

**LAPORAN ELEKTIF**

**KEPERAWATAN MATERNITAS**

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI:  
POST OPERASI SECTIO CAESAREA PADA Ny. S DENGAN PENERAPAN  
TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENINGKATAN  
RASA NYAMAN NYERI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KOTA PADANGSIDIMPUAN**

**OLEH:**

**Melin Tri Yulandari  
NIM.22040033**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN  
2023**

**LAPORAN ELEKTIF**

**KEPERAWATAN MATERNITAS**

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI  
: POST OPERASI SECTIO CAESAREA PADA Ny. S DENGAN PENERAPAN  
TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENINGKATAN  
RASA NYAMAN NYERI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KOTA PADANGSIDIMPUAN**

Sebagai salah satu syarat  
Untuk memperoleh gelar Ners  
Program Studi Pada Studi Pendidikan Profesi Ners  
Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan

**OLEH:**

**Melin Tri Yulandari  
NIM.22040033**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN  
2023**

## LAPORAN ELEKTIF

### ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI : POST OPERASI SECTIO CAESAREA PADA NY.S DENGAN PENERAPAN TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENINGKATAN RASA NYAMAN NYERI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA PADANGSIDIMPUAN

#### HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Elektif ini telah diseminarkan di hadapan tim penguji  
program studi pendidikan Profesi Ners  
Universitas Afa Royhan  
Kota Padangsidimpuan

Padangsidimpuan, November 2023

Pembimbing

(Ns. Mustika Dewi Pane, M.Kep)  
NIDN. 0104089403

Penguji

(Ns. Mei Adelina Harahap, M.Kes)  
NIDN. 0118058502

Ketua Program Studi Pendidikan  
Profesi Ners

(Ns. Mei Adelina Harahap, M.Kes)  
NIDN. 0118058502

Dekan  
Fakultas Kesehatan

(Arinil Hidayah, SKM. M.Kes)  
NIDN.0118108703

## **IDENTITAS PENULIS**

Nama : Melin Tri Yulandari

NIM : 22040033

Tempat/Tgl Lahir : Banda Aceh, 01 Mei 2000

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Banda Aceh

Riwayat Pendidikan :

1. SD Krueng Raya : Lulus tahun 2012
2. SMP PKPU : Lulus tahun 2015
3. SMK Negeri 1 Padangsidempuan : Lulus tahun 2018
4. S1 Keperawatan Universitas Afa Royhan : Lulus tahun 2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-NYA peneliti dapat menyusun elektif dengan judul **“Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio Caesarea Pada Ny. S Dengan Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Peningkatan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan”** sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan DI Kota Padangsidempuan.

Dalam proses penyusunan elektif ini peneliti banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. DR. Anto, SKM, M.Kes, MM selaku Rektor Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
2. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
3. Ns. Mei Adelina Harahap M.Kes selaku ketua program studi keperawatan program sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan sekaligus penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji elektif ini..
4. Ns. Mustika Dewi Pane, M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan elektif ini.

5. Seluruh dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan atas ilmu dan arahan yang diberikan selama ini.
6. Teristimewa untuk kedua orang tua, sembah sujud ananda yang tidak terhingga kepada Ayahanda Suprianto dan Ibunda Ervida tercinta yang memberikan dukungan moril dan material serta bimbingan dan mendidik saya sejak masa kanak-kanak hingga kini.
7. Teman-teman seperjuangan khususnya mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.

Kritik dan saran yang bersifat membangun penulis harapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Mudah-mudahan peneliti ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan keperawatan. Aamiin

Padangsidempuan, Juli 2023

Melin Tri Yulandari

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

Laporan elektif, Agustus 2023

Melin Tri Yulandari

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI  
: POST OPERASI SECTIO CAESAREA PADA Ny. S DENGAN PENERAPAN  
TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENINGKATAN  
RASA NYAMAN NYERI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KOTA PADANGSIDIMPUAN**

**ABSTRAK**

*Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu cara mengeluarkan bayi dengan pembedahan pada bagian perut. Tujuan dilakukannya karya ilmiah ini ialah untuk menegakkan diagnose, melakukan intervensi, implementasi dan evaluasi pada klien Gangguan Sistem Reproduksi : *Post Operasi Sectio Caesarea* Dengan Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan. Penulis melakukan intervensi dan implementasi yang dipantau selama 2 hari. Hasil evaluasi yang didapat menunjukkan adanya penurunan kecemasan pada Ny S. Kesimpulan yang didapatkan dari penelitian ini yaitu teknik relaksasi nafas dalam dapat dimanfaatkan untuk menurunkan ansietas pada ibu *post operasi sectio caesarea* meskipun dengan berkali-kali di relaksas. Diharapkan klien dapat mandiri melakukan terapi komplementer relaksasi nafas dalam pemenuhan rasa nyaman.

**Kata Kunci:** *Sectio caesarea*, relaksasi nafas dalam, pemenuhan rasa nyaman

**Referensi :** 47 (2010-2019)

*UNIVERSITY NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM  
AUFA ROYHAN IN PADANGSIDIMPUAN CITY*

*Elective report, August 2023  
Melin Tri Yulandari*

*NURSING CARE WITH DISORDERS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM:  
POST CAESAREA SECTIO OPERATION ON Mrs. S WITH THE  
APPLICATION OF DEEP BREATH RELAXATION THERAPY TO  
INCREASING PAIN COMFORT IN REGIONAL GENERAL  
HOSPITAL PADANGSIDIMPUAN CITY*

**ABSTRACT**

*Sectio Caesarea (SC) is a way to remove a baby with surgery on the abdomen. The purpose of doing this scientific work is to establish a diagnosis, perform interventions, implement and evaluate clients of Reproductive System Disorders: Post Sectio Caesarea Operation With the Application of Deep Breathing Relaxation Therapy to Fulfilling a Sense of Comfort at the Padangsidempuan City General Hospital. The author conducted an intervention and implementation which was monitored for 2 days. The evaluation results obtained showed a decrease in anxiety in Mrs. S. The conclusion obtained from this study is that deep breathing relaxation techniques can be used to reduce anxiety in postoperative mothers with sectio caesarea even though they are relaxed many times. It is expected that the client can independently carry out complementary breathing relaxation therapy in fulfilling a sense of comfort.*

*Keywords: Sectio caesarea, deep breathing relaxation, fulfillment of comfort.  
References : 47 (2010-2019)*



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>x</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Post Partum Dengan <i>Sectio Caesarea</i> .....	10
2.2 Konsep Nyeri .....	20
2.3 Konsep Keperawatan .....	22
<b>BAB 3 LAPORAN KASUS</b>	
3.1 Pengkajian .....	21
3.2 Analisa Data .....	28
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	30
3.4 Intervensi Keperawatan.....	30
3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	32
<b>BAB 4 PEMBAHASAN</b>	
3.1 Pengkajian .....	35
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	36
3.3 Intervensi Keperawatan.....	36
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	38
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
3.1 Kesimpulan .....	45
3.2 Saran .....	46
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

*Sectio caesarea* adalah proses persalinan melalui pembedahan dengan irisan diperut ibu (*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) dengan tujuan untuk mengeluarkan fetus atau bayi. *Sectio caesarea* dilakukan akibat proses persalinan spontan atau pervaginam yang tidak memungkinkan untuk dilakukan karena dapat beresiko baik kepada ibu atau bayinya (Amita, 2018).

World Health Organization (2019) menetapkan bahwa batasan rata-rata persalinan melalui proses *sectio caesarea* di suatu negara sekitar 5 - 15% per 1.000 kelahiran. Di Indonesia, kelahiran melalui *sectio caesarea* mengalami peningkatan sebanyak 45,3 % dan sisanya persalinan pervaginam. Angka tersebut melampaui standar yang telah dibuat WHO. Tingginya angka *sectio caesarea* di Indonesia karena banyaknya angka persalinan *sectio caesarea* terencana (elektif) yaitu sebesar 7% (Masitoh, 2021).

Data Riset Kesehatan Dasar di Indonesia menunjukkan persalinan pada usia 10- 54 tahun mencapai 78,73% dengan angka kelahiran menggunakan metode *sectio caesarea* sebanyak 17,6% (Riskesdas, 2018). Data SKDI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) tahun 2017, juga menunjukkan bahwa angka kejadian persalinan dengan metode SC sebanyak 17 % dari keseluruhan total jumlah kelahiran di fasilitas kesehatan. Dimana membuktikan adanya peningkatan angka persalinan SC dengan indikasi KPD, sebesar 13,6 % disebabkan faktor lain diantaranya yaitu kelainan letak pada janin, PEB, dan riwayat SC (Kemenkes, 2018).

Salah satu dampak yang paling utama dirasakan oleh pasien *sectio caesarea* adalah nyeri. Nyeri yang timbul berasal dari abdomen akibat insisi yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi. Nyeri merupakan suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial. Nyeri bersifat subyektif, yang artinya tingkatan nyeri tiap individu berbeda-beda dalam menilai nyeri yang dirasakan. Nyeri juga menyebabkan perasaan tidak nyaman pada individu yang merasakannya (Khazaro, 2020).

Operasi *sectio caesarea* menimbulkan nyeri karena terjadinya perubahan kontinuitas jaringan akibat pembedahan. Jika nyeri tersebut tidak ditangani dengan baik, akan menimbulkan beberapa masalah seperti mobilisasi yang terbatas, bonding attachment yang terganggu antara ibu dan bayi-nya, inisiasi menyusui dini terganggu, dan juga aktivitas sehari-hari terhambat akibat adanya peningkatan intensitas nyeri (Amanda, 2020). Selain itu nyeri juga dapat mengakibatkan hambatan mobilitas fisik, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan pola tidur (Nurarif dan Hardhi, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Yumni (2019) prevalensi pasien post operasi mayor yang mengalami nyeri sedang sampai berat sebanyak 41 % pasien post operasi hari ke-0, 30 % hari ke-1, 19 % pasien pada hari ke-2, 16 % pasien pada hari ke-3 dan 14 % pasien pada hari ke-4. Sedangkan penelitian oleh Hillan mengenai nyeri setelah operasi *sectio caesarea* diketahui bahwa pada hari ke-1 dan 2 klien masih mengalami nyeri pada luka bekas operasi, dan hampir pada separuh wanita berlangsung sampai mereka pulang ke rumah, dan sekitar 32% pasien

masih mengalami nyeri pada luka, dan tidak jarang nyeri pada luka setelah pulang bertambah berat sehingga membutuhkan obat analgesik (Metasari et al., 2018).

Nyeri pada persalinan dengan *sectio caesarea* dapat diminimalisir dengan dua metode yaitu dengan cara farmakologis dan non farmakologis. Salah satu intervensi yang dapat diberikan adalah dengan teknik relaksasi. Meskipun banyak relaksasi yang bisa dilakukan, menurut beberapa penelitian sebelumnya teknik relaksasi yang efektif untuk mengurangi intensitas nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam karena termasuk asuhan keperawatan untuk mengontrol rasa nyeri secara efektif dan efisien (Amita, 2018).

Penelitian terdahulu menyebutkan sebelum dilakukan intervensi teknik relaksasi nafas dalam, sebagian besar pasien mengalami nyeri dengan skala intensitas nyeri pada skala 6 atau nyeri sedang. Setelah dilakukan intervensi teknik relaksasi nafas dalam, sebagian besar pasien mengalami penurunan skala nyeri dengan skala intensitas 3 atau nyeri ringan. Artinya, teknik relaksasi nafas dalam efektif sebagai terapi komplementer sebagai upaya mandiri oleh klien untuk menurunkan nyeri post SC (Lailiyah, 2018).

Maka sebab itu penulis tertarik untuk mengaplikasikan relaksasi nafas dalam ini dalam kasus kelolaan yang tujuannya agar nyeri ibu post *sectio caesarea* berkurang-normal. Relaksasi nafas dalam ini merupakan salah satu alternatif cara yang murah, mudah dan aman tanpa efek samping. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bahwa pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri *secsio caesarea* di ruang bersalin rumah sakit umum Kota Padangsidimpuan.

## 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 Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan”.

## 1.3. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post *Operasi Sectio Caesarea* Dengan Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan”.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien dengan Post Operasi *Secsio 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 relaksasi nafas dalam 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 nafas dalam dalam mengatasi nyeri pada penderita Post Operasi *Secsio Caesaria*.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### **1. Teoritis (Institusi Pendidikan)**

Sebagai pengembangan ilmu tentang Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Di RSUD Kota Padangsidempuan. Dan mengetahui penurunan nyeri dengan relaksasi nafas dalam pada pasien setelah operasi melahirkan di ruang bersalin RSUD Kota Padangsidempuan Dan juga sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan maternitas bagi peserta didik khususnya Prodi Profesi Ners Universitas Aufa Royhan. Hasil ini diproses dapat menjadi data yang mendukung untuk badan pengajaran ilmu keperawatan maternitas.

##### **2. Praktis (Perawat)**

Sebagai dasar pengembangan asuhan keperawatan pada penderita Post Operasi Sectio Caesarea yang mengalami Intensitas nyeri dan menambah wawasan penelitian tentang penurunan nyeri dengan relaksasi nafas dalam pada pasien post operasi *Sectio Caesarea*, dan bagi perawat bisa menjadikan acuan dan menerapkan aplikasi tersebut dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi Sectio Caesarea.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Post Partum Dengan *Sectio Caesarea***

##### **2.1.1 Pengertian**

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 (Purwanti, 2017). 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 (Heriyani, 2018). 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, 2016).

*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**

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) (Manuamba, 2015).

## 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 (Nurarif & Kusuma, 2015).

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 (Heriyani, 2018).

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 O<sub>2</sub> 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 (Purwanti, 2017).

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 (Heriyani, 2018).

#### **2.1.4. Jenis-Jenis *Secsio Caesarea***

##### **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 (Nurarif & Kusuma, 2015).

## 2. Insisi Memanjang Pada Segmen atau Uterus

Pembedahan ini dilakukan jika insisi segmen bawah rahim tidak bisa dilakukan (Nurarif & Kusuma, 2015).

## 3. Sectio caecaria ekstra peritoneal

Sekarang sudah jarang dilakukan, dulu sering dilakukan pada pasien yang mengalami infeksi intra uterin yang berat (Nurarif & Kusuma, 2015).

## 4. Sectio Caesaria Hysterectomy

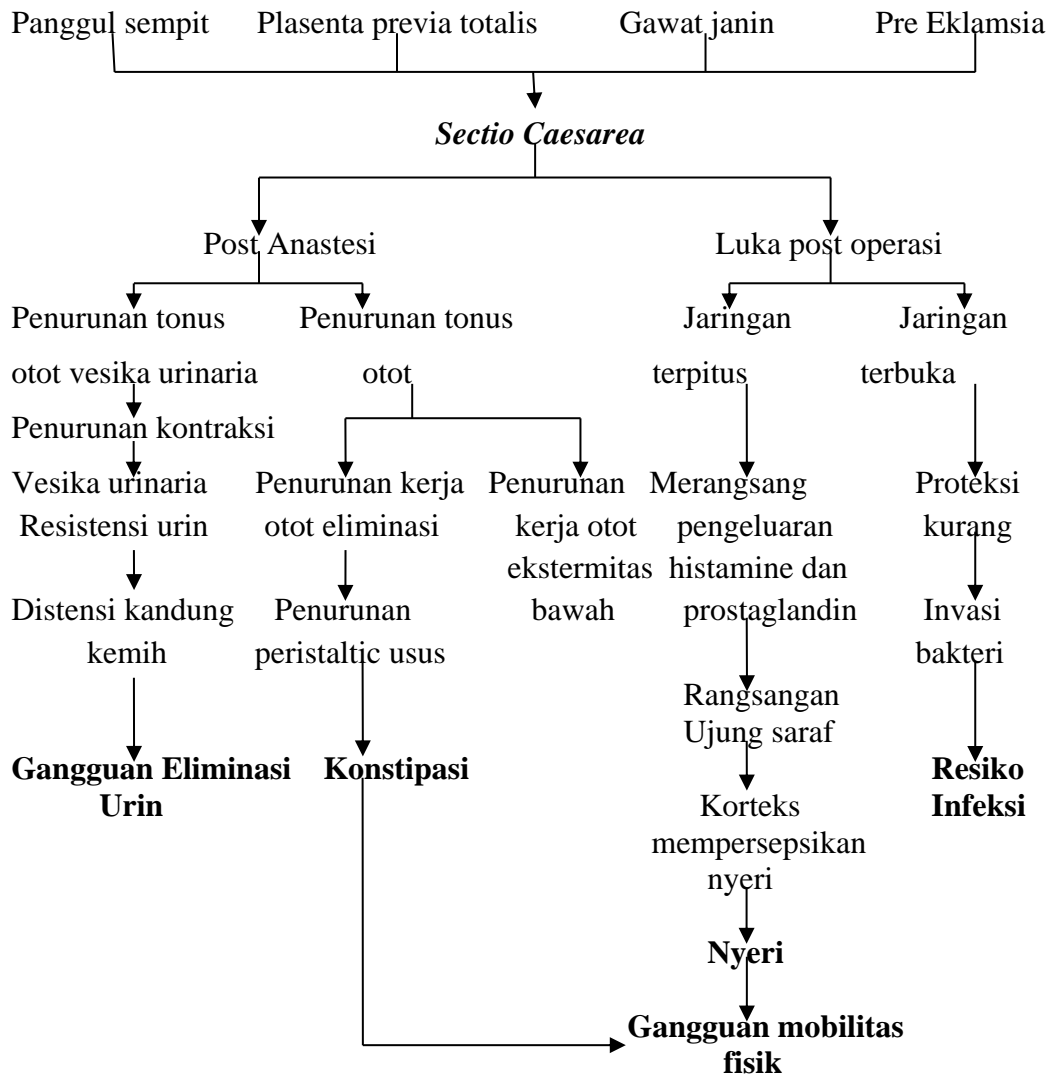
Dilakukan pengangkatan rahim karena ada beberapa penyebab Setelah sectio caesaria, dilakukan hysterectomy dengan indikasi:

- a. Atonia uteri.
- b. Plasenta accrete
- c. Myoma uteria
- d. Infeksi intra uteri berat (Nurarif & Kusuma, 2015).

### **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 (Heriyani, 2018).

### 2.1.6 Pathway *Sectio Caesarea*



## **2.2 Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Pengertian**

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).

### **2.2.2 Tipe dan karakter nyeri**

#### 1. Nyeri berdasarkan durasi

##### a. 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 (Zakiyah, 2014).

##### b. 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 (Zakiyah, 2014).

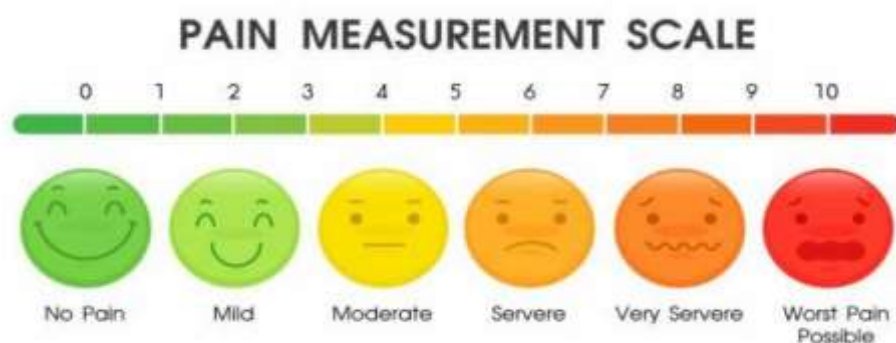
#### 2. Nyeri berdasarkan intensitas

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 (Zakiyah, 2014).

3. Nyeri berdasarkan tranmisi
  - a. Nyeri menjalar, terjadi pada bidang yang luas dan pada struktur yang terbentuk dari embrionik dermatom yang sama.
  - b. Nyeri rujukan, nyeri yang bergerak dari suatu daerah ke daerah yang lain (Zakiyah, 2014).
4. Nyeri berdasarkan penyebab
  - a. Teknik, disebabkan oleh perbedaan suhu yang ekstrim.
  - b. Kimia, disebabkan oleh bahan atau zat mekanik.
  - c. Mekanik, disebabkan oleh trauma fisik atau mekanik.
  - d. Psikogenik, nyeri yang tanpa diketahui adanya kelainan fisik, bersifat psikologis.
  - e. Neurologik, disebabkan oleh kerusakan jaringan syaraf.
  - f. Psikologis, kecemasan menyebabkan serangkaian reaksi kimia kompleks pada tubuh yang dapat meningkatkan rasa sakit yang membuat rasa cemas semakin buruk (Zakiyah, 2014).

### 2.2.3 Pengkajian nyeri

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



No.	Intensitas Nyeri	Keterangan
1	Skala 0	Tidak ada rasa sakit , merasa normal.
2	Skala 1	Nyeri hampir tak terasa, seperti gigitan nyamuk.
3	Skala 2	Tidak menyenangkan, nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit.
4	Skala 3	Bisa ditoleransi, nyeri sangat terasa seperti pukulan atau suntikan.
5	Skala 4	Menyedihkan, nyeri yang dalam seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.
6	Skala 5	Sangat menyedihkan, kuat nyeri yang menusuk seperti pergelangan kakiterkilir.
7	Skala 6	Intens (kuat), nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian menyebabkan salah satu panca indra tidak fokus.
8	Skala 7	Sangat intens, nyeri yang menusuk begitu kuat dan menyebabkan tidak dapat melakukan perawatan diri.
9	Skala 8	Benar-benar mengerikan, nyeri begitu kuat sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
10	Skala 9	Menyiksa tak tertahankan, nyeri begitu kuat sehingga tidak bisa ditoleransi dan sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit tidak peduli risikonya.
11	Skala 10	Sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan, nyeri begitu kuat hinggatak sadarkan diri.

Dari sepuluh skala diatas dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu :

- a. Skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) nyeri masih dapat ditahan dan tidak mengganggu pola aktivitas si penderita.
- b. Skala nyeri 4-6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktivitas penderita.
- c. 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 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. 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 (Effendi, 2014).

### **3. Diagnosa Keperawatan**

- a. Ansietas berhubungan berhubungan kurang informasi.
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengann kelelahan postpartum.

- d. Konstipasi berhubungan dengan efek anestesi
- e. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan kurangnya informasi tentang penanganan post partum

#### 4. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Ansietas b.d Kurang informasi	<p>Anxiety self-control</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anxiety level</li> <li><input type="checkbox"/> Coping</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.</li> <li>○ Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.</li> <li>○ Vital sign dalam batas normal.</li> <li>○ Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.</li> </ul>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</li> <li>• Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>• Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>• Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>• Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>• Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>• Latih Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang</li> </ul>



			<p>mungkin dialami</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>• Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>• Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>• Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>• Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian antiansietas, jika perlu.</li> </ul>
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan Kerusakan Integritas kulit	<p>Tingkat infeksi Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tanda-tanda infeksi tidak terlihat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Demam berkurang</li> <li>b. Kenerahan berkurang</li> <li>c. Nyeri berkurang</li> <li>d. Kadar sel darah putih normal</li> <li>e. Nafsu makan meningkat</li> </ol>	<p><b>Pencegahan infeksi, tindakan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>b. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>c. Ajarkan etika batuk</li> <li>d. Ajarkan cara memeriksa</li> </ol>

			<p>kondisi luka atau luka operasi</p> <p>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) nyeri menurun</li> <li>4. Kecemasan menurun</li> <li>5. Kaku sendi menurun</li> <li>6. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>7. Gerakan terbatas fisik menurun</li> <li>8. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>Dukungan mobilitas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)</li> </ol>
4.	Kecemasan b.d krisis situasonali	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kecemasan	<p>Penurunan Kecemasan</p> <p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat</li> </ol>

		<p>menurun atau pasien dapat tenang dengan kriteria : SLKI :</p> <p>Tingkat ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyingkirkan tanda kecemasan.</li> <li>2. Tidak terdapat perilaku gelisah</li> <li>3. Frekuensi napas menurun</li> <li>4. Frekuensi nadi menurun</li> <li>5. Menurunkan stimulasi lingkungan ketika cemas.</li> <li>6. Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan cemas.</li> <li>7. Konsentrasi membaik</li> <li>8. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>ansietas berubah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>4. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>5. Latih teknik relaksasi</li> </ol>
--	--	---	--

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2014). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. 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. (Setiadi, 2012).

#### **4. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2017). 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, 2018).

**BAB III**  
**LAPORAN KASUS**

**3.1. Pengkajian**

Pengkajian ini dilakukan hari selasa, tanggal 1 Agustus 2023 di Jl. Tonga.

Padangsidempuan Selatan Kota Padangsidempuan

**A. Identitas klien**

- a) Nama : Ny. S
- b) Umur : 24 tahun
- c) Alamat : Jl. Tonga
- d) Agama : Islam
- e) Pendidikan : S1
- f) Pekerjaan : Wiraswasta
- g) Suku : Batak
- h) Tanggal pengkajian : 1 Agustus 2023
- i) Diagnosa : Post Operasi *Sectio Caesarea*

**B. Identitas Penanggung Jawab Klien**

- a) Nama : Tn. A,
- b) Umur : 30 tahun
- c) Alamat : Jl. Tonga
- d) Pekerjaan : Wiraswasta
- e) Agama : Islam
- f) Hubungan dengan klien : Suami.

## **C. Riwayat Kesehatan**

### **1. Keluhan Utama**

Pasien datang ke RS untuk melakukan kontrol di RSUD Kota Padangsidimpuan pada tanggal 29 Juli 2022 Pada jam 09.00 dengan G1P0A0H0 umur kehamilan 40 minggu dan dilakukan tindakan operasi SC (*Sectio Caesarea*) pada tanggal 30 Juli 2023 pada pukul 10.20. Klien mengatakan setelah operasi dia merasa tidak nyaman dan merasa cemas karena nyeri di bagian perut tepatnya di bagian sayatan operasi dan panas dengan luka jahitannya, sehingga, klien juga susah untuk melakukan aktifitas karena takut nyeri semakin sakit, klien merasa lemas dan sulit untuk bangun dari tempat tidur.

### **2. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Klien mengatakan untuk aktifitas sekarang dibantu oleh keluarga

### **3 Riwayat Penyakit Lalu**

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya

### **4. Riwayat Penyakit Keluarga**

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit.

### **5. Riwayat Menstruasi**

Klien mengatakan haid pertama pada usia 13 tahun, lama haid 4-6 hari, teratur. Klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 4 kali, keluhan saat haid nyeri perut.

### **6. Riwayat Persalinan yang lalu dan saat ini**

Klien mengatakan tidak pernah mengalami persalinan sebelumnya. Saat ini klien hamil yang pertama dengan G:1 P:0 A:0

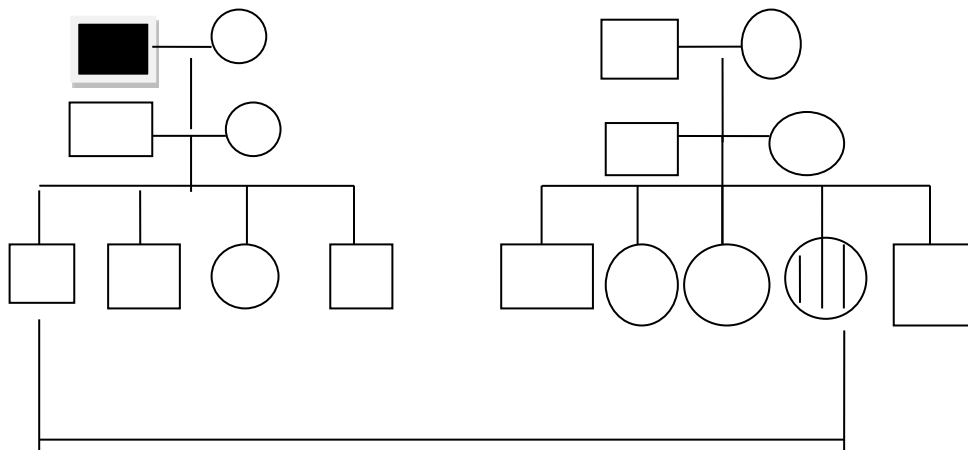
## 7. Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan sudah menikah, saat ini pernikahan pertama

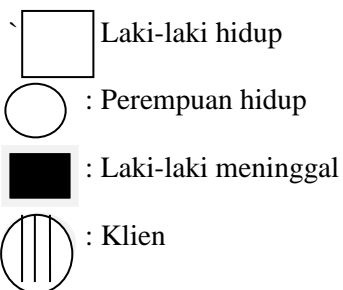
## 8. Riwayat KB

Klien mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi atau KB sebelumnya.

## 9. Genogram



Keterangan



## D. Pengkajian Pola Fungsional

### a. Pola Presepsi dan Managemen Kesehatan

- Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa batak
- Persepsi klien tentang penyakitnya : klien menganggap sakitnya bisa diatasi dan sembuh.

**b. Pola Nutrisi dan Metabolik**

- Frekuensi makanan : 3x/hari dalam porsi kecil
- Nafsu makan : () baik (✓) tidak nafsu makan
- Jenis makanan dirumah : nasi, lauk pauk, sayur, kadang buah
- Minum : Jarang
- Alergi : tidak ada

**c. Pola Eliminasi**

- BAK : 3-6 x sehari
- Karakter urine : -
- BAB
- : 1 xsehari dan tidak ada penggunaan laktasi, tidak ada riwayat perdarahan, karakter: tidak terlalu keras

**d. Pola Aktivitas dan Kebersihan Diri**

- Kegiatan dalam pekerjaan : Wiraswasta
- Waktu bekerja :-
- Kegiatan waktu luang : Saat hari libur
- Keluhan dalam aktivitas : Klien mengatakan aktifitas saat ini dibantu oleh suami karena masih merasakan nyeri di perut

**e. Kebersihan Diri**

- Mandi : pagi dan sore
- Frekuensi : 2x/hari
- Sabun : (✓) ya () tidak

**f. Oral Hygiene**

- Frekuensi : 3x/hari



- Waktu : pagi, sore, malam

Cuci Rambut

- Frekuensi : 2-3x/ minggu

- Shampo : (√) ya () tidak

**g. Pola Istirahat dan Tidur:** Klien mengatakan tidur siang kurang lebih 1 jam dan tidur malam sekitar 5 jam. Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun karena merasa nyeri.

**h. Masalah tidur :** Klien Mengatakan susah untuk tidur dikarenakan sering mengalami nyeri dan klien sangat gelisah diwaktu malam hari

**i. Pola Kognitif dan Peresepsi Sensori**

a. Fungsi motorik

- Cara berjalan : klien berjalan dibantu suami
- Test jari hidung : klien dapat menyentuh jari hidung
- Promosi dan Supinasi test : klien mampu membalik-balikkan tangan
- Romberg test : klien mampu berdiri tanpa bantuan

b. Fungsi sensori

- Tes tajam tumpul : klien dapat membedakan benda tajam dan tumpul
- Tes panas dingin : klien dapat membedakan benda panas dan dingin
- Membedakan dua titik :klien dapat membedakan dua titik identifikasi sentuhan ringan.

**j. Pola konsep diri**

- Body image : klien mengatakan merasa lemah pada tubuhnya karena saat ini harus dibantu dalam beraktifitas
- Ideal diri : klien mengharapkan rasa nyeri dirasakan hanya sebentar saja.

- Harga diri : klien senang tinggal bersama suaminya.
- Peran diri : klien menjadi seorang istri yang tinggal bersama suaminya.

**k. Pola Peran Hubungan** : Klien berperan sebagai anak keempat dari lima bersaudara

**10. Pola seksual** : Klien saat ini tidak bisa untuk berhubungan suami istri karena masih masa nifas

**12. Pola mekanisme koping** : jika ada masalah klien bermusyawarah kepada suami dan keluarga besar untuk mengambil keputusan

**13. Pola nilai kepercayaan:** klien beragama islam, taat beribadah

#### **E. Pemeriksaan Fisik**

##### 1. Keadaan Umum

- Penampilan : Lemah, lemas
- Kesadaran : Komposmentis
- GCS : E=4 M=6 V=5

##### 2. Tanda-tanda vital

- Tekanan darah : 110/90 mmhg
- RR : 20x/menit
- HR : 100x/menit
- T : 37,5° C

##### 3. Tinggi badan dan Berat badan:

- Tinggi badan : 163 cm
- Berat badan saat ini : 74 kg
- IMT :  $BB (kg) : TB (m \text{ kuadrant})$

:  $1,63 \times 1,63 = 2,52$

:  $74 : 2,65 = 28$  (Obesitas)

#### 4. Kepala

- Bentuk kepala : bulat
- Kulit kepala : bersih
- Rambut : bersih
- Bau : tidak ada
- Wajah : bulat

#### 5. Mata

- Bentuk : simetris
- Ketajaman penglihatan : baik
- Konjungtiva : anemia
- Sklera : tidak icterus
- Pupil : isokor (kanan dan kiri)
- Pemakaian alat bantu : tidak ada

#### 6. Hidung

- Bentuk : simetris
- Ketajaman penglihatan : baik, dapat membedakan bau
- Pendarahan : tidak ada pendarahan

#### 7. Telinga

- Bentuk telinga : simetris
- Lubang telinga : bersih
- Ketajaman Pendengaran : baik

#### 8. Mulut

- Keadaan bibir : kering
- Keadaan gusi : tidak ada pendarahan digusi dan gigi
- Keadaan lidah : tidak ada pendarahan

#### 9. Leher

- Thyroid : tidak ada pembesaran
- Suara : klien mengeluarkan kata-kata dengan jelas
- Denyut nadi karotik : teraba
- Vena Jugularis : teraba

#### 10. Integumen

- Kebersihan klien : bersih
- Warna : sawo matang
- Turgor : baik
- Kelembaban : kulit lembab

#### 11. Pemeriksaan thorax

- Bentuk : simetris
- Pernapasan : frekuensi 24x/i, irama teratur, tidak ada suara tambahan, tidak ada kesulitan bernafas

#### 12. Pemeriksaan paru

- Inspeksi : simetris
- Palpasi : terdengar dan teratur
- Perkusi : resonan
- Auskultasi : vesikuler

#### 13. Pemeriksaan jantung

- Inspeksi : simetris

- Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan hepar
- Perkusi : redup didaerah batas-batas jantung :
- Auskultasi : S1 S2 lupdup tidak ada suara tambahan

14. Pemeriksaan kelamin dan genetalia :Tidak ada kelainan

15. Ekstremitas

- Ekstremitas atas : tidak ada kelainan, tidak terdapat benjolan, tidak ada odema
- Ekstrmitas bawah : tidak ada kelainan, tidak terdapat benjolan, tidak ada odema

### 3.2. Analisa Data

NO	SYMPTOM	ETIOLOGI	DIAGNOSA
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan setelah operasi dia merasa tidak nyaman dan merasa cemas karena nyeri di bagian perut tepatnya di bagian sayatan operasi</li> <li>2. Klien mengatakan merasa lemah</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis kesakitan</li> <li>2. TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan Darah : 110/90 mmHg</li> <li>- Nadi : 100 x/menit</li> <li>- Pernafasan : 22 x/menit</li> <li>- Suhu 37,8c</li> </ul> </li> <li>3. Pengkajian Nyeri <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : Nyeri karena adanya luka post op SC</li> <li>- Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk</li> <li>- R : Nyeri pada daerah jahitan</li> <li>- S :Skala nyeri 6</li> </ul> </li> </ol>	<p>Prosedur Pembedahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terdapat luka post operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kurang infomasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ansietas</p>	Ansietas

	<p>- T: Nyeri saat bergerak - Ada bekas luka operasi (horizontal)± 15cm</p>		
2	<p>DS : klien mengatakan badan lemas, Klien mengatakan sulit untuk bangun dari tempat tidur karena lemas dan juga nyeri pada luka post sectio caecarea. DO: 1. Terdapat luka jahitan post operasi sepanjang ± 15 cm, tertutup verban 2. Klien tampak dibantu saat memenuhi kebutuhannya 3. Klien terpasang kateter 4. TTV TD 128/68 mmHg</p>	<p>Mobilitas Tidak mampu Beraktivitas ↓ Tirah baring yang lama ↓ Kehilangan daya Otot ↓ Penurunan otot ↓ Perubahan system musculoskeletal ↓ Gangguan Mobilitas Fisik</p>	Gangguan Mobilitas Fisik
3.	<p>DS : 1. Klien mengatakan nyeri pada bekas jahitan SC. 2. Klien mengatakan panas dengan luka jahitannya. DO : 1. Terdapat bekas luka operasi (horizontal) ± 15 cm, keadaan 2. Luka masih tampak baru, luka, tampak merah, dan masih basah. 3. Leuksit : 15.800 (5000-10.000/mm<sup>3</sup>) 4. TTV • TD 128/68 mmHg • Nadi 87 x/menit • Pernafasan 21x/menit • Suhu 38°C</p>	<p>Luka Post Op ↓ Kerusakan Integritas kulit ↓ Tempat masuknya Organisme ↓ Tidak adekuat pertahanan sistem imun ↓ Resiko infeksi</p>	Resiko Infeksi

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Ansietas b.d Kurang informasi
2. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri Post Op
3. Resiko Infeksi b.d Kerusakan Integritas kulit

### 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Dx	Tujuan & Kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Anxietas b.d Kurang infomasi	Anxiety self-control <input type="checkbox"/> Anxiety level <input type="checkbox"/> Coping  <b>Kriteria Hasil :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.</li> <li>○ Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.</li> <li>○ Vital sign dalam batas normal.</li> <li>○ Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivfitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.</li> </ul>	<b>Reduksi Ansietas</b> <b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</li> <li>• Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>• Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>• Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>• Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>• Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>• Latih Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> </ul>

2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. kekuatan otot meningkat</li> <li>3. pemberian teknik relaksasi napas dalam.</li> <li>4. Kecemasan menurun</li> <li>5. kaku sendi menurun</li> <li>6. gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>7. gerakan terbatas menurun fisik</li> <li>8. kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>• Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>• Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>• Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian antiansietas, jika perlu.</li> </ul> <p>Dukungan mobilitas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi Umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas</li> <li>2. Mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam</li> <li>5. meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisas</li> <li>2. Anjurkan melakukan</li> </ol>
----	---	--	---



			<p>mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)</p>
3	Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit	<p>Tingkat infeksi</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tanda-tanda infeksi tidak terlihat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam berkurang</li> <li>2. Kenerahan</li> <li>3. berkurang</li> <li>4. Nyeri berkurang</li> <li>5. Kadar sel darah</li> <li>6. putih normal</li> <li>7. Nafsu makan</li> <li>8. Meningkatkan</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi, tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>3. Ajarkan etika batuk</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol>

### 3.5 Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Jam	Implementasi	Evaluasi
Ansietas	Jumat, 2 Agustus 2023	09.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.</li> <li>2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> <li>3. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>4. Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>5. Memahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>6. Mendengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>7. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>8. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</li> <li>9. Melatih Teknik relaksasi nafas dalam.</li> <li>10. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan setelah operasi dia merasa tidak nyaman dan merasa cemas karena nyeri di bagian perut tepatnya di bagian sayatan operasi</li> <li>- Klien mengatakan merasa lemah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis dan geilsah</li> <li>- Pasien tampak tidak fokus pada diri sendiri dan tampak lelah</li> <li>- Pasien terlihat memegang perut atau area nyeri</li> <li>- Nyeri skala 6</li> <li>- TD:130/80 mmhg,</li> <li>N : 78xx/i</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan klien dan keluarga untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.</p>

			<p>dialami</p> <p>11. Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>12. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>13. Menganjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>14. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>15. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>16. Melatih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.</p>	
	Jumat, 2 Agustus 2023	10. 30 WIB	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>2. Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>3. Mengajarkan pasien tentang teknik mobilisasi</p> <p>4. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</p> <p>5. Mengajarkan klien latihan bagaimana teknik terapi napas dalam</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih sulit untuk bangun dari tempat tidur karena adanya bekas operasi yang jika beraktivitas terasa nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak belum bisa mobilisasi secara penuh</li> <li>- Pasien tampak Mencoba mobilisasi</li> <li>- Pasien tampak di bantu suami atau keluarga dalam</li> </ul>

			<p>6. Mengajarkan posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> <p>7. Mengedukasi keluarga untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya</p>	<p>beraktivitas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD=130/80</li> <li>- N : 87 x/menit</li> <li>- RR: 21 x/menit</li> <li>- Suhu : 37,5 c</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan klien dan keluarga untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.</p>
Resiko infeksi	Sabtu, 3 Agustus 2023	10. 30 WIB	<p>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.</p> <p>2. Memonitor tanda dan gejala infeksi.</p> <p>3. Melakukan perawatan luka</p> <p>4. Menginspeksi kondisi luka/insisi bedah.</p> <p>5. Memonitor vital sign</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada bekas jahitan SC.</li> <li>2. Klien mengatakan panas dengan luka jahitannya.</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat bekas luka operasi (horizontal) <math>\pm</math> 15 cm, keadaan</li> <li>2. Luka masih tampak baru, luka, tampak merah, dan masih basah.</li> <li>3. Leuksit : 15.800 (5000-10.000/mm<sup>3</sup>)</li> <li>4. TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>•TD 130/80 mmHg</li> <li>•Nadi 87 x/menit</li> <li>•Pernafasan 21x/menit</li> </ul> </li> </ol>

				<p>Suhu 38°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan klien dan keluarga untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.</p>
--	--	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi maka pada BAB ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan dalam “Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Post Operasi Sectio Caesarea Pada Ny. S Dengan Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Peningkatan Rasa Nyaman Nyeri Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan” yang dilakukan oleh penulis mulai dari pengkajian tanggal 1 Agustus sampai dengan evaluasi pada tanggal 4 Agustus 2023, yang dapat diuraikan sebagai berikut:

#### **4.1. Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012).

Pengkajian pada studi kasus Ny. S klien mengatakan merasa tidak nyaman dan merasa cemas karena nyeri di bagian perut tepatnya di bagian sayatan operasi, sehingga, klien juga susah untuk melakukan aktifitas karena takut nyeri semakin sakit, klien merasa lemas dan sulit untuk bangun dari tempat tidur. Klien mengatakan untuk aktifitas sekarang dibantu oleh keluarga dan Klien mengatakan panas dengan luka jahitannya, terdapat bekas luka operasi (horizontal) ± 15 cm, keadaan, luka masih tampak baru, luka, tampak merah, dan masih basah. TD

128/68 mmHg, nadi 87 x/menit, pernafasan 21x/menit, suhu 38°C. Klien menganggap sakitnya bisa diatasi dan sembuh. Klien mengatakan haid pertama pada usia 13 tahun, lama haid 4-6 hari, teratur. Klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 4 kali, keluhan saat haid nyeri perut dan mengatakan tidak pernah mengalami persalinan sebelumnya. Saat ini klien hamil yang pertama dengan G:1 P:0 A:0.

#### **4.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat, dan pasti tentang masalah klien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus dan sesuai dengan teori adalah:

- a. Ansietas berhubungan dengan kurang informasi. Klien mengatakan merasa tidak nyaman dan merasa cemas karena nyeri di bagian perut tepatnya di bagian sayatan operasi. Ansietas merupakan respon dari suatu ancaman yang asalnya diketahui.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op. Nyeri yang timbul post operasi sectio caesarea membuat Ny. S susah untuk melakukan aktifitas karena takut nyeri semakin sakit, klien merasa lemas dan sulit untuk bangun dari tempat tidur. Aktifitas klien sekarang dibantu oleh keluarga.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit. Klien mengatakan panas dengan luka jahitannya, terdapat bekas luka operasi (horizontal) ± 15 cm, keadaan, luka masih tampak baru, luka, tampak merah, dan masih basah. Klien mengalami tanda-tanda infeksi.

### 4.3. Intervensi keperawatan

Merupakan lanjutan dari diagnosa keperawatan dalam rangka mengatasi masalah yang timbul yang berdasarkan diagnosa yang ditemukan pada kasus, maka perencanaan ditetapkan sebagai pedoman dalam melaksanakan implementasi, evaluasi yang dibuat dalam kasus (Mura, 2015).

Adapun diagnosa yang difokuskan dalam rencana keperawatan yaitu:

1. Ansietas b.d Kurang informasi, dengan perencanaan sebagai berikut:
  - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
  - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
  - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
  - Pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian
  - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
  - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
  - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
  - Latih teknik relaksasi nafas dalam
  - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
  - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
  - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
  - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
  - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
  - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
  - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
  - Kolaborasi pemberian antiansietas, jika perlu.



Ansietas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik (Amin & Hardhi, 2015). Diagnosa tersebut ada pada kasus karena klien mengalami tidak nyaman dan merasa cemas karena nyeri di bagian perut tepatnya di bagian sayatan operasi.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op dengan perencanaan sebagai berikut:

- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- Monitor kondisi Umum selama melakukan mobilisasi
- Fasilitasi aktivitas Mobilisasi dengan alat bantu
- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op (Amin & Hardhi, 2015). Diagnosa tersebut ada pada kasus karena Klien mengatakan sulit untuk bangun dari tempat tidur karena lemas dan juga nyeri pada luka post sectio caecarea.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit dengan perencanaan sebagai berikut:

- Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sitemik
- Batasi jumlah pengunjung
- Berikan perawatan kulit pada area edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi
- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencuci tangan yang benar
- Ajarkan etika batuk
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (Amin & Hardhi, 2015). Diagnosa tersebut ada pada kasus karena klien mengatakan nyeri pada bekas jahitan SC dan panas dengan luka jahitannya

#### **4.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan didasarkan atas intervensi yang disusun sebelumnya. Berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan disusun untuk mengatasi masalah dari diagnosa keperawatan yang muncul, maka pelaksanaan dari ketiga diagnosa tersebut adalah:

1. Ansietas b.d Kurang informasi yaitu: Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), Menciptakan suasana terapeutik

untuk menumbuhkan kepercayaan, Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, Memahami situasi yang membuat ansietas, Mendengarkan dengan penuh perhatian, Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, Melatih Teknik relaksasi nafas dalam, Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Menganjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan, Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op yaitu: Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, Mengajarkan pasien tentang teknik mobilisasi, Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan adls pasien, Mengajarkan klien latihan bagaimana teknik terapi napas dalam, Mengajarkan posisi dan berikan bantuan jika diperlukan, Mengedukasi keluarga untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya
3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit : Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, memonitor tanda dan gejala infeksi, Melakukan perawatan luka, Menginspeksi kondisi luka/insisi bedah., Memonitor vital sign.

#### **4.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan yang meliputi hasil dari penerapan asuhan keperawatan langsung kepada klien (Mura, 2015).

Tahap evaluasi berpedoman pada kriteria tujuan yang tercantum pada rencana keperawatan dan merupakan proses umpan balik dari tindakan yang diberikan selama 6 hari mulai tanggal 3 agustus samapai dengan 7 agustus 2023. Evaluasi yang menunjang adanya kemajuan dan dari masalah yang dihadapi oleh klien.

Evaluasi disusun dalam metode SOAP dengan keterangan antara lain yang pertama subyektif (S) adalah hal-hal yang diemukan secara subyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, yang kedua obyektif (O) adalah hal-hal yang ditemukan secara obyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, yang ketiga analisa (A) adalah hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnosa keperawatan, yang terakhir perencanaan (P) adalah perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari pada tahap evaluasi (Muhlisin, 2012).

Catatan perkembangan klien dikaji selama enam hari untuk diagnosa pertama S: klien mengatakan setelah operasi dia merasa tidak nyaman dan merasa cemas karena nyeri di bagian perut tepatnya di bagian sayatan operasi. O: Pasien tampak meringis dan geilsah, Pasien tampak tidak fokus pada diri sendiri dan tampak lelah, Pasien terlihat memegang perut atau area nyeri, Nyeri skala 6, TD:130/80C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi dengan mengajarkan klien dan keluarga untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Dan untuk diagnosa kedua hari kedua S: Pasien mengatakan masih sulit untuk bangun dari tempat tidur karena adanya bekas operasi yang jika beraktivitas terasa nyeri. O : klien tampak belum bisa mobilisasi secara penuh, Pasien tampak Mencoba mobilisasi, Pasien tampak di bantu suami atau keluarga dalam beraktivitas. TD=130/80, n : 87 x/menit, RR: 21 x/menit, T: 38,5 c. A : masalah

belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan klien dan keluarga untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Dan pada hari ketiga diagnosa ketiga S: Klien mengatakan nyeri pada bekas jahitan sc. klien mengatakan panas dengan luka jahitannya. O : terdapat bekas luka operasi (horizontal)  $\pm$  15 cm, keadaan luka masih tampak baru, luka, tampak merah, dan masih basah. leuksit : 15.800 (5000-10.000/mm<sup>3</sup>) td 130/80 mmhg, nadi 87 x/menit, pernafasan 21x/menit, t: 38<sup>o</sup>C. A: masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan klien dan keluarga untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Kesimpulan**

Berdasarkan uraian-uraian pada bab terdahulu, maka penulis mengambil kesimpulan bahwa:

- a. Pada hasil pengkajian Ny. S didapatkan keluhan utama yang dirasakan adalah klien mengatakan setelah operasi dia merasa tidak nyaman dan merasa cemas karena nyeri di bagian perut tepatnya di bagian sayatan operasi dan panas dengan luka jahitannya, sehingga, klien juga susah untuk melakukan aktifitas karena takut nyeri semakin sakit, klien merasa lemas dan sulit untuk bangun dari tempat tidur.
- b. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus berdasarkan kondisi dan respon klien adalah diagnosa keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teori dan tinjauan kasus. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada klien sebagai berikut:
  1. Ansietas b.d Kurang informasi
  2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op
  3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.
- c. Rencana tindakan pada ketiga diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus tersebut semuanya dilakukan pada klien dengan teknik relaksasi nafas dalam.
- d. Implementasi dilakukan dari rencana keperawatan yang sudah direncanakan dilakukan selama tiga hari pada ketiga diagnosa tersebut sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil.

- e. Evaluasi dari ketiga diagnosa keperawatan yang diprioritaskan teratasi dan dipertahankan.
- f. Pada penerapan terapi komplementer teknik relaksasi nafas dalam dapat mempengaruhi rasa nyaman pada klien post sc.

## **5.2. Saran**

### **1. Teoritis (Institusi Pendidikan)**

Saran Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan dapat mengembangkan dan meningkatkan mutu pendidikan dimasa yang akan datang dan dapat dijadikan tambahan referensi bagi mahasiswa dan pengajar dalam meningkatkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan dengan gangguan sistem reproduksi : post operasi sectio caesarea dengan penerapan terapi relaksasi nafas dalam terhadap pemenuhan rasa nyaman nyeri.

### **2. Praktis (Perawat)**

Saran bagi perawat agar mengaplikasikan terapi relaksasi nafas dalam terhadap pemenuhan rasa nyaman nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agung, Satriyo., Andriyani, Anisa & Sari, Dewi Kartika. Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. VOL. 3 NO. 1, Februari 2013. Surakarta : STIKES Aisyiyah. Program Studi Ilmu Keperawatan
- Anggorowati & Sudiharjani, Nanik. (2011). Mobilisasi Dini Dan Penyembuhan Luka Operasi Pada Ibu Post Sectio Caesarea (Sc) Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga. Departemen Keperawatan Maternitas Dan Anak Ps Ilmu Keperawatan FK Undip
- Angriani, Sri., Suwandi & Wahyuni, Sri. (2014). Hubungan Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post OP Sectio Caesarea Di RSUD Salewangang Maros. Poltekkes Kemenkes Makassar. Stikes Nani Hasanuddin Makassar
- Asmadi. (2008). Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta: Salemba Medika.
- Aziz, A. (2009). Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika Batubara, dkk. (2008). Hubungan Pengetahuan, Nyeri Sectio Caesarea dan Bentuk Puting dengan Pemberian Air Susu Ibu Pertama Kali pada Ibu Post Partum. Jurnal Keperawatan Sudirman (The Soedirman Journal of Nursing). Volume 3 No. 2 Juni 2008
- Bobak, L. (2004). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta : EGC Bratawijaya, KG & Rengganis, I. (2009). Immunologi Dasar. Edisi 8. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Department of Health. Pain Management. (2007). Productivity Western Australia
- Dewi, Iga Prima. (2013). Aromaterapi Lavender Sebagai Media Relaksasi. Universitas Udayana : Bagian Farmasi Fakultas Kedokteran Dewi, Y.P. (2007). "Perbedaan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Terapi Musik Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi dengan Anestesi Umum di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto." Skripsi. Program Studi Diploma IV Keperawatan Klinik Medikal Bedah. Politeknik Kesehatan Semarang.
- Diego AM, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, McAdam V, Galamaga R, Galamaga M. Aromatherapy Positively Affects Mood, EEG Pattern of Alertness and Math Computations. International Journal of Neuroscience 1998: vol 96; 217-224
- Dwijayanti, Wening., Sumarni, Sri & Ariyani, Ida. (2014). Efek Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Pasca Sectio Caesarea. Semarang : Poltekkes Kebidanan Kemenkes RI. Medica Hospitalia 2014; Vol 2 (2) :120-125



- Enggar P, Y. (2010). Hubungan berat badan lahir dengan kejadian rupture perineum pada persalinan normal di RB Harapan Bunda di Surakarta. Surakarta : Jurnal kesehatan.
- Fitri, Mila., Mira, Trisyani & Maryati, Ida. (2012). Hubungan Intensitas Nyeri Luka Sectio Caesarea Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Post Partum Hari Ke-2 Di Ruang Rawat Inap RSUD Sumedang. Bandung : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran
- Gedney JJ, Glover TL, Fillingim RB. Sensory and Affective Pain Discrimination After Inhalation of Essential Oils. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66; 599-606 Grace. (2012). Data Sesaria Di Indonesia
- Hale, G. (2008). Lavender – Nature’s Aid to Stress Relife. Available from URL: [www.aromatherapy-stress-relief.com](http://www.aromatherapy-stress-relief.com). (Accessed 22 Juli 2013)
- Hidayat, A.A.A. (2007). Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, A.A.A. (2010). Metode penelitian kesehatan: paradigma kuantitatif. Surabaya: Health Books Publishing
- Indiarti, MT. (2009). Panduan Lengkap Kehamilan, Persalinan dan Perawatan Bayi, Diglossia Media, Yogyakarta