

LAPORAN ELEKTIF

KEPERAWATAN MATERNITAS

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI :
POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN PENERAPAN TERAPI
BENSON TERHADAP PEMENUHAN RASA NYAMAN
NYERI DI RUMAH SAKIT INANTA
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN**



Disusun oleh :
Syahriana Ulfa Nasution
Nim : 20040070

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2022**

LAPORAN ELEKTIF

KEPERAWATAN MATERNITAS

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI :
POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN PENERAPAN TERAPI
BENSON TERHADAP PEMENUHAN RASA NYAMAN NYERI
DI RUMAH SAKIT INANTA DI KOTA
PADANGSIDIMPUAN**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Profesi Ners



Disusun oleh :
Syhariana Ulfa Nasution
Nim : 20040070

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI:
POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN PENERAPAN TERAPI
BENSON TERHADAP PENURUNAN RASA NYAMAN
NYERI DI RUMAH SAKIT INANTA
DI KOTA PADANGSIDIMPAN**

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Elektif telah diseminarkan dihadapan
tim penguji program studi profesi ners
Universitas Afa Royhan
Kota Padangsidimpuan

Padangsidimpuan, November 2021

Pembimbing



(Ns. Mei Adelina Harahap, M.Kes)

Penguji



(Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM)

Ketua Program Studi
Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Nanda Suryani Sagala MKM)

Dekan Fakultas Kesehatan



(Arinil Hidayah, SKM. M.Kes)

IDENTITAS PENULIS

Nama : Syahriana Ulfa Nasution

NIM : 16010081

Tempat/TanggalLahir : Sibolga /02 Juni 1998

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jl. Sisingamangaraja, No.158, Sibolga

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 081228 : Lulus tahun 2010
2. MTS Negeri5 Sibolga : Lulus tahun 2013
3. SMA Negeri 4Sibolga : Lulus tahun 2016
4. S. Kep Universitas Aufa Royhan : Lulus Tahun 2020

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Penulis Ucapkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa Karena Berkat Rahmat Dan Hidayah-Nya Peneliti Dapat Menyusun Laporan Elektif Yang Berjudul **“Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Penerapan Terapi Benson Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Inanta Di Kota Padangsidimpuan”**. Laporan Elektif ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners di Program Studi Profesi Ners Universitas Afa Royhan Padangsidimpuan.

Penulis banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan Laporan Elektif ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M. Kes, selaku dekan fakultas kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidimpuan.
2. Ns. Nanda Suryani Sagala, M.KM, sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners Afa Royhan Padangsidimpuan.
3. Ns. Mei Adelina, M. Kes, selaku pembimbing, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan Laporan Elektif ini.
4. Direktur RSU Inanta Kota Padangsidimpuan, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Wilayah RS Inanta Kota Padangsidimpuan.

5. Kepala Ruangan Kenari RSUD Inanta Kota Padangsidempuan, yang telah memberi izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja RSUD Inanta Kota Padangsidempuan.
6. Seluruh dosen dan staf Program Studi Profesi Ners Universitas Afa Royhan Padangsidempuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.
7. Pada Ny. V sebagai klien dan juga keluarganya yang telah memberi informasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Penulis berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, Oktober 2021

Penyusun

Syariana Ulfa Nasution

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN**

Laporan Penelitian, Oktober 2021
Syahriana Ulfa

Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio
Caesarea Dengan Penerapan Terapi Benson Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman
Nyeri Di Rumah Sakit Inanta Di Kota Padangsidempuan

ABSTRAK

Masalah karya tulis ilmiah ini berdasarkan sumber kepustakaan menyatakan bahwa Nifas adalah masa setelah melahirkan berlangsung selama 6 minggu, sejak lahirnya plasenta sampai alat reproduksi kembali normal, selama masa nifas, akan terjadi perubahan baik fisik maupun psikologis. Tujuan penulisan karya ilmiah ini yaitu untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Penerapan Terapi Benson Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Inanta Di Kota Padangsidempuan. Karya tulis ilmiah ini adalah *Descriptive analytic* dengan pendekatan studi kasus (*care study approach*). Data diperoleh dari hasil observasi wawancara, pemeriksaan fisik, dan study dokumentasi. Respondennya adalah 1 orang pasien penderita Post Sectio Caesaria. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien Post Sectio Caesaria dengan pemberian terapi benson, nyeri dapat menurun.

**Kata kunci : Post Sectio Caesaria, Terapi Benson
DaftarPustaka :14 (2007-2014)**

NERS PROFESI
UNIVERSITY AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN CITY

The research report, Oktober 2021
Syahriana Ulfa Nasution

*Nursing Care With Reproductive System Disorders : Post Surgery Sectio
Caesarea With Benson Therapy Application To Fulfill Comfort
Pain At Inanta Hospital In Padangsidimpuan City*

Abstract

The problem of this scientific paper based on literature sources states that postpartum is the period after giving birth which lasts for 6 weeks, from the birth of the placenta until the reproductive organs return to normal, during the postpartum period, there will be changes both physically and psychologically. The purpose of writing this scientific paper is to find out Nursing Care with Reproductive System Disorders: Post Surgery Sectio Caesarea with the Application of Benson Therapy to Fulfillment of Pain Comfort at Inanta Hospital in Padangsidimpuan City. This scientific paper is descriptive analytic with a case study approach (care study approach). The data were obtained from the results of interview observations, physical examinations, and study documentation. The respondent is 1 patient with Post Sectio Caesaria. After nursing care for Post Sectio Caesaria patients by giving Benson therapy, pain can decrease.

Key words : Post Sectio Caesaria, Benson Therapy
Bibliography: 14 (2007-2014)

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK.....	iv
IDENTITAS PENULIS	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Masalah.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Post Partum Dengan Sectio Caesarea.....	8
2.2 Konsep Nyeri	12
2.3 Konsep Terapi Benson	16
2.4 Konsep Keperawatan.....	22
BAB III LAPORAN KASUS	
3.1 Pengkajian	29
3.2 Analisa Data.....	36
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	38
3.4 Intervensi Keperawatan	34
3.5 Implementasi Keperawatan	35
3.6 Evaluasi	35
BAB V PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	46
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	47
4.3 Intervensi Keperawatan	47
4.4 Implementasi Keperawatan	51
4.5 Evaluasi	52
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	54
5.2 Saran.....	55

LAMPIRAN

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Masa nifas merupakan sebuah fase setelah ibu melahirkan dengan rentang waktu kira-kira selama 6 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta keluar sampai alat-alat kandungan kembali normal seperti sebelum hamil. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis. Perubahan tersebut sebenarnya sebagian besar bersifat fisiologis (Purwanti, 2012).

Masalah yang sering menyertai pada masa nifas diantaranya infeksi nifas, septikemia, piemia, parametritis, peritonitis, salpingitis, sub involusi uterus, perdarahan nifas sekunder, flegmasia alba dolens, Nekrosishipofisis lobus anterior postpartum, pembendungan air susu, mastitis, galaktokel dan kelainan puting susu (Mochtar, 2012).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa persalinan dengan bedah caesar adalah sekitar 10—15% dari semua proses persalinan dinegara berkembang. Bahkan, presentase melahirkan Sectio Caesarea di rumah sakit swasta pada tahun 2004 rata-rata 20 % dan persalinan rata 20 % dan persalinan normal 80%. Sementara, menurut laporan kedokteran terbaru di tahun 2015 naik lagi menjadi 26,3% dan 27,5% di tahun 2006 (Kemenkes RI, 2013).

Di Negara berkembang seperti Indonesia, masa nifas merupakan masa yang kritis bagi ibu yang sehabis melahirkan. Dirpekirakan bahwa 60% kematian ibu terjadi setelah persalinan dan 50% diantaranya terjadi dalam selang waktu 24 jam pertama (Prawirardjo, 2016). Tingginya kematian ibu nifas merupakan masalah yang kompleks yang sulit diatasi. AKI merupakan sebagai pengukuran untuk menilai keadaan pelayanan obstetri di suatu negara. Bila AKI masih tinggi berarti pelayanan obstetri masih buruk, sehingga memerlukan perbaikan. Dari laporan WHO di Indonesia merupakan salah satu angka kematian ibu tergolong tinggi yaitu 420 per 100.000 kelahiran hidup, bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya.

Penyebab kematian pada ibu postpartum adalah pada masa pendarahan. Capaian indikator penanganan komplikasi kebidanan sebesar 79,13%. Gambaran capaian antar provinsi menunjukkan Jawa Tengah memiliki persentase tertinggi, diikuti oleh Kalimantan Selatan dan Jawa Timur. Sedangkan cakupan terendah terdapat di Provinsi Papua sebesar 12,75%, diikuti oleh Papua Barat sebesar 18,33% dan Sumatera Utara sebesar 30,86%. Pada gambaran capaian antar provinsi ini dapat diketahui adanya disparitas yang cukup tinggi antara provinsi dengan capaian tertinggi dan provinsi dengan capaian terendah (Dinkes, 2015)

Sectio Caesaria adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Pembedahan Sectio Caesaria profesional yang pertama dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 1927. Sebelum tahun 1800 Sectio Caesaria jarang dikerjakan dan biasanya fatal. Di London dan Edinburgh pada

tahun 1977, dari 35 pembedahan caesarea terdapat 33 kematian ibu (Hakimi, 2010).

Tindakan operasi Sectio Cesarea menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebut menimbulkan berbagai masalah jika tidak ditangani yaitu mobilisasi terbatas, bonding attachment(ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, ADL, IMD, tidak dapat terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak jadi respon ibu terhadap bayi kurang (Afifah, 2014).

Nyeri adalah suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif (mutaqqin, 2008). Upaya –upaya untuk mengatasi nyeri pada ibu post SC adalah dengan menggunakan farmakologi dan nonfarmakologi, penatalaksanaan non farmakologi. Penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis adalah dengan terapi benson. Terapi benson adalah salah satu cara untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian kepada relaksasi sehingga kesadaran pasien terhadap nyerinya berkurang. Latihan terapi benson cukup efektif untuk memunculkan keadaan tenang dan rileks dimana gelombang otak mulai melambat akhirnya membuat seseorang dapat istirahat dengan tenang.

Intervensi atau tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan dalam mengurangi nyeri pada pasien dengan post operasi apendiktomi salah satunya yaitu dengan mengajarkan tehnik terapi Benson (Berman & Koziar, 2012). Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien.

Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Benson & Prector, 2012).

Cara kerja teknik terapi benson ini adalah berfokus pada kata atau kalimat tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme teratur. Pernafasan yang panjang dapat meberikan energy yang cukup, karena pada waktu menghembuskan nafas mengeluarkan karbondioksida (CO₂) dan saat menghirup nafas panjang mendapatkan oksigen yang sangat diperlukan tubuh untuk membersihkan darah dan mencegah kerusakan jaringan otak akibat kekurangan oksigen (hipoksia). Saat tarik nafas panjang otot-otot dinding perut (rektus abdominalis, transversus abdominalis, internal dan eksternal oblique) menekan iga bagian bawah kearah belakang sera mendorong sekat diafragma ke atas dapat berakibat meninggikan tekanan intra abdominal, sehingga dapat merangsang aliran darah baik vena cava inferior maupun aorta abdominalis, mengakibatkan aliran darah (vaskularisasi) menjadi meningkat keseluruh tubuh terutama organ-organ vital seperti otak, sehingga O₂ tercukupi didalam otak dan tubuh menjadi rileks (Benson & Proctor, 2012).

Hasil penelitian Anita Yusliana, Misrawati, Sfari (2015) tentang efektifitas relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pada ibu post Sectio Caesarea. Dan juga penelitian yang dilakukan oleh warsono, Faradisa Yunita Fahmi, Galuh Iriantono tentang pengaruh pemberian relaksasi benson terhadap intensitas nyeri ibu post

Sectio Caesarea diruang Wijaya Kusuma RS PKU Muhammadiyah Cepu. Maka sebab itu penulis tertarik untuk mengaplikasikan relaksasi benson ini dalam kasus kelolaan yang tujuannya agar nyeri ibu post sectio caesarea berkurang-normal. Relaksasi benson ini merupakan salah satu alternatif cara yang murah, mudah dan aman tanpa efek samping.

Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bahwa pengaruh relaksasi benson terhadap penurunan nyeri secsio caesarea di ruang Kenari di Rumah Sakit Umum Inanta Kota Padangsidempuan.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan dalam latar belakang diatas maka dapat dirumuskan permasalahan “Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Penerapan Terapi Benson Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Inanta Di Kota Padangsidempuan”.

1.3. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan Umum.

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Penerapan Terapi Benson Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Inanta Di Kota Padangsidempuan”.

2. Tujuan Khusus.

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien dengan Post Operasi Seccio Caesaria.

- b. Penulis mampu melakukan diagnosa keperawatan pada klien dengan Post Operasi Secsio Caesaria.
- c. Penulis mampu melakukan intervensi asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Secsio Caesaria di kombinasikan dengan realksasi benson untuk menurunkan intensitas nyeri Post Operasi Secsio Caesaria.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada klien dengan Post Operasi Secsio Caesaria.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada klien dengan Post Operasi Secsio Caesaria.
- f. Penulis mampu menganalisa hasil pemberian relaksasi benson dalam mengatasi nyeri pada penderita Post Operasi Secsio Caesaria.

1.4.Manfaat

1. Teoritis

Sebagai pengembangan ilmu tentang Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Penerapan Terapi Benson Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Inanta Di Kota Padangsidempuan.

2. Praktis

Sebagai dasar pengembangan asuhan keperawatan pada penderita Post Operasi Sectio Caesarea yang mengalami Intensitas nyeri.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Mengenal keperawatan penurunan nyeri dengan relaksasi benson pada pasien setelah operasi melahirkan di ruang Kenari RS Inanta. Dan juga sebagai

acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan maternitas bagi peserta didik khususnya Prodi Profesi Ners Universitas Aifa Royhan. Hasil ini diproses dapat menjadi dasar atau

data yang mendukung untuk badan pengajaran ilmu keperawatan maternitas.

4. Bagi Perawat

Manfaat penulisan bagi penulis dan perawat adalah menambah wawasan penelitian tentang penurunan nyeri dengan relaksasi benson pada pasien post operasi Sectio Caesarea, dan bagi perawat Kenari bisa menjadikan acuan dan menerapkan aplikasi tersebut dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi Sectio Caesarea.

5. Bagi Pelayanan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan khususnya perawat agar pihak rumah sakit melakukan penerapan relaksasi benson sebagai salah satu intervensi penurunan nyeri pada pasien setelah operasi melahirkan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Post Partum Dengan Sectio Caesarea

2.1.1. Pengertian

Menurut Purwanti (2012) Nifas adalah masa setelah melahirkan berlangsung selama 6 minggu, sejak lahirnya plasenta sampai alat reproduksi kembali normal, selama masa nifas, akan terjadi perubahan baik fisik maupun psikologis.

Menurut Heriyani (2012), Masa nifas adalah masa 6 minggu setelah kelahiran. Masa nifas dimulai sejak lahirnya plasenta sampai alat reproduksi kembali normal seperti sebelum mengandung yang dialami selama 42 hari. Menurut Islam batas waktu nifas adalah berhenti keluarnya darah dari kemaluan akibat persalinan. Waktu yang diperlukan seorang perempuan boleh melakukan ibadah seperti sholat atau membaca Al-Qur'an setelah persalinan adalah 40 hari setelah persalinan (Sahroni, 2012).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara mengeluarkan bayi dengan pembedahan pada bagian perut. (Nurarif & Kusuma, 2015). Sectio Caesarea (SC) adalah proses melahirkan dengan cara pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

2.1.2 Etiologi

1. Indikasi yang berasal dari ibu

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab sectio caesarea yang berasal dari ibu yaitu ada riwayat kandungan dan melahirkan yang tidak baik, panggul sempit, pada primigravida sering terjadi plasenta previa, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

2. Indikasi yang berasal dari embrio

Gawat janin, mal presentasi, dan letak embrio, prolapsus tali pusat dengan tidak ada kemajuan pembukaan, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.3 Patofisiologi

Kondisi yang menyebabkan perlu adanya tindakan pembedahan persalinan karena adanya kendala pada tahapan melahirkan yang menyebabkan bayi lahir tidak normal. Seperti panggul sempit, plasenta previa, partus lama dan partus tak maju, pre eklamsi dan lain-lain.

Dalam proses pembedahan dilakukan tindakan pembiusan, pengaruh dari pembiusan tersebut terjadinya penurunan medula oblongata sehingga terjadinya penurunan reflek batuk terjadilah akumulasi sekret yang menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas, pengaruh lainnya yaitu bisa menyebabkan penurunan kerja pons, sehingga otot eliminasi tidak berfungsi secara normal terjadinya penurunan peristaltik usus yang menyebabkan terjadinya konstipasi.

Selain tindakan pembiusan proses pembedahan dilakukan tindakan perlukaan terhadap dinding abdomen/ luka operasi dimana terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik menyebabkan gangguan rasa nyaman nyeri. Apabila jaringan terbuka dengan proteksi kurang akan menyebabkan masalah resiko infeksi.

Pasien setelah melahirkan atau masa nifas akan mengalami: gangguan eliminasi yang disebabkan penurunan sensitivitas dan sensasi kandung kemih akibat edema dan memar di uretra diawali distensi kandung kemih, kemudian

pasien juga mengalami perubahan psikologis karena penambahan anggota baru dan menyebabkan masalah gangguan pola tidur.

Pada masa nifas hormon estrogen dan progesteron akan mengalami penurunan sehingga kontraksi uterus mengalami involusi adekuat dan tidak adekuat, involusi yang tidak adekuat akan menyebabkan perdarahan, HB turun, suplai O₂ menjadi kurang terjadinya kelemahan sehingga menimbulkan masalah defisit perawatan diri. Akibat dari perdarahan yang banyak bisa mengakibatkan tubuh kekurangan volume cairan dan elektrolit sehingga terjadinya resiko syok hipovolemik.

Penurunan hormon estrogen dan progesteron dapat merangsang pertumbuhan kelenjar susu dan peningkatan hormon prolaktin yang merangsang laktasi oksitosin menyebabkan ejeksi ASI efektif dan tidak efektif, ejeksi ASI yang efektif dapat memenuhi nutrisi bayi sementara ejeksi ASI yang tidak efektif disebabkan kurangnya informasi, defisiensi pengetahuan tentang perawatan payudara sehingga payudara menjadi bengkak dan mengakibatkan bayi kurang mendapatkan ASI menyebabkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI..

2.1.4. Jenis- Jenis Secsio Caesaria

1. Insisi Pada Segmen Bawah Rahim

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

2. Insisi Memanjang Pada Segmen atau Uterus

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

3. Sectio caecaria ekstra peritoneal

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

4. Sectio Caesaria Hysterectomy

Dilakukan pengangkatan rahim karena ada beberapa penyebab Setelah sectio cesaria, dilakukan hysterectomy dengan indikasi:

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

2.1.5 Resiko Sectio Caesaria

1. Angka kematian pada ibu dan janin lebih tinggi dari pada persalinan normal, kematian pada ibu dapat terjadi karena pendarahan, infeksi atau sebab - sebab lain pada janin diakibatkan karena partus yang lama atau gagal drip oksitosin.
2. Dapat mengakibatkan cedera pada ibu atau bayi. Luka pada sectio caesaria tidak mungkin sempurna penyembuhannya karena mudah terjadi infeksi pada rahim.
3. Menimbulkan perlengketan pada organ didalam rongga perut.
4. Biaya mahal karena menggunakan obat-obatan 5. Gangguan pernafasan pada bayi atau bayi kuning

2.2. Konsep Nyeri

Nyeri adalah suatu sensori yang tidak menyenangkan dari suatu emosional disertai kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial atau kerusakan jaringan secara menyeluruh (Zakiyah, 2014).

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedekimian rupa (Amin Huda Nurarif, 2015).

1. Tipe dan karakter nyeri

A. Nyeri berdasarkan durasi

1. Nyeri akut

Peristiwa baru, tiba-tiba, durasi singkat. Berkaitan dengan penyakit akut, seperti operasi, prosedur pengobatan atau trauma. Timbul akibat stimulus langsung terhadap rangsang noxius, misalnya mekanik dan inflamasi. Umumnya bersifat sementara, dan area nyeri dapat diidentifikasi.

2. Nyeri kronis

Pengalaman nyeri yang menetap atau kontinu selama lebih dari enam bulan. Intensitas nyeri sukar untuk diturunkan sifatnya kurang jelas dan kecil kemungkinan untuk hilang dan rasa nyeri biasanya meningkat.

B. Nyeri berdasarkan intensitas

Berdasarkan intensitas, nyeri digolongkan nyeri berat, nyeri sedang dan nyeri ringan. Untuk mengukur intensitas nyeri yang dirasakan seseorang, dapat digunakan alat bantu yaitu dengan skala nyeri.

C. Nyeri berdasarkan transmisi

1. Nyeri menjalar, terjadi pada bidang yang luas dan pada struktur yang terbentuk dari embrionik dermatom yang sama.
2. Nyeri rujukan, nyeri yang bergerak dari suatu daerah ke daerah yang lain.

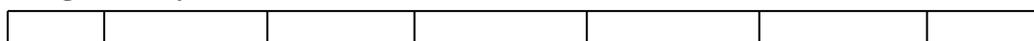
D. Nyeri berdasarkan penyebab

1. Teknik, disebabkan oleh perbedaan suhu yang ekstrim.
2. Kimia, disebabkan oleh bahan atau zat mekanik.
3. Mekanik, disebabkan oleh trauma fisik atau mekanik.
4. Psikogenik, nyeri yang tanpa diketahui adanya kelainan fisik, bersifat psikologis.
5. Neurologik, disebabkan oleh kerusakan jaringan syaraf.
6. Psikologis, kecemasan menyebabkan serangkaian reaksi kimia kompleks pada tubuh yang dapat meningkatkan rasa sakit yang membuat rasa cemas semakin buruk (Zakiah, 2014).

E. Pengkajian nyeri

- a. Skala nyeri numerik skal 0-10 (*Comparative Pain Scale*)

Bagan 2.3 **Rentang Skal Nyeri**



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

Keterangan :

Skala 0 : Tidak ada rasa sakit , merasa normal.

Skala 1 : Nyeri hampir tak terasa, seperti gigitan nyamuk.

Skala 2 : Tidak menyenangkan, nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit.

Skala 3 : Bisa ditoleransi, nyeri sangat terasa seperti pukulan atau suntikan.

Skala 4 : Menyedihkan, nyeri yang dalam seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.

Skala 5 : Sangat menyedihkan, kuat nyeri yang menusuk seperti pergelangan kaki terkilir.

Skala 6 : Intens (kuat), nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian menyebabkan salah satu panca indra tidak fokus.

Skala 7 : Sangat intens, nyeri yang menusuk begitu kuat dan menyebabkan tidak dapat melakukan perawatan diri.

Skala 8 : Benar-benar mengerikan, nyeri begitu kuat sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.

Skala 9 : Menyiksa tak tertahankan, nyeri begitu kuat sehingga tidak bisa ditoleransi dan sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit tidak peduli risikonya

Skala 10 : Sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan, nyeri begitu kuat hingga tak

sadarkan diri.

Dari sepuluh skala diatas dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu :Skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) nyeri masih dapat ditahan dan tidak mengganggu pola aktivitas si penderita. Skala nyeri 4-6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktivitas penderita. Skala nyeri 7-10 (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat sehingga memerlukan therapy medis dan tidak dapat melakukan pola aktivitas mandiri (Zakiyah, 2014).

2.3. Konsep Terapi Benson

2.3.1 Pengertian Terapi Benson

Menurut Benson, H. and Proctor (2012) tehnik Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Purwanto, 2016). Terapi Benson merupakan teknik relaksasi dengan

melibatkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata keyakinan yang dianut oleh pasien.

2.3.2 Manfaat Terapi Benson

Menurut Potter dan Perry (2005) relaksasi memiliki beberapa manfaat, yaitu:

1. Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernafasan
2. Penurunan konsumsi oksigen
3. Penurunan ketegangan otot
4. Penurunan kecepatan metabolisme
5. Peningkatan kesadaran;
6. Tidak berfokus terhadap stimulus;
7. Tenang ;
8. Perasaan aman dan nyaman
9. Rileks

2.3.3. Kelebihan Terapi Benson

Kelebihan dari terapi ini dapat menekan biaya pengobatan dan tanpa efek samping dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stres (Yosep, 2007).

Meditasi transendental merupakan tehnik yang melibatkan faktor keyakinan, dikembangkan oleh Mahes Yogi dengan menggunakan pengulangan kata-kata secara ritmis dan juga frase yang berkaitan dengan kepercayaan yang dianut. Hal ini dapat mempercepat terjadinya keadaan rileks banyak manfaat lain yang di dapat (Purwanto, 2017).

Menggunakan frase yang bermakna bisa digunakan untuk fokus keyakinan,

sehingga pilihan kata yang mempunyai kedalaman keyakinan. Penggunaan frase atau kata yang bermakna khusus dengan keyakinan yang kuat akan besar pula efek relaksasi yang didapatkan dan akan menyehatkan. Kata yang dipilih sebaiknya singkat agar mudah diingat dan diucapkan dalam hati saat mengambil dan menghembuskan nafas secara normal (Benson, 2016).

Teknik yang dilakukan yaitu mengatur aktivitas bernafas atau otot disebut dengan tehnik respiratori. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme intensitas dan irama bernafas lebih lambat dan dalam. Untuk mendapatkan sikap mental dan badan yang rileks harus ada keteraturan dalam bernafas khususnya dengan irama yang tepat. Otot makin lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku dengan latihan otot (Wiramihardja, 2017). Fokus dari frase atau kata yang bermakna khusus dengan keyakinan yang kuat akan besar pula efek relaksasi yang didapatkan dan akan menyehatkan. Kata yang dipilih sebaiknya singkat agar mudah diingat dan diucapkan dalam hati saat mengambil dan menghembuskan nafas secara normal (Benson, 2016).

Teknik yang dilakukan yaitu mengatur aktivitas bernafas atau otot disebut dengan tehnik respiratori. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme intensitas dan irama bernafas lebih lambat dan dalam. Untuk mendapatkan sikap mental dan badan yang rileks harus ada keteraturan

dalam bernafas khususnya dengan irama yang tepat. Otot makin lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku dengan latihan otot (Wiramihardja, 2016). Fokus dari relaksasi ini pada frase tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah kepada objek transendensi yaitu Tuhan tidak pada pengendoran otot. Frase yang digunakan adalah kata yang memiliki makna menenangkan dapat berupa nama-nama Tuhan (Purwanto, 2017).

Dasar pikiran terapi ini adalah merupakan pengaktifan dari saraf parasimpatis yang menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem saraf simpatis dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh saraf simpatis. Terapi ini dapat menyebabkan penurunan aktifitas sistem saraf simpatis yang akhirnya dapat sedikit melebarkan arteri dan melancarkan peredaran darah yang kemudian dapat meningkatkan transport oksigen ke seluruh jaringan terutama ke perifer. Masing-masing saraf parasimpatis dan simpatis saling berpengaruh, maka dengan bertambahnya salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi yang lain. Selama sistem-sistem berfungsi normal dalam keseimbangan, bertambahnya aktivitas sistem yang lain (Purwanto, 2007).

Latihan ini dilakukan dengan melakukan inspirasi panjang yang nantinya akan menstimulasi secara perlahan-lahan reseptor regang paru karena inflamasi paru. Keadaan ini mengakibatkan rangsang atau sinyal dikirimkan ke medulla yang memberikan informasi tentang peningkatan aliran darah. Informasi ini akan diteruskan ke batang otak, akibatnya saraf parasimpatis mengalami peningkatan

aktifitas dan saraf simpatis mengalami penurunan aktifitas pada kemoreseptor, sehingga respon akut peningkatan tekanan darah dan inflamasi paru ini akan menurunkan frekuensi denyut jantung dan terjadi vasodilatasi pada sejumlah pembuluh darah (Rice, 2006).

Orang mengalami ketegangan yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis, dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang sehingga timbul perasaan rileks dan penghilangan. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan Corticotropin Releasing Hormone (CRH) dan Corticotropin Releasing Hormone (CRH) mengaktifkan anterior pituitary untuk mensekresi enkephalin dan endorphin yang berperan sebagai neurotransmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi rileks dan senang. Di samping itu, anterior pituitary sekresi Adrenocorticotropic hormone (ACTH) menurun, kemudian Adrenocorticotropic hormone (ACTH) mengontrol adrenal cortex untuk mengendalikan sekresi kortisol. Menurunnya kadar Adrenocorticotropic hormone (ACTH) dan kortisol menyebabkan stres dan ketegangan menurun yang akhirnya dapat menurunkan tingkat (Sholeh, 2006).

Terapi benson ini ada dua hal yang dilakukan untuk menimbulkan respon relaksasi adalah dengan pengucapan kata atau frase yang berulang dan sikap pasif. Pikiran lain atau gangguan keributan dapat saja terjadi, terapi benson menganjurkan untuk tidak melawan gangguan tersebut namun hanya melanjutkan mengulang-ulang frase fokus. Relaksasi diperlukan pengobatan fisik secara

sengaja yang dalam relaksasi benson akan digabungkan dengan sikap pasrah (Purwanto, 2017).

Pengendoran merupakan aktivitas fisik, sedangkan sikap pasrah merupakan aktivitas psikis yang akan memperkuat kualitas pengendoran. Sikap pasrah ini lebih dari sikap pasif dalam relaksasi seperti yang dikemukakan oleh benson perbedaan yang utama terletak pada sikap transendensi pada saat pasrah. Sikap pasrah ini merupakan sikap menyerahkan atau menggantungkan diri secara totalitas, sehingga ketengan yang ditimbulkan oleh permasalahan hidup dapat ditolerir dengan sikap ini. Menyebutkan pengulangan kata atau frase secara ritmis dapat menimbulkan tubuh menjadi rileks. Pengulangan tersebut harus disertai dengan sikap pasif terhadap rangsang baik dari luar maupun dari dalam. Sikap pasif dalam konsep religius dapat dihentikan dengan sikap pasrah kepada Allah SWT (Smeltzer dan Bare, 2012).

Keuntungan dari relaksasi religius ini selain mendapatkan manfaat dari relaksasi juga mendapatkan manfaat dari penggunaan keyakinan seperti menambah keimanan dan mendapatkan pengalaman-pengalaman transendensi. Hubungan antara religius atau keimanan dengan penyembuhan telah dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh David B. Larson dan Mr. Constance P. B. menemukan bukti bahwa faktor keimanan memiliki pengaruh yang luas dan kuat terhadap kesehatan. Di dalam sintesisnya, *The Faith Factor: An annotated Bibliography of Chemical Research on Spiritual Subject*, mereka menemukan bahwa faktor religius terlibat

dalam peningkatan kemungkinan bertambahnya usia harapan hidup, penurunan pemakaian alkohol, rokok, obat, penurunan kecemasan, depresi, kemarahan, penurunan tekanan darah, perbaikan kualitas hidup bagi pasien kanker dan penyakit jantung (Purwanto, 2017).

2.3.4. Prosedur Teknik Terapi Benson

Prosedur relaksasi Benson menurut Datak (2008) dalam jurnal:

1. Ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
2. Anjurkan klien memilih tempat yang disukai
3. Anjurkan klien mengambil posisi yang paling nyaman seperti tidur terlentang atau duduk.
4. Anjurkan klien untuk memejamkan matanya dengan pelan, jika dipaksakan akan mengakibatkan ketegangan otot sekitar mata;
5. Anjurkan klien untuk merelaksasikan tubuhnya untuk mengurangi ketegangan otot, mulai dari kaki sampai ke wajah.
6. Lemaskan kepala, leher, dan pundak dengan cara putarkan kepala perlahan-lahan.
7. Anjurkan klien mulai bernafas dengan lambat dan wajar, tarik nafas lewat hidung, beri waktu 3 detik untuk tahan nafas kemudian hembuskan nafas lewat mulut, ucap Astaghfirullah, tenangkan pikiran kemudian Nafas dalam hembuskan ucapkan kata Alhamdulillah. Nafas dalam hembuskan ucapkan Allahu akbar dan lakukan sampai 15 menit.

8. Kalimat Allah yang diucapkan, atau nama-namaNya dalam Asmaul Husna, kalimat-kalimat untuk berzikir seperti Alhamdulillah; Subhanallah; dan Allahu Akbar
9. Klien diminta untuk membuka mata. Bila sudah selesai tetap pada posisi semula duduk/berbaring dan buka mata secara perlahan-lahan.

2.4. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan Pada tahap ini akan dilaksanakan pengumpulan, pengelompokan dan penganalisaan data. Pada pengumpulan data akan diperoleh data subyektif yaitu data yang diperoleh dari keterangan pasien atau orang tua pasien. Data obyektif diperoleh dari pemeriksaan fisik. Dari data subyektif pada pasien Post operasi sectio caesaria biasanya diperoleh data pasien dikeluhkan warna kulit, kelembapan, suhu, turgor kulit, texture, lesi, edema, odor dan skala nyeri .

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Effendi, 2014). Analisa data yaitu proses intelektual yang meliputi kegiatan menyelidiki, mengklasifikasi dan mengelompokan data. Kemudian mencari kemungkinan penyebab dan dampak serta menentukan masalah atau penyimpangan yang terjadi.

3. Diagnosa Yang Mungkin Muncul

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
4. Gangguan eliminasi urine
5. Konstipasi

4. Intervensi (NIC NOC)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
-----------	-----------------------------	---------------	-------------------

<p>1.</p>	<p>Ketidakefektifan bersih jalan nafas Definisi Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dan uraian pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas Faktor yang berhubungan: 1. Lingkungan a. Perokok pasif b. Menghisap asap c. Merokok 2. Obstruksi jalan napas a. Spasme jalan napas b. Mukus dalam jumlah berlebihan c. Eksudat dalam jalan alveoli d. Materi asing dalam jalan napas e. Adanya jalan napas buatan f. Sekresi tertahan/sisa sekresi g. Sekresi dalam bronki 3. Fisiologis a. Jalan napas alergik b. Asma</p>	<p>NOC 1. Respiratory status : Ventilation 2. Respiratory status : airway patency Kriteria Hasil 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas dan frekuensi napas dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas</p>	<p>NIC Airway Suction 1. Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning 3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suction 4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan 5. Berikan Oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal 6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan 7. Anjurkan px untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal 8. Monitor status oksigen 9. Ajarkan px bagaimana cara menggunakan suction 10. Hentikan suction dan berikan oksigen apabila px menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi oksigen dll.</p>
------------------	--	--	--

2.	<p>Nyeri akut Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of pain)</p>	<p>NOC 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level Kriteria Hasil: 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) 4. Mampu menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>NIC 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Kurangi factor presipitasi nyeri 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p>
3.	<p>Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi: Ketidakpuas an atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI</p>	<p>NIC: 1. Kemantapan pemberian ASI: Bayi: perlekatan bayi dan proses 2. menghisap payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama minggu pertama pemberian ASI 3. Penyapihan pemberian ASI 4. Diskontinuitas progresif pemberian ASI 5. Pengetahuan pemberian ASI: tingkat</p>	<p>NOC: Breastfeeding Assistance 1. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi 2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk Menyusui 3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya rooting, menghisap dan terjaga) Breast examination Lactation Supression</p>

		<p>pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera 7. Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI 8. Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting 9. Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI 2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI 3. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang 4. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula Apabila penyapihan diperlukan.
4.	Gangguan eliminasi urine	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandung kemih kosong 2. Tidak ada residu urine 3. Intake cairan dalam rentang normal 4. Bebas dari ISK 5. Tidak ada spasme baladder 6. Balance cairan seimbang 	<p>NIC Urinary retention care Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia urine</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien/keluarga untuk mencatat output urin 2. Intruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja

5.	<p>Konstipasi Definisi: Penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses/atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak.</p> <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsional <ul style="list-style-type: none"> a) Kelemahan otot abdomen b) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi Ketidakadekua tan toileting 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi Feses lunak dan berbentuk 	<p>NIC</p> <p>Constipation/ Impaction Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor feses: frekuensi konsistensi dan volume 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis 6. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien
----	---	---	--

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Selama melaksanakan implementasi, keamanan fisik dan psikologis dipastikan dengan mempersiapkan pasien secara adekuat, melakukan asuhan keperawatan dengan terampil dan efisien, menerapkan prinsip yang baik, mengindividualisasikan tindakan dan mendukung pasien selama tindakan tersebut.

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah

diberikan (Deswani, 2009). Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

BAB III

LAPORAN KASUS

1. Pengkajian

A. BIODATA

Pengkajian ini dilakukan hari Sabtu, Kamis 07 Oktober 2021 Diruang Kenari,
Dirumah Sakit Umum Inanta Padangsidimpuan

a. Identitas Klien

Nama : Ny. V
Umur : 26 Tahun
Alamat : Sigalangan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Tanggal masuk : 06 Oktober 2021
No. Register : 063453
Dx. Masuk : Post Operasi Sectio Caesarea

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. P
Umur : 37 Tahun
Alamat : Sigalangan
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Hub. Dgn klien : Suami

c. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Lalu

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

d. Riwayat Kehamilan Saat Ini

a. Berapa Kali Periksa Hamil : Periksa Kehamilan Lengkap K1-K4

Pada saat dilakukan pemeriksaan kehamilan panggul pasien sempit dan adanya gangguan perjalanan persalinan serta bayi yang terlalu besar untuk jalan lahir.

b. Masalah Kehamilan : Tindakan sectio caesaria

e. Riwayat Persalinan

Jenis Persalinan : Spontan (Letkep/Letsu) / Tindakan (EF, EV).....

1. SC a/i KPD Tgl/Jam : 06/10/2021 Jam : 01.00
2. Jenis Kelamin Bayi : L BB/PB : 2.900.Gram/49 cm
3. Masalah dalam Persalinan : Tidak ada

f. Riwayat Ginekologi

Pasien mengalami menarche pada usia 13 tahun , lama 5-6 hari dengan siklus 28 hari. Darah yang dikeluarkan cukup banyak, warna merah, encer bau amis. Ibu belum pernah KB sebelumnya.

g. Data Umum Kesehatan Saat Ini

1. Status Obstetrik :G1 P0 A0 H1 39-40 minggu Aterm + Inpartu + CPD
2. Keadaan Umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis
: BB/TB : 65Kg/155 CM
3. Tanda Vital : TD : 130/80 mmHg Nadi : 92 x/I
: Suhu : 39 C Pernafasan : 22 x/i

Masalah Keperawatan : Hipertermi

4. Kepala Leher Kepala : Normal
- : Mata : Simetris Kiri dan Kanan, anemis (-)
- : Hidung : Normal tidak ada secret (-)
- : Leher : Tidak ada Pembesaran Kelenjar
- : Masalah Khusus : Tidak Ada
5. Dada : Jantung: Tidak ada lesi, Kardiomegali tidak ada
- : Paru : Vesikuler, Mengi(-/-), Wheezing (-/-).
- : Payudara : Bersih, terabakeras, areola mammae hitam kecoklatan, papilla mammae menonjol, Nyeri tidak ada, colostrum tidak ada, bayi belum menyusui dengan ibunya karena masih di Perinatologi (PRT).
- Masalah Khusus : Tidak Ada
6. Abdomen : Dinding abdomen kendur (diastesis rektus abdominalis) dan lunak, ada garis striae, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah umbilikus/pusat, konsistensi uterus keras, posisi uterus keras, posisi uterus diantara umbilikus dan simfisis (dibawah pusat), Saat uterus berkontraksi di rasakan seperti kram/mules pada abdomen dan tidak berlangsung lama, nyeri tekan ada, kandung kemih kosong karena terpasang kateter, terdapat luka jahitan/ operasi post SC pada dinding /kulit abdomen,

panjang \pm 12 cm dengan jenis insisi horizontal, kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran \pm 4 x 12 cm, pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi dan tidak nyaman dengan lukanya dengan skala nyeri 6.

Masalah Khusus : Nyeri Akut dan resiko infeksi

7. Perineum dan Genetalia

Edema : Tidak Ada Memar : Tidak Ada Hematom : Tidak

Ada Perineum : Utuh/Episiotomi/Ruptur

Tanda : REEDA

R: Kemerahan : Ada

E : Bengkak : Ada

E : Echimosis : Ada

D : Discharge : Ada

A : Apporximate : Tidak

Kebersihan : tidak Bersih, Tampak Terdapat Darah Bekas sisa-sisa post op sectiosecarea

Post Partum Hari ke 2

Lokia : Jumlah \pm 50 cc, ganti pembalut 2x sehari

Jenis Lochea : jenis lochea rubra

Konsistensi : Cair Bau : Amis

Masalah Khusus : Resiko infeksi

8. Ekstremitas :

a. Ekstremitas atas

Ekstremitas atas simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, tidak ada varises, rentang gerak agak terbatas karena terpasang infus RL 20 Tetes/menit diextremitas atas bagian kiri.

b. Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah simetris kiri dan kanan, tidak ada varises di tungkai kaki, tidak ada oedema, tidak ada kemerahan pada tungkai, pasien mengatakan belum mampu menggerakkan kedua kakinya akibat efek dari obat spinal

Masalah Khusus : Tidak ada

9. Eliminasi

a. BAK

Pasien terpasang kateter dengan jumlah cairan 200cc/4 jam warna urin kuning.

b. BAB

Saat dilakkan pengkajian pasien belum BAB

h. Istirahat dan Kenyamanan

Pola tidur : klien mengatakan malam tidur kurang, sering terbangun, tidur hanya ± 4 jam sampai saat ini belum tidur lagi. Klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini. Masalah nyeri Lokasi : Abdomen (bekas post op sectiosecarea)

i. Mobilisasi dan Latihan

Tingkat mobilisasi : miring kanan dan kiri

Masalah khusus : tidak ada

j. Nutrisi dan Cairan

Makan : Klien mengatakan nafsu makan meningkat, porsi yang disediakan habis, klien dapat dapat diit makanan lunak

Minum : Cukup, 1 gelas tiap 2 jam 10.

k. Keadaan Mental

Adaptasi Psikologis : Taking Hold

Penerimaan terhadap bayi : kehadiran bayinya sangat diharapkan

Masalah Khusus : Tidak Ada

l. Kemampuan menyusui

Saat pengkajian Ibu belum menyusui karena bayi masih di ruang Perinatologi

m. Data Psikososial

a. Pola Kognitif/Persepsi

a. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis

Orientasi klien terhadap orang, tempat dan waktu baik, klien sadarkan diri dan dapat mengenali setiap orang yang datang mengunjunginya.

b. Nyeri : Klien merasakan nyeri pada bagian luka post op dengan skala nyeri 6.

Manajemen nyeri yang digunakan : reapi benson

a. Sensori:

1. Telinga / Pendengaran : Normal

2. Mata / Penglihatan : Normal
3. Hidung / Penghirup : Normal
4. Lidah / Perasa : Normal
5. Kulit / Sentuhan :Normal, turgor kulit pasien elastis,
warna kulit puih, kulit tampak bersih, tidak pucat, tidak ada lesi.
6. Baal / Hilang Rasa : Tidak ada
7. Vertigo : Tidak
8. Gangguan Bicara : Tidak ada

n. Terapi Obat-obatan

- a. IVFD RL : 20 tetes/menit
- b. Injeksi Ceftriaxone 2x1 gram
- c. Paracetamol tablet 3x 500 Mg
- d. Becom C 1x1 tablet

m. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Setelah Operasi :

✓ Haemoglobin : 10, 5 gr/dl

✓ Leukosit 11.000 Sel/mm³

✓ Hematokrit : 27,2 %

✓ Trombosit : 343.000 Sel/mm³

2. Analisa Data

No.	Hari/tgl	Data	Etiologi	Problem
1.	Senin, 04 Oktober 2021	<p>DS:</p> <p>P: perut terasa panas</p> <p>Q: klien mengatakan seperti tertusuk tusuk</p> <p>R: nyeri di dibagian perut</p> <p>S: skala nyeri 6</p> <p>T: 5 menit</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat menahan nyeri 	<p>Luka post operasi</p> <p>↓</p> <p>Jaringan terputus</p> <p>↓</p> <p>Merangsang area</p> <p>↓</p> <p>sensorik</p> <p>Gangguan rasa nyaman</p>	Nyeri akut
2.	Senin, 04 Oktober 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidur malam Tidur kurang - Klien mengatakan sering terbangun - Klien mengatakan tidur hanya ± 4 jam - Klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat lemas - Klien terlihat mengantuk 	<p>Nyeri Luka Operasi</p> <p>↓</p> <p>Insomnia</p>	Gangguan Pola Tidur

3.	Senin, 04 Oktober 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien ada luka operasi pada perut operasi bagian bawah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka jahitan operasi post Sectio Caesarea (SC) pada dinding/kulit abdomen, dengan jenis insisi horizontal. - Kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran ± 4x12 cm, - Kulit dipinggir luka tampak berwarna merah muda, luka hari pertama fase inflamasi, panjang luka ± 12 cm. - Tanda-Tanda Vital : TD: 120/80 mmHg Nadi: 87 x/menit Pernapasan: 20 x/menit Suhu : 36,7°C 	<p>Luka insisi operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Jaringan terbuka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proteksi berkurang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Invasi bakteri</p>	Resiko infeksi
----	------------------------------	---	---	----------------

3. Diagnosa keperawatan (Prioritas Masalah)

No.	Dx. Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectione carea
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi

4. Intervensi Keperawatan

No. Dx	Hari/tgl	Tujuan & Kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
Dx 1.	Selasa 05 Oktober 2021	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, rasa nyeri berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-Tanda vital dalam rentang normal (nadi 100-160 x/mnit, pernafasan 30-60 x/menit), dan spo2 96-100% - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab dan menemukan dukungan nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari menemukan dukungan 4. Kontrol lingkungan yang dapat mengurangi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri

		nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Tanda vital dalam rentang normal - Tidak mengalami gangguan tidur	9. Tingkatkan istirahat 10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
Dx 2.	Selasa 05 Oktober 2021	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, gangguan pola tidur pasien teratasi dengan kriteria hasil: - Jumlah jam tidur dalam batas normal - Pola tidur, kualitas dalam batas normal - Perasaan fres sesudah tidur/istirahat - Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur. 2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat. 3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca). 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman. 5. Kolaborasi pemberian obat tidur. 6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien. 7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien. 8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur

Dx 3	Selasa 05 Oktober 2021	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan status kekebalan px meningkat dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit ,faktor yang memengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Jumlah leukosit dalam batas normal10. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai px lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah Tindakan 5. Kolaboratif Pertahankan 6. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dg petunjuk 7. Gunakan kateter intermiten utk menurunkan infeksi kandung kemih 8. Tingkatkan intake nutrisi 9. Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi) 10. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemikdan lokal 11. Monitor hitung granulosit, WBC 12. Monitor kerentanan terhadap infeksi
---------	------------------------------	--	--

5. Implementasi Keperawatan

No.Dx	Hari/tgl/jam	Implementasi
Dx I	Selasa 05 Oktober 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (PQRST) <ul style="list-style-type: none"> P : Nyeri bertambah ketikaa banyak bergerak. Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-ditusuk R : Nyeri dibagian luka postoperasi S : 6 T : Nyeri hilang timbul 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Ajarkan menggunakan tehnik non farmakologi relaksasi benson 4. Evaluasi tentang ketidakefektifan tindakan nyeri yang dilakukan 5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
Dx II	Rabu, 06 Oktober 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur 2. Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. Memfasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman
Dx III	Kamis, 07 Oktober 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Mengobservasi daerah sekitar luka 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan 4. Meningkatkan asupan nutrisi dan cairan 5. Menganjurkan untuk istirahat

		6. Mengkolaborasi pemberian antibiotik
--	--	--

6. Catatan Perkembangan

Hari pertama

No. Dx	Hari/tgl/jam	Evaluasi
Dx I	07 Oktober 2021	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> P: nyeri bertambah ketika banyak gerak Q: klien mengatakan seperti tertusuk tusuk R: nyeri di bagian luka post operasi S: skala nyeri 6 T: hilang timbul <p>O: Pasien terlihat menahan nyeri</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi untuk nyeri dilanjutkan</p> <p>Berikan teknik relaksasi benson</p>
Dx II	07 Oktober 2021	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidur malam kurang - Klien mengatakan sering terbangun - Klien mengatakan tidur ± 4 jam - Klien mengatakan tidak nyam dengan kondisinya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat lemas - Klien terlihat mengantuk <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intrvensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan yang nyaman - memberikan tehnik relaksasi - jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
Dx III	07 Oktober 2021	<p>S : pasien mengatakan merasa gatal di bagian bekas post sc</p> <p>O :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka jahitan bekas operasi SC pada dinding/kulit abdomen dengan jenis insisi horixontal - Kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran ± 4x12 cm - Kulit dipinggir luka tampak berwarna merah muda, luka hari pertama fase inflamasi, panjang luka ± 12 cm <p>A : Masalah belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Observasi daerah sekitar luka - Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan - Kolaborasi pemberian antibiotik
--	--	---

Hari kedua

No. Dx	Hari/tgl/jam	Evaluasi
Dx I	08 Oktober 2021	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> P: nyeri bertambah ketika banyak gerak Q: klien mengatakan seperti tertusuk tusuk R: nyeri di bagian luka post operasi S: skala nyeri 3 T: hilang timbul <p>O: Pasien terlihat menahan nyeri A : Masalah nyeri belum teratasi P : Intervensi untuk nyeri dilanjutkan Berikan teknik relaksasi benson</p>
Dx II	08 Oktober 2021	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidur malam kurang - Klien mengatakan sering terbangun - Klien mengatakan tidur 6 jam - Klien mengatakan tidak nyamn dengan kondisinya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat rileks - Klien terlihat nyaman

		<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intrvensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan yang nyaman - memberikan tehnik relaksasi - jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
Dx III	08 Oktober 2021	<p>S : pasien mengatakan merasa gatal di bagian bekas post sc</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka jahitan bekas operasi SC pada dinding/kulit abdomen dengan jenis insisi horixontal - Kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran \pm 4x12 cm <p>A : Masalah belum Teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Observasi daerah sekitar luka - Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan - Kolaborasi pemberian antibiotik

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV dalam laporan ini akan dijelaskan mengenai pembahasan yang akan menguraikan hasil analisa. Pembahasan ini berisi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. V dengan diagnosa Post Sectio Caesarea dilakukan dengan cara anamnesa (keluhan utama, riwayat yang berhubungan dengan keluhan utama, pengkajian psikososial, spiritual, observasi, wawancara pada keluarga klien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik).

Pengkajian adalah suatu usaha yang dilakukan perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (Muttaqun, 2011).

Data yang terdapat pada tinjauan teori sesuai dengan data yang ditemukan penulis saat melakukan pengkajian. Tahap – tahap pengkajian dalam tinjauan teori sudah di aplikasikan oleh penulis. Data keluhan utama yang di temukan di

tinjauan teori yaitu nyeri akut pada operasi sectio caesarea sama dengan yang di temukan dengan kasus, pengkajian pada tanggal 04 Oktober 2021 didapatkan hasil Ny.V mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka Post Sectio Caesarea, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakan lebih saat beraktifitas, klien juga mengatakan nyeri hilang timbul, Ny.V juga mengatakan bahwa ketidak nyaman dengan kondisinya saat ini, pada saat diobservasi tampak meringis, lemas dan mengantuk. Hasil Tanda-Tanda Vital : TD : 139/90 mmHg, S : 37 C, RR : 22x/i, N : 92x/i. Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta.

2. diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan/proses kehidupan yang actual atau beresiko (Mura, 2011).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (insisi luka operasi)
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi
3. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan

3. Intervensi

Diagnosa yang muncul disusun prioritas berdasarkan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow. Setelah diprioritaskan kemudian disusun rencana keperawatan yang mengacu pada teori yang ada, namun disesuaikan dengan kasus yang ada dan lebih banyak melihat dari kondisi klien, sarana dan prasarana serta sumber daya dari tim kesehatan. Rencana keperawatan untuk masing-masing diagnosa keperawatan diantaranya : Pada teori intervensi sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (insisi luka operasi)

Pain Management

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalamannya nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
11. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi
12. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
13. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
14. Tingkatkan istirahat
15. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
16. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
 2. Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
 3. Cek riwayat alergi
 4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
 5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
 6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
 7. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur
Monitor vital signsebekum dna sesudah pemberian analgesik pertamakali
 8. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
 9. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi

Sleep Echancemen

1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.
2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.
3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).
4. Ciptakan lingkungan yang nyaman.
5. Kolaborasi pemberian obat tidur.
6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.
7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien.
8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur.

9. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan patogen

Kontrol Infeksi

1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai px lain
2. Pertahankan teknik isolasi
3. Batasi pengunjung bila perlu
4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan px
5. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan
6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kolaboratif
7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dg petunjuk
10. Gunakan kateter intermiten utk menurunkan infeksi kandung kemih
11. Tingkatkan intake nutrisi
12. Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)
13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
14. Monitor hitung granulosit, WBC
15. Monitor kerentanan terhadap infeksi
16. Pertahankan teknik aseptik pd px yg beresiko
17. Pertahankan teknik isolasi k/p

18. Berikan perawatan kulit pada area epidema
19. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase
20. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah
21. Dorong masukan nutrisi yg cukup
22. Dorong masukan cairan
23. Dorong istirahat
24. Instruksikan px utk minum antibiotik sesuai resep
25. Ajarkan px dan keluarga tanda dan gejala infeksi
26. Ajarkan cara menghindari infeksi
27. Laporkan kecurigaan infeksi
28. Laporkan kultur positif

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Mura, 2012).

Implementasi yang diberikan untuk tiap diagnosa pada pasien yaitu disesuaikan dengan kondisi pasien kelolaan yang diberikan asuhan keperawatan oleh kelompok berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditentukan.

Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari. Implementasi diberikan pada pasien berdasarkan intervensi yang telah ditentukan dengan berpedoman pada panduan NANDA NIC NOC, namun implementasi di fokus

pada tindakan relaksasi benson, respon yang ditunjukkan setelah dilakukan relaksasi benson untuk mengurangi nyeri terlihat pengaruhnya, dibuktikan dengan penurunan skala nyeri, kebutuhan tidur terpenuhi dan resiko infeksi tidak terjadi.

E. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Dari tiga diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan maka didapatkan hasil yang telah dicantumkan dalam evaluasi.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (insisi luka operasi)

S : Klien mengatakan nyeri berkurang dan pasien bisa mengontrol nyeri

P : Nyeri berkurang,

Q : Nyeri berkurang

R : Nyeri dibagian luka post SC,

S : Skala 2

T : nyeri hilang timbul

O :

- Pasien tampak berjalan diselasar rumah sakit
- Wajah klien tampak rileks dan nyaman

A : Nyeri Akut teratasi sebagian

P : Pasien boleh pulang, intervensi dihentikan

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi

S :

- Klien mengatakan tadi malam bisa istirahat dan tidur

- Pasien mengatakan tidur malam selama 6 jam
- Sebelum tidur pasien melakukan relaksasi benson

O :

- Klien tampak lebih rileks
- Klien tampak lebih nyaman

A : Gangguan Pola Tidur teratasi

P : Intervensi dihentikan Pasien boleh pulang

2. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan patogen

S : Klien ada luka operasi pada perut bagian bawah

O :

- Terdapat luka jahitan operasi post Sectio Caesarea (SC) pada dinding/kulit abdomen, dengan jenis insisi horizontal.
- Luka bekas operasi ditutup perban tampak bersih

A : Resiko infeksi tidak terjadi

P : Intervensi dihentikan pasien boleh pulang

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

1. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan data klien mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka post op sectio cesarea, nyeri dirasakan sepertiditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakan lebih saat melakukan gerakan-gerakan tubuh dan hilang pada saat minum obat analgesik, klien juga mengatakan bahwa ketidaknyamanan yang dirasakan itu saat terpasang kateter, klien mengatakan susah

untuk bergerak, aktivitas masih diiitempat tidur dibantu perawat dan keluarga. Klien tampak berhati-hati saat bergerak miring kiri- dan miring kanan. Wajah klien tampak meringis dan tidak rileks, mengelus-elus bagian luka operasi. Hasil Tanda-Tanda Vital : TD : 139/90 mmHg, S : 37 C, RR : 22 x/i, N : 92x/i. BB = 65 Kg

2. Setelah pengkajian dilakukan, didapatkan tanda-tanda yang dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif kemudian melakukan analisa data. Diagnosa keperawatan primer yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (insisi luka operasi), Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi dan Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif paparan lingkungan patogen
3. Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul dan dibuat berdasarkan rencana asuhan keperawatan secara teoritis
4. Implementasi dilakukan sesuai rencana keperawatan yang disusun.
5. Evaluasi dari tindakan keperawatan dilakukan. Dari ketiga diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dan implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan didapatkan hasil yang dicantumkan dalam evaluasi sebagai berikut: semua diagnosa yang ditegakkan teratasi baik.

5.2. Saran

1. Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu kesehatan keperawatan maternitas kepada peserta didik sehingga pengetahuan dan

ketrampilan tentang hal tersebut lebih baik lagi kedepannya dan akan membantu dalam mendukung untuk bahan pengajaran ilmu keperawatan maternitas kedepannya.

2. Bagi Perawat

Dengan adanya Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis dapat mengembangkan pengetahuan serta wawasan khususnya mengenai ilmu riset keperawatan maternitas tentang menganalisis relaksasi benson terhadap menurunkan intensitas nyeri. Dan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam mengembangkan penulisan dan dapat dijadikan sebagai dasar untuk penulisan lebih lanjut

3. Bagi Layanan

Dapat dijadikan pertimbangan pihak rumah sakit khususnya ruang Kenari untuk menggunakan penatalaksanaan non farmakologi dalam memberikan askep mengurangi rasa nyeri pada pasien post operasi seperti post operasi sectio caesarea dengan menggunakan teknik relaksasi benson.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito. (2011). *Rencana Asuhan & Dokumentasi Keperawatan, Diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif*. Jakarta : EGC
- Johnson, M., *et all.* (2010). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River
- Jitowiyono S dan Kristiyanasari W. (2012). *Asuhan keperawatan post operasi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Mansjoer, A. (2012). *Asuhan Keperawatn Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Manuaba, Ida Bagus Gede. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*, Jakarta : EGC
- Mc Closkey, C.J., *et all.* (2014). *Nursing Interventions Classification (NIC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River
- Muchtar. (2011). *Obstetri patologi*, Cetakan I. Jakarta : EGC
- Mitayani. (2009). *AsuhanKeperawatanMaternitas*. Jakarta :SalembaMedika.
- NANDA. (2012). *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA : Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : Prima Medika
- Nurjannah Intansari. (2010). *Proses Keperawatan NANDA, NOC &NIC*. Yogyakarta : mocaMedia.
- Potter, P.A dan Perry, A.G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik* (terjemah: Komalasari et.al). Jakarta: EGC.
- Purwanto E. 2008. *Efek Musik terhadap Perubahan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi di Ruang Bedah RSUP dr. Sardjito*. Malang: Jurnal Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang
- Saifuddin, AB. (2014). *Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta : penerbit yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo
- Santosa, Budi. (2007). *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA 2005-2006*. Jakarta: Prima Medika
- Sarwono Prawiroharjo. (2014). *Ilmu Kebidanan*, Edisi 4 Cetakan II. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Smeltzer SC dan Bare BG. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddart*, (ed 7). Jakarta: EGC.

DOKUMENTASI



LEMBAR KONSULTASI

Nama : Syahriana Ulfa Nasution

NIM : 20040070

Nama Pembimbing : Ns. Mei Adelina M. Kes

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	12-octo-21	BAB I, II, III	Perbaikan	
2.	15 octo 21	BAB I, II, III	Perbaikan	
3.	20 octo 21	BAB I, II, III	Acc lanjutan BAB IV, V	
4.	23 octo 21	All	Acc Usian eraktif	