosit 10.990 Sel/uL (Tinggi) <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> |
| | Kamis 07/12/2023 10.00 10.10 | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda infeksi R/ tidak ada tanda-tanda infeksi | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka jahitan pada abdomen - Kondisi luka jahitan baik |

| | | | |
|--|-------|--|--|
| | 10.20 | - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan | - Tidak ada rembesan, dan balutan tertutup rapat |
| | 10.30 | - Membersihkan dengan Nacl - Memasang balutan sesuai jenis luka | A : masalah teratasi P : hentikan intervensi |

G. Catatan Perkembangan

| Hari & Tanggal | DX Keperawatan | Pasien 1 | Hari & Tanggal | DX Keperawatan | Pasien 2 |
|---------------------|---|--|---------------------|---|---|
| Sabtu 02/12/2023 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 4 - Pasien mengatakan tenang mendengarkan murotal al-qur'an <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang <p>A : masalah teratasi Sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> | Rabu 06/12/2023 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di bekas jahitan operasi sc - Pasien mengatakan skala nyeri 6 (0-10) - Pasien mengatakan nyeri berasa ketika bergerak dan berkurang ketika beristirahat - Pasien mengatakan tenang setelah mendengarkan terapi murotal Al-Qur'an. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - TD : 120/80 mmHg, N : 80x/mnt RR : 20x/mnt, S : 36,5°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> |
| Senin 04/12/2023 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang | Kamis 07/12/2023 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang |

| | | | | | |
|----------------------|---|--|----------------------|---|---|
| | dengan mengeluh nyeri | <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 4 menjadi 3 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - TD : 110/80 mmHg, N : 80x/mnt RR : 20x/mnt, S : 36,5°C <p>A : masalah teratasi Sebagian P : lanjutkan intervensi</p> | | dengan mengeluh nyeri | <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 6 ke 4 (0-10) - Pasien mengatakan tenang setelah mendengarkan murotal al-Qur'an <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Kontraksi uterus positif - TFU 2 jari dibawah pusat - TD : 110/80 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C <p>A : masalah teratasi Sebagian P : lanjutkan intervensi</p> |
| Selasa 05/12/2023 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 3 menjadi 2 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang <p>A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> | Jum'at 08/12/2023 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 4 ke 2 (0-10) - Pasien mengatakan tenang setelah mendengar terapi murotal Al-Qur'an <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>- TD : 120/80 mmHg, N : 90x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,5°C</p> <p>A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> |
|--|--|--|--|--|---|

PEMBAHASAN

Pengkajian ini penulis akan memaparkan tentang proses penelitian hingga hasil penelitian yang didapatkan. Penelitian dilakukan kepada ibu post seksio sesarea. Sebelum dilakukan intervensi peneliti melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik terlebih dahulu dan menjelaskan tujuan dan manfaat dilakukannya terapi Murotal Al-Qur'an.. Terapi Murotal Al-Qur'an diberikan selama 15 menit dalam 3 hari. Setelah terapi diberikan kemudian perawat melakukan pengukuran kembali skala nyeri dan tanda-tanda vital pasien.

A. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien 1 Ny. Y (29 tahun) dan Ny. F (18 tahun) mengeluh nyeri bekas operasi SC, nyeri dirasakan Ketika pasien bergerak, dan nyeri hilang Ketika pasien beristirahat. Bahwa keluhan ini sesuai dengan hasil penelitian menurut (Endah Wahyuningsih & Nikmatul Khayati, 2021), Sectio Caesarea merupakan proses persalinan dengan melalui pembedahan pada daerah abdomen yang akan menimbulkan terputusnya kontinuitas jaringan dan saraf sehingga mengakibatkan timbulnya rasa nyeri pada daerah bekas sayatan post sectio caesarea. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial. Pada setiap individu akan mengalami rasa nyeri yang berbeda tergantung pada fisiologis, kedalaman luka dan lamanya penyembuhannya.

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien 1 Ny. Y (29 tahun) dan pasien 2 Ny. F (18 tahun) didapatkan bahwa pada pasien 1 sudah bisa memberikan ASI

dengan teknik menyusui yang benar, sedangkan pada pasien 2 Ny. F (18 tahun) mengeluh belum bisa memberikan asi kepada bayinya dengan teknik menyusui yang benar. Dari hasil pengkajian perawat mengedukasi tentang teknik menyusui yang benar dibuktikan dengan hasil penelitian menurut (Evi Rinata dkk tahun 2020), teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar. Untuk mencapai keberhasilan menyusui diperlukan pengetahuan mengenai teknik-teknik menyusui yang benar. Indikator dalam proses menyusui yang efektif meliputi posisi ibu dan bayi yang benar (*body position*), perlekatan bayi yang tepat (*latch*), keefektifan hisapan bayi pada payudara (*effective sucking*).

B. Pembahasan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan Analisa data terdapat 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC), resiko perdarahan b.d adanya lochea rubra 50cc dan resiko infeksi d.d adanya luka operasi.

a. Nyeri akut

Diagnosa keperawatan yang pertama adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik (operasi SC) menurut (SDKI, 2017) merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Untuk gejala mayor yang sesuai dengan pasien 1 dan pasien 2 adalah mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif terhadap nyeri,

didapatkan pasien 1 dan pasien 2 sering berhati-hati jika akan bergerak. Sedangkan tanda minor yang sesuai dengan keadaan pasien berfokus pada diri sendiri.

b. Resiko perdarahan

Diagnosa Keperawatan yang kedua adalah resiko perdarahan b.d adanya lochea rubra 50cc menurut (SDKI, 2017). Merupakan berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun ekstrenal (terjadi hingga keluar tubuh). Faktor risiko yang sesuai dengan keadaan pasien adalah komplikasi kehamilan (ketuban pecah sebelum waktunya) dan Tindakan pembedahan.

c. Resiko infeksi

Diagnosa Keperawatan yang ketiga adalah resiko infeksi d.d adanya luka operasi menurut (SDKI, 2017). Merupakan berisiko tinggi mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Factor risikonya adalah leukopenia karena data ditemukan pada pasien ke 2 hasil laboratorium leukositnya rendah.

C. Pembahasan Perencanaan, Implementasi Dan Evaluasi

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut penulis mengambil intervensi terapi relaksasi murotal Al-Qur'an (surat Ar-Rahman) karena terapi ini berpengaruh terhadap penurunan nyeri menggunakan kekuatan sugesti yang langsung akan merelaksasikan kondisi pasien, sehingga bisa menjadi lebih nyaman, nyeri menimbulkan respon antonimik berupa peningkatan nadi, peningkatan pernapasan, dan tekanan darah, nyeri akut memacu

peningkatan aktivitas saraf simpatis. (Wahyuningsih & Khayati, 2021). Selain dilakukan terapi relaksasi murotal Al-Qur'an, kedua pasien mendapatkan terapi obat analgetik untuk mengatasi nyeri, terapi obat yang diberikan yaitu ketorolac 3x1 IV bolus. Setelah dilakukan intervensi terapi murotal Al-Qur'an (surat Ar-Rahman) selama 3 hari dengan durasi 20 menit nyeri berkurang, untuk pasien 1 mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang dari skala 5 (0-10) menjadi 2 (0-10) dan pasien 2 mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang dari skala 6 (0-10) menjadi 2 (0-10).

Implementasi terapi Murotal Al-Qur'an (surat Ar-Rahman) ini dilakukan saat pasien akan beristirahat, dan dilakukan selama 3 hari dengan durasi 20 menit, dengan menggunakan handphone dan earphone, hari pertama sebelum dilakukan terapi murotal Al-Qur'an pada pasien 1 Ny. Y 28 tahun dengan diagnose nyeri akut dengan pemberian terapi non-farmakologi terapi murotal Al-Qur'an hari pertama, Ny. Y mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang dari skala 5 (0-10) menjadi skala 4 (0-10). Untuk pemberian terapi hari kedua Ny. Y mengatakan bahwa nyerinya berkurang dari skala 4 (0-10) menjadi skala 3 (0-10), dan hari ketiga Ny. Y mengatakan nyerinya berkurang dari skala 3 (0-10) menjadi skala 2 (0-10). Sedangkan pada pasien 2 Ny. F (18 tahun) mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang dari skala 6 (0-10) menjadi skala 5 (0-10). Untuk pemberian terapi hari kedua Ny. Y mengatakan bahwa nyerinya berkurang dari skala 5 (0-10) menjadi skala 4 (0-10), dan hari

ketiga Ny. Y mengatakan nyerinya berkurang dari skala 4 (0-10) menjadi skala 2 (0-10).

Untuk evaluasi pasien 1 dan pasien 2 berdasarkan 3 diagnosa yang diambil, dua diagnosa yaitu resiko perdarahan dan resiko infeksi sudah teratasi dan satu diagnosa belum teratasi sebagian yaitu nyeri akut. Untuk diagnosa nyeri akut dengan memberikan terapi non farmakologis murotal Al-Qur'an perlu dilanjutkan dirumah oleh pasien karena terapi murotal Al-Qur'an ini bisa dilakukan juga di rumah untuk mengurangi nyeri dan membuat pasien menjadi rileks.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus pemberian asuhan keperawatan pada Ny. Y dan Ny. F dengan persalinan sectio caesarea. Penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan bahwa pasien ke 1 Ny. Y Usia 28 Tahun P4A0, ia mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 5 (0-10). Nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan Ketika pasien bergerak dan nyeri hilang Ketika pasien beristirahat. Pasien ke 2 Ny. F Usia 18 tahun P1A0, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dibagian abdomen bawah bekas post sc, nyeri dirasakan Ketika pasien bergerak dan nyeri hilang Ketika pasien beristirahat. Pasien tampak meringis kesakitan Ketika bergerak skala nyeri 6 (0-10).
2. Berikut beberapa intervensi yang diberikan kepada pasien berdasarkan diagnosa. Nyeri akut : a) mengidentifikasi lokasi, durasi , dan frekuensi nyeri, b) mengukur skala nyeri, c) mengobservasi TTV, e) mengkaji factor yang memperberat dan memperingan nyeri, d) memberikan manajemen nyeri menggunakan teknik farmakologis dan non-farmakologis, f) pemberian terapi, g) memonitor keberhasilan pemberian terapi. Resiko perdarahan : a) memonitor TTV, b) memonitor kondisi luka dan balutan. Resiko infeksi : a) memonitor

karakteristik luka, b) memonitor tanda-tanda infeksi, c) mengganti balutan luka.

3. Implementasi keperawatan yang telah diberikan kepada pasien 1 Ny. Y (28 tahun) untuk diagnosa nyeri akut diantaranya : a) mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri, b) mengukur skala nyeri, c) mengobservasi TTV, e) mengkaji factor yang memperberat dan memperingan nyeri, d) memberikan manajemen nyeri menggunakan teknik farmakologis dan non-farmakologis, f) pemberian terapi, g) memonitor keberhasilan pemberian terapi, h) memonitor skala nyeri.
Resiko perdarahan : a) memonitor TTV, b) memonitor kondisi luka dan balutan, c) melakukan pengkajian perubahan uterus dan lochea.
Sedangkan untuk pasien 2 Ny. F (18 tahun) untuk a) mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri, b) mengukur skala nyeri, c) mengobservasi TTV, e) mengkaji factor yang memperberat dan memperingan nyeri, d) memberikan manajemen nyeri menggunakan teknik farmakologis dan non-farmakologis, f) pemberian terapi, g) memonitor keberhasilan pemberian terapi, h) memonitor skala nyeri.
Resiko perdarahan : a) memonitor TTV, b) memonitor kondisi luka dan balutan, c) melakukan pengkajian perubahan uterus dan lochea.
Resiko Infeksi : a) memonitor karakteristik luka, b) memonitor tanda-tanda infeksi, c) mengganti balutan luka.
4. Hasil evaluasi yang dilakukan pada pasien 1 Ny. Y 28 tahun dengan diagnose nyeri akut dengan pemberian terapi non-farmakologi terapi

murotal Al-Qur'an hari pertama, Ny. Y mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang dari skala 5 (0-10) menjadi skala 4 (0-10). Untuk pemberian terapi hari kedua Ny. Y mengatakan bahwa nyerinya berkurang dari skala 4 (0-10) menjadi skala 3 (0-10), dan hari ketiga Ny. Y mengatakan nyerinya berkurang dari skala 3 (0-10) menjadi skala 2 (0-10). Sedangkan pada pasien 2 Ny. F (18 tahun) mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang dari skala 6 (0-10) menjadi skala 5 (0-10). Untuk pemberian terapi hari kedua Ny. Y mengatakan bahwa nyerinya berkurang dari skala 5 (0-10) menjadi skala 4 (0-10), dan hari ketiga Ny. Y mengatakan nyerinya berkurang dari skala 4 (0-10) menjadi skala 2 (0-10). Pada pasien 1 dan pasien 2 mengatakan setelah dilakukan terapi non farmakologis terapi murotal Al-Qur'an nyeri berkurang, dan menjadi tenang.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan Adapun saran yang dapat diajukan antara lain :

1. Bagi peneliti berikutnya

Diharapkan penulisan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi acuan ataupun referensi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian yang serupa dengan menambah variabel, ukuran sampel, dan durasi pemberian terapi.

2. Bagi perawat

Diharapkan perawat dapat memanfaatkan terapi relaksasi murotal Al-Qur'an sebagai terapi komplementer untuk mengurangi nyeri pasca Sectio Caesarea.

DAFTAR PUSTAKA

- AL MUSAROFAH, N. I. M. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DI RUANG FLAMBOYAN RSUD Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO*. UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG.
- Amin & Hardani (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta: MediAction
- Ayuni, K N. 2011. *Asuhan Keperawatan Pada Ny.W Dengan Post Partum Sectio Caesaria Indikasi Cepalo Pelvik Disproportion Di Ruang Mawar I RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan.
- Bobak, I M. Lowdermilk, D L. Jensen, M D. Perry, S E. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Dialihbahasakan oleh Wijayarini M A dan Anugerah P I. Jakarta: EGC
- Carpenito, L J. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Dialihbahasakan oleh Asih Y. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F G. Gant, N F. Leveno, K J. Gilstrap III, L C. Hauth, J C. Wenstrom, K D. 2006. *Obstetri Williams*. Edisi 21. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Dewi, Y. (2020). *Buku Ajar Kebidanan (3rd ed.)*. Media Sains.
- Doenges, Marilyn E & Moorhouse Frances M (2001). *Rencana Perawatan Maternal/Bayi: pedoman untuk perencanaan dan dokumentasi perawatan klien*. Jakarta : ECG,2001
- Ekawati, Rany. (2019). *Pengantar Kesehatan Reproduksi*. Wineka Media: Malang 65138 Anggota IKAPI No 115/JTI/09
- Fatmawati, A. (2020). *Modul Keperawatan Maternitas 1*. STIKes 'Aisyiyah Bandung.
- HARTININGSIH, L. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr Slamet Garut*.
- Hasil Utama Riskesdas (2018) [.https://www.persi.or.id/analisis-data/686-hasil-utama-riskesdas-2018-kementerian-kesehatan-badan-penelitian-dan-pengembangan-kesehatan](https://www.persi.or.id/analisis-data/686-hasil-utama-riskesdas-2018-kementerian-kesehatan-badan-penelitian-dan-pengembangan-kesehatan)
- Ikhtiarinawati Fitriana (2012). *Jurnal Midpro*, edisi 2 /2012. *Penurunan Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Jenis Persalinan Pada Ibu Nifas Fisiologis Dan Post Sectio Caesarea*, 1–7.

- Ilmiyah, Nafarotul (2021). Artikel Post PArtum Persalinan Normal dengan Masalah Defisit Pengetahuan. Politeknik Kesehatan Kereta Cendekia Sidoarjo
- Imelda. (2019). *Leboh Dekat Dengan Sistem Reproduksi Wanita*. Goysen Publik. Operasi Dengan Pendekatan Nanda, NIC, NOC. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Janah Nurul. (2017). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Care Gestasi 38–40 Minggu Dengan Asuhan Persalinan Normal. Retrieved from <http://www.albayan.ae>
- Jitowiyono, S., & Kristiyanasari, W. (2012). Asuhan Keperawatan Post Operasi dengan Pendekatan NANDA. *NIC, NOC*.
- Kapoh, R P (ed). 2005. Buku Saku Asuhan Keperawatan Ibu-Bayi Baru Lahir. Jakarta: EGC.
- Kasrida Andi D (2017) Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Produksi ASI. E-Jurnal Keperawatan (e-Kp) Volume 5 Nomor 2, Agustus 2017.
- Kurniawati, D dan Mirzanie, H. 2022. *Obgynacea Obstetri & Ginekologi*. Yogyakarta: TOSCAEntreprise
- Kusuma, Lubis (2019). Article Ibu POst Sectio Caesarea dengan Nyeri Akut. Stikes Bhakti Kencana Bandung.
- Mitayani. (2013). Analisa Indikasi Dilakukan Persalinan Sectio Caesarea di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. http://eprints.ums.ac.id/25659/Naskah_publicasi.pdf
- Maryunani Anik. (2010). Nyeri dalam persalinan “teknik dan cara penanganannya”. Jakarta: Trans Info Media
- Nugroho T. (2010). Buku Ajar Obstetri. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nur Maretta (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Dengan Bendungan Asi. *Indonesian Journal On Medical Science – Volume 4 No 2 – 2017, 4, (183–188)*.
- Nurliawati Enok. (2010). Tesis : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Produksi ASI pada Ibu Pasca Sectio Sesarea di Wilayah Kota dan Kabupaten Tasikmalaya.<http://lib.ui.ac.id>.
- NANDA International. 2011. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2009-2011*. Dialihbahasakan oleh Sumarwati, M. Widiarti, D. Tiar, E. Jakarta: EGC.
- Nugroho T. (2010). Buku Ajar Obstetri. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nuhan, Khairun (2018). Pengaruh Murottal Al-quran Terhadap Intensitas Nyeri pada pasien Post Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Keperawatan, Volume XIV, No 1*
- Purwaningsih, W dan Fatmawati, S. 2010. *Asuhan Keperawatan Maternitas*.

Yogyakarta: Nuha Medika.

- Potter & Perry 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktek Edisi 4. Jakarta: EGC
- Potter & Perry 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktek Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Pollard Maria (2015) ASI Asuhan Berbasis Bukti. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikasi Diagnostik. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Riyadi & Widuri, (2015) mobilisasi <https://www.scribd.com/doc/97068204>
- Roesli (2011). Mengenal ASI Eksklusif. Surabaya : Niaga Swadaya
- Reser, Martin dan Giriffin K (2015) Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga, Ed. 18, Vol.2. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Sarwono (2009) ilmu kebidanan edisi 4 cetakan 2. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Septia, (2012). Faktor- faktor yang berhubungan dengan teknik menyusui ibu di puskesmas pattalassang kabupaten takalar Al-Sihah : Public Health Science Journal
- Suherni,dkk (2009). Perawatan Masa Nifas. Edisi ke-empat, Yogyakarta: Fitramaya.
- Sumaryati, Gipta Galih W, Heni Purwaningsih. (2018). Hubungan Mobilisasi Dini dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Sectio Caesarea di Bangsal Mawar RSUD Temanggung. Indonesian Journal of Nursing Research Vol. 1 No. 1 Mei 2018
- Saifuddin, A B (ed). 2010. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saleha. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum*. Deepublish Publish.
- Saleha, S. 2009. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika.
- Wijayanti, Martha. dkk (2020). *Upaya Pendekatan Capaian Pemberian Asi Eksklusif (Pendekatan Social Cognitive)*. Jurnal Keperawatan Silampari Volume 4 No 1

LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur (SOP)

| | |
|---|---|
|  | STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI MUROTAL AL-QUR'AN |
| Definisi | Terapi murottal al-qur'an adalah rekaman Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-Qur'an). |
| Tujuan | Tujuan terapi murottal Al-Quran untuk menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, nyeri dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitaas gelombang otak |
| Indikasi | Pasien dengan section caesarea |
| Kontraindikasi | Pasien dengan cemas |
| Alat | Handphone dan earphone |
| Prosedur kerja | <p>Tahap pre-Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lingkungan <ol style="list-style-type: none"> a. Menciptakan lingkungan yang nyaman b. Menjaga privasi pasien c. Membawa alat ke dekat pasien <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan pada pasien dan keluarganya 4. Menanyakan kesediaan pasien sebelum kegiatan dilakukan 5. Mengatur posisi yang nyaman |

| | |
|--|--|
| | <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">9. Mencuci tangan10. Menjaga privasi11. Bantu pasien untuk memilih posisi yang nyaman12. Batasi stimulasi eksternal seperti Cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan murottal13. Dekatkan handphone ke pasien14. Nyalakan handphone yang berisi murottal selama 20 menit15. Pastikan volume sesuai dan tidak terlalu keras16. Biarkan pasien rileks sambil mendengarkan murottal <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">5. Evaluasi hasil tindakan6. Berpamitan dengan pasien7. Membereskan alat8. Mencuci tangan |
|--|--|

Lampiran 2 Kegiatan Bimbingan

| | | | |
|---|--|-----------------|---------------------|
|  | LEMBAGA PENJAMINAN MUTU UNIVERSITAS 'AISYIYAH BANDUNG JL. KH. Ahmad Dahlan (Banteng Dalam) No. 6 Bandung | Kode/no | FM-UNISABDG-PDK-038 |
| | | Tanggal Berlaku | 28 September 2020 |
| | | Revisi | 1 |
| | | Tanggal Revisi | 9 September 2022 |

KEGIATAN BIMBINGAN TUGAS AKHIR PROGRAM STUDI

Nama Pembimbing : _____

*Bimbingan minimal dilakukan selama 12 kali sebelum ujian sidang pada masing-masing pembimbing

| No | Hari/ Tanggal | Materi Bimbingan | Rekomendasi | Paraf Pembimbing |
|----|-------------------------|------------------------------|--|---|
| 1 | Senin, 2 oktober 2023 | Bimbingan arahan tentang KIA | <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian harus lengkap - Siapkan EBN yang akan digunakan - Jurnal mulai diaktuliasasikan |  |
| 2 | Senin, 27 november 2023 | Bimbingan judul KIA | <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi judul KIA Acc |  |
| 3 | Kamis, 30 november 2023 | Bimbingan BAB I | Tambahkan : dampak luka operasi pada ib post partum |  |
| 4 | Senin, 11 desember 2023 | Revisi Bab I dan Bab III | Evaluasi di setiao shift untuk masing-masing diagnosa |  |
| 5 | Sabtu, 30 Desember 2023 | Bimbingan Bab II | Pencarian jurnal |  |
| 6 | Rabu, 3 Januari 2024 | Revisi bab II | Pembahasan tentang terapi murotal al-qur'an dari jurnal via yang diteliti |  |
| 7 | Selasa, 2 Januari 2024 | Bimbingan bab IV dan V | <ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan, kesimpulan, dan saran |  |
| 8 | Rabu, 3 Januari 2024 | Revisi bab IV | Pembahasan dibuat sub pengkajian |  |

| | | |
|--|-----------------|---------------------|
|  LEMBAGA PENJAMINAN MUTU UNIVERSITAS 'AISYIYAH BANDUNG JL. KH. Ahmad Dahlan (Banteng Dalam) No. 6 Bandung | Kode/no | FM-UNISABDG-PDK-038 |
| | Tanggal Berlaku | 28 September 2020 |
| | Revisi | 1 |
| | Tanggal Revisi | 9 September 2022 |

| | | | | |
|---|-----------------------|---------------|--------------------|---|
| 9 | Selasa, 30 April 2024 | Revisi bab IV | Menambahkan jurnal |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mengetahui,
Ka. Prodi Sarjana Keperawatan dan



Nina Gartika, S.Kp. M.Kep
NPP. 2014290478050

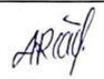
Lampiran 3 Lembar Pengumpulan KIAN

| | | | |
|---|--|-----------------|-----------------------|
|  | BADAN PENJAMINAN MUTU UNIVERSITAS 'AISYIYAH BANDUNG Jl. KH. Ahmad Dahlan (Banteng Dalam) No. 6 Bandung | Kode/no | FM-UNISABDG-PDK-U-059 |
| | | Tanggal Berlaku | 28 September 2020 |
| | | Revisi | 0 |
| | | Tanggal Revisi | 0 |

FORMULIR PERSETUJUAN PENGUMPULAN KARYA ILMIAH AKHIR

Hari/ Tanggal Sidang : Rabu / 29 Mei 2024
 Nama Mahasiswa : Devi Septiani
 NIM : 402023132
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Postpartus Prematurus *Sectio Caesarea* Dengan Ketuban Pecah Dini (Kpd) Hari Ke-1 Di Ruang Nifas Rumah Sakit Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Pendekatan Evidence Based Nursing Terapi Murotal Al-Qur'an

TELAH DIREVISI DAN DISETUJUI OLEH TIM PENGUJI/ TIM PEMBIMBING DAN
 DIPERKENANKAN UNTUK MELAKUKAN PENGUMPULAN

| No | Nama | Peran | Tanda Tangan |
|----|--|------------|---|
| 1. | Ariani Fatmawati,S.Kep., Ners., M.Kep..Sp, Kep.Mat | Penguji I |  |
| 2. | Euis Tuti,S.Kep., Ners, M.Kep. | Penguji II |  |
| 3. | Bhekti Imansari,S.Kep, Ners., M.Kep | Pembimbing |  |

Mengetahui,
Koordinator Tugas Akhir



(Riandi Alfin
S.Kep.,Ners.,M.Kep.,Sp.Kep.MB)

Lampiran 4 Lembar Uji Turnitin

| REVISI KIA DEVII | | | |
|--------------------|---|--------------|----------------|
| ORIGINALITY REPORT | | | |
| 15% | 15% | 3% | % |
| SIMILARITY INDEX | INTERNET SOURCES | PUBLICATIONS | STUDENT PAPERS |
| PRIMARY SOURCES | | | |
| 1 | eprints.unisa-bandung.ac.id Internet Source | | 5% |
| 2 | eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source | | 1% |
| 3 | repository.unair.ac.id Internet Source | | 1% |
| 4 | www.slideshare.net Internet Source | | 1% |
| 5 | eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source | | 1% |
| 6 | repository.bku.ac.id Internet Source | | 1% |
| 7 | eprints.umpo.ac.id Internet Source | | <1% |
| 8 | repository.stikesalifah.ac.id Internet Source | | <1% |
| 9 | repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source | | <1% |

Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

Daftar Riwayat Hidup



Nama : Devi Septiani

Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 08 September 2000

Alamat : Kp. Sudi Rt.01 Rw.06 Ds. Sudi Kec. Ibum Kab.
Bandung

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Kewarganegaraan : Indonesia

Status : Belum Menikah

Email : deviseptiani2019@gmail.com

Telepon/Wa : 081906375531

| No | Institusi | Tahun |
|----|------------------------------|---------------|
| 1 | SDN Cisero | 2006-2012 |
| 2 | SMPN 3 Paseh | 2012-2015 |
| 3 | SMAN 1 Majalaya | 2015-2018 |
| 4 | Universitas Bale Bandung | 2019-2023 |
| 5 | Universitas Aisyiyah Bandung | 2023-Sekarang |

Pengalaman Organisasi :

1. Anggota Paskibra SMPN 3 Paseh 2012-2015
2. Anggota Paduan Suara SMAN 1 Majalaya 2015-2018
3. Anggota Paduan Suara Universitas Bale Bandung 2019-2022
4. Anggota BEM Humas Universitas Bale Bandung 2021-2022