

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F POST SC DENGAN  
INDIKASI PLASENTA PREVIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA NYAMAN : NYERI DENGAN PEMBERIAN AROMATERAPI  
DIRUANG PERAWATAN LANTAI 1 PAVILIUN  
dr.IMAN SUDJUDI RSPAD  
GATOT SOEBROTO**

**KARYA TULIS ILMIAH  
Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir  
Program DIII Keperawatan**



**Disusun Oleh :  
Indriyani Lestari  
NIM. 2036027**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA  
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO  
PRODI DIII KEPERAWATAN  
JAKARTA  
2023**

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F POST SC DENGAN  
INDIKASI PLASENTA PREVIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA NYAMAN : NYERI DENGAN PEMBERIAN AROMATERAPI**

**DIRUANG PERAWATAN LANTAI 1 PAVILIUN**

**dr.IMAN SUDJUDI RSPAD**

**GATOT SOEBROTO**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir**

**Program DIII Keperawatan**



**Disusun Oleh :**

**Indriyani Lestari**

**NIM. 2036027**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA**

**STikes RSPAD GATOT SOEBROTO**

**PRODI DIII KEPERAWATAN**

**JAKARTA**

**2023**

## **PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Indriyani Lestari  
NIM : 2036027  
Program Studi : Prodi DIII Keperawatan  
Angkatan : XXXVI / 36

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul :

**“PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F POST SC DENGAN  
INDIKASI PLASENTA PREVIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA NYAMAN : NYERI DENGAN PEMBERIAN AROMATERAPI  
DIRUANG PERAWATAN LANTAI 1 PAVILIUN  
dr.IMAN SUDJUDI RSPAD  
GATOT SOEBROTO”**

Apabila di kemudian hari saya terbukti melakukan Tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 11 Juli, 2023  
Yang menyatakan,

Indriyani Lestari  
NIM : 2036027

# **LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING**

Karya Tulis Ilmiah

**“PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F POST SC DENGAN  
INDIKASI PLASENTA PREVIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA NYAMAN:NYERI DENGAN PEMBERIAN AROMATERAPI DI  
RUANG PERAWATAN LANTAI 1 PAVILIUN  
dr.IMAN SUDJUDI RSPAD  
GATOT SOEBROTO”**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan dihadapan tim penguji pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Jakarta, 11 Juli 2023

Menyetujui

Ns. Ita, S.Kep, M.Kep

NIDN : 0309108103

# **LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah

**“PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F POST SC DENGAN  
INDIKASI PLASENTA PREVIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA NYAMAN:NYERI DENGAN PEMBERIAN AROMATERAPI DI  
RUANG PERAWATAN LANTAI 1 PAVILIUN  
dr.IMAN SUDJUDI RSPAD  
GATOT SOEBROTO”**

Telah disetujui dan diperiksa, untuk dipertahankan di depan Tim Penguji KTI  
Prodi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I

Penguji II

Ns. Ita, S.Kep, M.Kep  
NIDN : 0309108103

Ns. Handik Rohmah Irawati, M.kep Sp.Mat  
NIDN : 0310078303

Mengetahui  
Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Didin Syaefudin, S.Kp., MARS  
NIDK. 8995220021

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Indriyani Lestari  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat,Tanggal Lahir : Jakarta, 04 April 2002  
Agama : Islam  
Alamat : Komplek Bulog D No.30  
Riwayat Pendidikan :

1. Tk Nurul Iman Lulus, pada tahun 2008
2. SD Negeri Pisangan Baru, Lulus pada tahun 2014
3. SMPN 232 Jakarta, Lulus pada tahun 2017
4. SMA Pelita Tiga, Lulus pada tahun 2020



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingannya saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir dengan judul “ **Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny.F Post Secio Sesaria Dengan Indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto**” Penelitian ini dilakukan sebagai salah persyaratan menyelesaikan pendidikan program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya karya tulis ilmiah ini berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama serta dorongan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Didin Syaefudin, S.Kp., M.A.R.S selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Studi D3 Keperawatan.
2. Memed Sena Setiawan, S.Kp., M.Pd, M.M selaku Wakil Ketua I bagian Akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Studi D3 Keperawatan.
3. Ns. Ita. S.Kep., M.Kep., Selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto, dosen pembimbing, dan dosen penguji I yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi DIII Keperawatan. yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan.
4. Ns. Hanik Rohmah Irawati, M.kep Sp.Mat Selaku Penguji 2 kami yang telah memberikan bimbingan untuk arahan dan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

5. Seluruh Dosen Dan Tenaga Kependidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberi bimbingan selama mengikuti pendidikan.
6. Kepada Keluarga Terutama untuk kedua orang tua tercinta, dan sahabat – sahabat saya serta keluarga besar yang selalu memberikan dukungan baik secara moril maupun materil serta doa- doanya untuk menyelesaikan pembelajaran hingga tugas akhir ini sampai selesai.
7. Kepada pasangan saya wahyu faturachman terimakasih yang selalu memberikan dukungan serta telah menjadi tempat berkeluh kesah, selalu ada dalam suka maupun duka dari awal perkuliahan hingga tugas akhir ini sampai selesai.
8. Kepada sahabat saya Ananda Niky, Suci Andayani H, Reva Wafi, Maharani, Siti Padilah, Shaffiyah cantika, zakiya azzahra, dan putri chalia yang selalu menemani tiap suka dan duka penulis serta memberikan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir ini. Saya sadari bahwa penelitian dan penyusunan tugas akhir ini jauh dari kata “sempurna”, namun saya berharap bermanfaat kiranya penelitian dan penyusunan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi para pembaca

Jakarta, 12 Juli 2023

Indriyani Lestari



## **HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas Akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Indriyani Lestari

NIM 2036027

Program Studi : D-III Keperawatan

Jenis Karya : Tugas Akhir

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul :

**“PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F POST SC  
DENGAN INDIKASI PLASENTA PREVIA DALAM PEMENUHAN  
KEBUTUHAN RASA NYAMAN:NYERI DENGAN PEMBERIAN  
AROMATERAPI DI RUANG PERAWATAN LANTAI 1 PAVILIUN  
dr.IMAN SUDJUDIRSPAD GATOT SOEBROTO”**

Apabila di kemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 12 Juli 2023  
Yang menyatakan,

Indriyani Lestari  
NIM 2036027

## **ABSTRAK**

Nama : Indriyani Lestari  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Judul : Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny.F post Sc Dengan Indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Dr.Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto.

Sectio caesaria merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Menurut WHO rata-rata persalinan melalui proses sectio caesaria sekitar 5-15% per 1000 kelahiran. Di Indonesia kelahiran melalui sectio caesaria sebanyak 45,3%, dan di ruang perawatan lantai I Paviliun dr. Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto terhitung dari 6 bulan terakhir 650 orang, dengan seksio sesarea 190 kasus plasenta previa dengan presentase 29,23%.. Penatalaksanaan medis salah satunya adalah pembedahan yang dapat menyebabkan nyeri pasca operasi. Tujuan dari penelitian ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada klien post operasi sectio caesaria dengan indikasi plasenta previa pada Ny. F dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan melakukan tindakan nonfarmakologi yaitu teknik relaksasi aromaterapi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus pada pasien post operasi sectio caesaria. Hasil dari penelitian studi kasus menunjukkan bahwa pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien post operasi sectio caesaria dengan nyeri akut yang dilakukan tindakan teknik aromaterapi dalam dalam rentang waktu 3x24 jam diperoleh hasil adanya penurunan intensitas skala nyeri sebelum dilakukan skala nyeri 6 dan sesudah menjadi skala nyeri 2. Evaluasi keperawatan yang dihasilkan adalah masalah nyeri akut teratasi.

**Kata Kunci** : Asuhan keperawatan, sectio caesaria, plasenta previa.

<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Studi Kasus .....	3
D. Manfaat Studi Kasus.....	3
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>6</b>
A. Konsep Dasar Post Partum .....	6
B. Konsep Dasar Seksio Sesaria.....	20
C. Konsep Plasenta Previa.....	27
D. Konsep Dasar Nyeri.....	31
E. Konsep Dasar Pemenuhan Aromaterapi .....	40
F. Konsep Asuhan Keperawatan .....	45
<b>BAB III METODELOGI.....</b>	<b>48</b>
A. Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus .....	48
B. Subjek Studi Kasus .....	48
C. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus .....	48
D. Fokus Studi Kasus .....	49
E. Instrumen Studi Kasus .....	49
F. Metode Pengumpulan Data .....	49
G. Analisa Data dan Penyajian Data .....	50
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>72</b>
A. Pengkajian .....	72
B. Diagnosa Keperawatan .....	74
C. Intervensi Keperawatan .....	76

D. Implementasi Keperawatan .....	77
E. Evaluasi Keperawatan.....	78
<b>BAB V PENUTUP DAN SARAN .....</b>	<b>78</b>
A. Kesimpulan.....	78
B. Saran .....	79

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Pathway .....	73
Gambar 2.1 Laporan Pembedahan .....	74
Gambar 3.1 Discharge Planning... ..	76

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	55
-----------------------------	----



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sectio caesaria merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah Kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Arda & Hartaty, 2021)

Penangan pasif dahulu ada anggapan bahwa kehamilan dengan plasenta previa harus segera diakhiri untuk menghindari perdarahan yang fatal. Namun sekarang ternyata terapi ekspektatif dapat dibenarkan dengan alasan sebagai berikut: perdarahan pertama pada plasenta previa jarang fatal dan untuk menurunkan kematian bayi karena prematuritas. Kriteria penanganan ekspektatif: umur kehamilan kurang dari 37 minggu, perdarahan sedikit, belum ada tanda-tanda persalinan, keadaan umum baik, kadar Hb 8% atau lebih. Penanganan aktif atau terminasi kehamilan. 14 Terminasi kehamilan dilakukan jika janin yang dikandung telah matur, IUFD (Intra Uterine Fetal Death) atau terdapat anomali dan kelainan lain yang dapat mengurangi kelangsungan hidupnya, pada perdarahan aktif dan banyak. (Weldimira. 2015. Bandar Lampung: Universitas Lampung)

Menurut World Health Organization (WHO) standar rata-rata operasi Sectio Caesaria (SC) sekitar 5-15%. Data WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2011 menunjukkan 46,1% dari seluruh kelahiran melalui sectio caesaria. Menurut statistic tentang 3.0509 kasus sc yang disusun oleh Peel dan Chamberlin, indikasi untuk sectio caesaria adalah disproporsi janin panggul 21%, gawat janin 14%, Plasenta previa 11%, pernah SC 11%, kelainan letak



janin 10%, Preklamsia dan hipertensi 7%. Di China salah satu negara dengan SC meningkat drastic dari 3,4% pada tahun 1988 menjadi 39,3% pada tahun 2010. (World Health Organisation, 2019)

Angka kejadian sectio caesaria Indonesia menurut data Kemenkes RI menyatakan 927.000 dari 4.039.000 persalinan. Jumlah persalinan sectio caesaria di Indonesia mencapai sekitar 30% sampai 80% dari total persalinan. (Kemenkes RI, 2013)

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medis Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto dalam 6 Bulan yaitu pada bulan Desember 2023 sampai Mei 2023, dari jumlah yang masuk Ke Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto 650 orang, dengan seksio sesarea 190 kasus plasenta previa dengan presentase 29,23%.

Salah satu dampak yang paling utama dirasakan oleh pasien sectio caesaria adalah nyeri. Nyeri yang timbul berasal dari abdomen akibat insisi yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial. Nyeri bersifat subjektif, yang artinya tingkatan nyeri tiap individu berbeda-beda dalam menilai nyeri yang dirasakan (Penelitian et al., 2023)

Para ahli Kesehatan inisiatif untuk menekan jumlah kelahiran caesar, karena dampak Kesehatan pasca operasi caesar ini cukup berat seperti infeksi, perdarahan, luka pada organ, komplikasi obat bius, bahkan kematian, untuk mencegah komplikasi tersebut maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam penerapan asuhan keperawatan yang tepat meliputi **Promotif** dengan cara diberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan klien, **Preventif** dengan cara mencegah terjadinya komplikasi, **Kuratif** dengan cara pengobatan, dan **Rehabilitatif** dengan cara memberikan diit sesuai kebutuhan tubuh, dan perawatan diri klien secara optimal.

Berdasarkan data dan informasi diatas, penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien post operasi sectio caesaria melalui penyusunan studi kasus yang berjudul Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny. F post sc Dengan indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan dr. Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan Latar Belakang Masalah yang telah diuraikan diatas, maka rumusan masalah dalam karya Tulis Ilmiah ini adalah “ Bagaimanakah Gambaran Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny. F post sc Dengan indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto Jakarta?”

## **C. Tujuan Studi Kasus**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny.F dengan Plasenta Previa post sc Dengan indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto Jakarta

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien Ny.F dengan Plasenta Previa post sc Dengan indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto Jakarta.

- b. Menentukan diagnosis keperawatan pada pasien Ny.F dengan Plasenta Previa post sc Dengan indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto Jakarta.
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien Ny.F dengan Plasenta Previa post sc Dengan indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto Jakarta.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien Ny.F dengan Plasenta Previa post sc Dengan indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto Jakarta.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny.F dengan Plasenta Previa post sc Dengan indikasi Plasenta Previa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Pemberian Aromaterapi Di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto Jakarta.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

##### **1. Bagi Masyarakat**

Makalah ilmiah asuhan keperawatan ini di harapkan dapat memberikan dan membudayakan informasi kepada masyarakat dan dapat dijadikan pertimbangan pembaca yang berkaitan dengan pasien post sc dengan indikasi Plasenta Previa dalam mengatasi nyeri.

## **2. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan**

Makalah ilmiah ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang bidang keperawatan yang diberikan pada pasien dengan post sc dengan indikasi Plasenta Previa dalam mengatasi nyeri.

## **3. Bagi Penulis**

Mengaplikasikan ilmu dan memperoleh pengalaman yang di dapat selama menempuh Pendidikan dan makalah ilmiah ini dapat di gunakan sebagai sarana dalam memperoleh pengetahuan khususnya dalam bidang keperawatan pada pasien dengan post sc dengan indikasi Plasenta Previa dalam mengatasi nyeri.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Post Partum**

##### **1. Definisi**

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik. (Yuliana & Hakim, 2020)

Masa nifas atau post partum atau disebut juga masa puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 6 Minggu atau 42 hari. (Maritalia, 2017)

Post partum adalah masa sesudah persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhirnya ketika alat-alat kandungan Kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama  $\pm$  6 minggu (Ariyani 2017).

Kesimpulan dari ketiga pengertian post partum adalah masa sesudah persalinan atau disebut masa nifas masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari.

## 2. Perubahan fisiologis

Pada masa nifas, organ reproduksi interna dan eksterna akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil secara berangsur-angsur. Selain organ reproduksi, beberapa perubahan fisiologi yang terjadi selama masa nifas adalah sebagai berikut:

### 1) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7 – 8 cm, lebar sekitar 5 – 5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. uterus terdiri dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Dinding uterus terdiri dari otot polos dan tersusun atas 3 lapis, yaitu :

**Perimetrium** yaitu lapisan terluar yang berfungsi sebagai pelindung uterus. **Miometrium** yaitu lapisan yang kaya akan sel otot dan berfungsi untuk kontraksi dan relaksasi uterus dengan melebar dan kembali ke bentuk semula setiap bulannya. **Endometrium** yaitu lapisan terdalam yang kaya akan sel darah merah.

Segera setelah plasenta keluar, uterus akan kembali ke keadaan sebelum hamil secara bertahap yang disebut involusi uterus. Involusi terjadi sebagai akibat kontraksi uterus. Selama proses ini, pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit sehingga perdarahan yang terjadi setelah plasenta dilahirkan menjadi berhenti. Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar (Kurniarum, 2016).

Hormon oksitosin yang disekresi dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus. Pada bagian uterus yang ditempati plasenta akan mengalami penyembuhan dimana

endometrium akan tumbuh kembali dan menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut. Proses ini membuat endometrium mampu menjalankan siklusnya seperti biasa dan memungkinkan implantasi dan plasentasi untuk kehamilan di masa yang akan datang (Nastiti, 2016).

Proses involusi uterus : **Iskemia Miometrium** : Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi. **Atrofi jaringan** : Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta. **Autolysis** : Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron. **Efek Oksitosin** : Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. (ayu putri, 2019)

## 2) Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dari uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Selama kehamilan, serviks mengalami perubahan karena pengaruh hormone estrogen. Meningkatnya hormone estrogen pada saat hamil dan disertai dengan hipervaskularisasi

mengakibatkan konsistensi serviks menjadi lunak. (Maritalia, 2017)

### 3) Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang kurang lebih 6,5 cm dan kurang lebih 9 cm. Bentuk vagina sebelah dalam berlipat-lipat dan disebut rugae. Lipatan-lipatan ini memungkinkan vagina melebar pada saat persalinan dan sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak jalan lahir. Selama kehamilan, terjadi hipervaskularisasi lapisan jaringan dan mengakibatkan dinding vagina berwarna kebiru-biruan (Maritalia, 2017).

### 4) Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh klitoris, bagian belakang oleh perineum, bagian kiri dan kanan oleh labia minora. Pada vulva, dibawah clitoris, terdapat orifisium uretra eksterna yang berfungsi sebagai tempat keluarnya urin. (Maritalia, 2017)

### 5) Payudara

Payudara atau mammae adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Secara makroskopis, struktur payudara terdiri dari korpus (badan), areola dan papilla atau puting. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu (Air Susu Ibu) sebagai nutrisi bagi bayi. (Maritalia, 2017)



## 6) Tanda – Tanda Vital

Tanda-tanda vital merupakan tanda-tanda penting pada tubuh yang dapat berubah bila tubuh mengalami gangguan atau masalah. Tanda-tanda vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu, dan tekanan darah. Tanda-tanda vital ini biasanya saling mempengaruhi satu sama lain. Artinya, bila suhu meningkat, maka nadi dan pernafasan juga akan meningkat, dan sebaliknya. Tanda-tanda vital yang berubah selama masa nifas adalah:

**Suhu Tubuh:** Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar 0,50C dari keadaan normal (360C – 37,50C), namun tidak lebih dari 380C. Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Setelah 12 jam postpartum, suhu tubuh yang meningkat tadi akan kembali seperti keadaan semula. Bila suhu tubuh tidak kembali ke keadaan normal atau bahkan meningkat, maka perlu dicurigai terhadap kemungkinan terjadinya infeksi (Maritalia, 2017). **Nadi:** Denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali per menit. Pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Setelah proses persalinan selesai frekwensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal. **Tekanan Darah:** Tekanan darah normal untuk systole berkisar antara 110 – 140 mmHg. Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan. Bila tekanan darah mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole perlu dicurigai timbulnya hipertensi atau pre eklamsia post partum. **Pernafasan:** Frekuensi pernafasan normal berkisar antara 18 – 24 kali per menit. Pada saat partus frekuensi pernafasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi unuk tenaga ibu meneran atau mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi.

Setelah partus selesai, frekuensi pernafasan akan kembali normal. Keadaan pernafasan biasanya berhubungan dengan suhu dan denyut nadi.

#### 6) Hormon

Selama kehamilan terjadi peningkatan kadar hormone estrogen dan progesterone. Hormone tersebut berfungsi untuk mempertahankan agar dinding uterus tetap tumbuh dan berproliferasi sebagai media tempat tumbuh dan berkembangnya hasil konsepsi. Sekitar 1-2 minggu sebelum partus dimulai, kadar hormone estrogen dan progesterone akan menurun. Memasuki trimester kedua kehamilan, mulai terjadi peningkatan kadar hormone prolaktin dan prostaglandin. Hormone prolaktin akan merangsang pembentukan air susu pada kelenjar mammae dan prostaglandin memicu sekresi oksitosin yang menyebabkan timbulnya kontraksi uterus.

Pada wanita menyusui, kadar prolaktin tetap meningkat sampai sekitar 6 minggu setelah melahirkan. Kadar prolaktin dalam darah ibu dipengaruhi oleh frekwensi menyusui, lama setiap kali menyusui, dan nutrisi yang dikonsumsi ibu selama menyusui. Hormone prolaktin ini akan menekan sekresi Folikel Stimulating Hormon (FSH) sehingga mencegah terjadinya ovulasi. Oleh karena itu, memberikan ASI pada bayi dapat menjadi alternative metode KB yang dikenal dengan MAL (Metode Amenorhea Laktasi) (Maritalia, 2017).

**Hormon plasenta** : Selama periode postpartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormone - hormon yang diproduksi oleh organ tersebut. Penurunan hormon human plecental lactogen (HPL), estrogen dan kortisol, serta placental enzyme insulinase

membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada masa puerperium. Kadar estrogen dan progesteron menurun secara signifikan setelah plasenta keluar, kadar 21 terendahnya dicapai kira-kira satu minggu pasca partum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui kadar estrogen mulai meningkat pada minggu kedua setelah melahirkan (Nastiti, 2016).

**Hormon hipofisis:** Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui tampaknya berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar follicle-stimulating hormone (FSH) terbukti sama pada wanita yang menyusui dan tidak menyusui, disimpulkan bahwa ovarium tidak berespons terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada wanita menyusui, kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu keenam setelah melahirkan. Pada wanita yang tidak menyusui mengalami penurunan kadar prolaktin, mencapai rentang sebelum hamil dalam dua minggu dan ovulasi terjadi dini, yakni dalam 27 hari setelah melahirkan, dengan waktu rata-rata 70 sampai 75 hari. Pada wanita menyusui waktu rata-rata terjadinya ovulasi sekitar 190 hari. Cairan menstruasi pertama setelah melahirkan biasanya lebih banyak daripada normal. Dalam 3 sampai 4 siklus, jumlah cairan menstruasi wanita kembali seperti sebelum hamil (Nastiti, 2016).

**Hormon oksitosin** Pada pasca partum oksitosin bereaksi untuk kestabilan kontraksi uterus, memperkecil bekas tempat perlekatan plasenta, mencegah perdarahan dan 22 memperlancar

ASI sehingga tidak terjadi pembengkakan pada payudara yang menyebabkan ketidaknyamanan pasca partum. Pada wanita yang memilih untuk menyusui bayinya, isapan bayi menstimulasi ekskresi oksitosin, keadaan ini membantu kelanjutan involusi uterus dan pengeluaran air susu ibu. Setelah plasenta lahir, sirkulasi HCG, estrogen, progesteron dan laktogen plasenta menurun cepat, keadaan ini menyebabkan perubahan fisiologi pada ibu nifas (Yuli Aspiani, 2017).

#### 7) Sistem Peredaran Darah (Cardio Vascular)

Perubahan hormone selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar Hemoglobin (Hb) wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak hamil. Selain itu, terdapat hubungan antara sirkulasi darah ibu dengan sirkulasi janin melalui plasenta. Setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relative akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh system homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah melahirkan (Maritalia, 2017).

#### 8) Sistem Pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi (*Sectio Caesarea*) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1 – 3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada saat proses melahirkan. (Maritalia, 2017)

Buang air besar ( BAB ) biasanya mengalami perubahan pada 1 – 3 hari pertama postpartum. Hal ini karena penurunan tonus

otot selama proses persalinan. Selain itu, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serta dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus atau perineum setiap kali akan BAB juga mempengaruhi defekasi secara spontan. Faktor-faktor tersebut sering menyebabkan timbulnya konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Kebiasaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal. (Maritalia, 2017).

#### 9) Sistem Perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar hormone steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama postpartum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Diperlukan waktu sekitar 2 sampai 8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada sebagian kecil wanita, dilatasi traktus urinarius bisa menetap selama 3 bulan (Maritalia, 2017).

Terdapatnya laktosa dalam urin (laktosuria positif) pada ibu menyusui merupakan hal yang normal. BUN (Blood Urea Nitrogen), yang meningkat selama postpartum, merupakan akibat autolisis uterus yang mengalami involusi. Pemecahan kelebihan protein di dalam sel otot uterus juga menyebabkan proteinuria ringan selama satu sampai dua hari postpartum. Hal ini terjadi pada sekitar 50% wanita. Asetonuria bisa terjadi pada wanita dengan persalinan normal atau pada wanita dengan partus macet atau partus lama yang disertai dehidrasi (Maritalia, 2017).

Dalam 12 jam pertama postpartum, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil. Salah satu mekanisme untuk mengurangi retensi cairan selama masa

hamil ialah diaphoresis luas, terutama pada malam hari, selama dua sampai tiga hari pertama setelah melahirkan. Dieresis postpartum, yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama postpartum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (reversal of the water metabolisme of pregnancy) (Maritalia, 2017).

Trauma yang terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan sewaktu bayi melewati jalan lahir dapat menyebabkan dinding kandung kemih mengalami hiperemi dan edema. Kandung kemih yang edema, terisi penuh dan hipotonik dapat mengakibatkan overdistensi, pengosongan yang tak sempurna dan urine residual, kecuali jika dilakukan asuhan untuk mendorong terjadinya pengosongan kandung kemih bahkan saat tidak merasa untuk berkemih. Pemasangan kateter dapat menimbulkan trauma pada kandung kemih, uretra dan meatus urinarius (Maritalia, 2017).

Adanya trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anestesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomi menurunkan atau mengubah refleks berkemih. Penurunan berkemih, seiring dieresis postpartum, bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan

dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik (Maritalia, 2017). Pada masa postpartum tetap lanjut, distensi yang berlebihan ini dapat menyebabkan kandung kemih lebih peka terhadap infeksi sehingga mengganggu proses berkemih normal. Apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dapat mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Dengan mengosongkan kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5 – 7 hari setelah bayi lahir (Maritalia, 2017).

#### 10) Sistem Integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah (*cloasma gravidarum*), leher, *mammae*, dinding perut dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormone, akan menghilang selama masa nifas. (Maritalia, 2017).

#### 11) Sistem Musculoskeletal

Setelah proses persalinan selesai, dinding perut akan menjadi longgar, kendur, dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil. Ambulasi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut. Pada wanita yang athenis terjadi diastasis dari otot-otot *rectus abdominalis* sehingga seolah-olah sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit. Tempat yang lemah ini menonjol jika berdiri atau mengejan (Maritalia, 2017).

### 3. Perubahan psikologis ibu post partum

Adaptasi psikologis masa nifas merupakan suatu proses adaptasi yang sebenarnya sudah terjadi pada saat kehamilan. Menjelang persalinan, perasaan senang karena akan berubah peran menjadi seorang ibu dan segera bertemu dengan bayi yang dikandungnya selama berbulan-bulan dan telah lama dinantikan. Selain itu, akan timbul

perasaan cemas karena khawatir terhadap calon bayi yang akan dilahirkannya nanti, apakah lahir dengan sempurna atau tidak. Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting karena pada masa ini ibu nifas menjadi lebih sensitif. Tentunya pada ibu primipara dan multipara memiliki kebutuhan yang berbeda-beda. Multipara akan lebih mudah dalam mengantisipasi keterbatasan fisiknya dan lebih mudah beradaptasi terhadap peran dan interaksi sosialnya. Sedangkan pada ibu primipara mungkin kebingungan dan frustrasi karena merasa tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi. Maka dari itu ibu primipara lebih memerlukan dukungan yang lebih besar. (Maritalia, 2017).

#### a. Adaptasi Psikologis Ibu Postpartum

Pada primipara, menjadi orangtua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stress bila tidak ditangani dengan segera. Perubahan peran dari wanita biasa menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi sehingga ibu dapat melakukan perannya dengan baik. Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah proses melahirkan juga ikut mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi ibu pada masa nifas. Fase-fase yang dialami oleh ibu pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Fase Taking In: Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mulas, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami,



rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya (Maritalia, 2017).

- 2) Fase Taking Hold: Merupakan fase yang berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Penuhi kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jalan lahir, mobilisasi postpartum, senam nifas, nutrisi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain (Maritalia, 2017).
- 3) Fase Letting Go : Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan untuk ibu menjaga kondisi fisiknya (Maritalia, 2017).

#### b. Postpartum Blues (Baby Blues)

Postpartum blues merupakan perasaan sedih yang dialami oleh seorang ibu berkaitan dengan bayinya. Biasanya muncul sekitar 2 hari

sampai 2 minggu sejak kelahiran bayi. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan ini merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan. Selain itu juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kehamilan. Perubahan hormone yang sangat cepat antara kehamilan dan setelah proses persalinan sangat berpengaruh dalam hal bagaimana ibu bereaksi terhadap situasi yang berbeda (Maritalia, 2017).

Setelah melahirkan dan terlepasnya plasenta dari dinding rahim, tubuh ibu mengalami perubahan besar dalam jumlah hormone sehingga membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri. Disamping perubahan fisik, hadirnya seorang bayi dapat membuat perbedaan besar dalam kehidupan ibu dalam hubungannya dengan suami, orangtua, maupun anggota keluarga lain. Perubahan ini akan kembali secara perlahan setelah ibu menyesuaikan diri dengan peran barunya dan akan hilang dengan sendirinya sekitar 10 – 14 hari setelah melahirkan (Maritalia, 2017).

Ibu yang mengalami baby blues akan mengalami perubahan perasaan, menangis, cemas, kesepian, khawatir yang berlebihan mengenai bayi, penurunan gairah seks, dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu (Maritalia, 2017).

#### c. Depresi Postpartum

Kesedihan atau kemurungan yang dialami ibu pada masa nifas merupakan hal yang normal. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan yang terjadi dalam tubuh seorang wanita selama kehamilan dan setelah bayi lahir. Seorang ibu primipara lebih beresiko mengalami kesedihan atau kemurungan postpartum karena ia belum mempunyai pengalaman dalam merawat dan menyusui bayinya. Kesedihan atau kemurungan yang terjadi pada awal masa nifas merupakan hal yang

umum dan akan hilang sendiri dalam 2 minggu setelah ibu melahirkan dan setelah melewati proses adaptasi (Maritalia, 2017).

Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang setelah mempunyai bayi. Hal ini akan mengakibatkan depresi postpartum. Ibu yang mengalami hal ini akan menunjukkan tanda-tanda seperti : sulit tidur, tidak ada nafsu makan, perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol, terlalu cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi, tidak menyukai atau takut menyentuh bayi, pikiran yang menakutkan mengenai bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan diri, gejala fisik seperti sulit bernafas atau perasaan berdebar-debar (Maritalia, 2017).

## **B. Konsep Dasar Seksio Sesaria**

### **1. Definisi**

Sectio caesarea (SC) adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi atau pembedahan pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat janin dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Nuryani,2021).

Sectio caesarea (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Satria, 2020).

Sectio Caesarea adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuka dinding abdomen dan dinding rahim untuk melahirkan janin dengan berat janin di atas 500 gram dan usia janin > 28 minggu dan dilakukan dengan cara pembedahan pada dinding abdomen (laparotomy) dan uterus (histerektomi) dengan tujuan untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Tindakan persalinan secara Sectio Caesarea dilakukan untuk

mencegah kematian janin dan ibu karena adanya suatu komplikasi yang akan terjadi pada persalinan secara pervaginam (Ramandanty 2019).

Kesimpulan dari ketiga pengertian Sectio Caesarea adalah suatu Tindakan pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding abdomen/dinding rahim untuk melahirkan janin.

## 2. Indikasi Seksio Sesarea

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan yaitu jalan lahir, janin, kekuatan ibu, 10 psikologis ibu dan penolong. Apabila terdapat salah satu gangguan pada salah satu faktor tersebut akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin (Mochtar, 1998 dalam Maryunani, 2014). Indikasi medis Seksio Sesarea didasarkan pada dua faktor, yaitu faktor ibu dan faktor bayi yang diuraikan sebagai berikut:

### a. Faktor ibu sebagai indikasi medis Seksio Sesarea

#### 1) Cephalopelvic Disproporsional (CPD):

Hal-hal yang menjelaskan disproporsi sefalopelvik dengan pengukuran dan pemeriksaan panggul:

Pengukuran panggul (pelvikmetri) merupakan cara pemeriksaan yang penting untuk mendapatkan keterangan lebih banyak tentang keadaan panggul. Pemeriksaan panggul luar dan pemeriksaan panggul dalam (VT), dievaluasi antara lain: promotorium, linea innominata, spina ischiadika, dinding samping, kurvatura sakrum, ujung sakrum, dan arkus pubis.

#### 2) Tumor Jalan Lahir Yang Menimbulkan Obstruksi:

Tumor (neoplasma) pada jalan lahir terbagi menjadi neoplasma yang berada di vagina, serviks uteri, uterus dan ovarium yang dapat dijelaskan berikut ini :

**Tumor di Vagina:** Tumor di vagina dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam. **Tumor di Serviks Uteri:** Seksio sesarea adalah terapi pilihan atas indikasi dari kanker serviks, biasanya di diagnosa setelah kehamilan 28 minggu. **Tumor di Uterus:** Distosia karena mioma uteri dapat terjadi apabila letak mioma uteri menghalangi lahirnya janin pervaginam, apabila 12 mioma uteri dapat menyebabkan kelainan letak janin, dan apabila mioma uteri dapat menyebabkan terjadinya inersia uteri dalam persalinan. **Tumor di Ovarium:** Tumor ovarium dapat mengganggu jalan lahir jika terletak di kavum douglas, boleh dicoba dengan hati-hati apakah tumor dapat diangkat ke atas rongga panggul, sehingga tidak menghalangi persalinan.

### 3) Ketuban Pecah Dini :

Ketuban pecah dini adalah kondisi saat kantung ketuban pecah lebih awal sebelum proses persalinan atau ketika usia kandungan belum mencapai 37 minggu. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi bahkan membahayakan nyawa ibu maupun janin. Normalnya, kantung ketuban pecah dalam waktu kurang lebih 24 jam sebelum kelahiran.

### 4) Pre-eklampsia dan Eklamsia :

**Preeklamsia** adalah kondisi akibat dari tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol pada ibu hamil. Kondisi preeklamsia pada ibu hamil harus segera ditangani. Jika tidak, kondisi preeklamsia dapat berkembang menjadi eklamsia dan memiliki komplikasi yang fatal baik bagi ibu maupun bagi janinnya.

**Eklamsia** adalah kelainan pada masa kehamilan, saat persalinan, atau setelah persalinan. Kondisi ini merupakan komplikasi berat dari pre-eklampsia, yang ditandai dengan timbulnya kejang dan dapat disertai koma.

b. Faktor Bayi / Janin sebagai indikasi SC :

1) Janin Besar :

Makrosomia adalah kondisi ketika bayi terlahir dengan ukuran yang besar, yakni sekitar 4 kg hingga 4,5 kg, atau bahkan lebih. Walaupun bayi baru lahir yang gemuk terlihat lucu dan menggemaskan, akan tetapi kondisi ini perlu diwaspadai.

5) Gawat janin :

Fetal distress atau gawat janin adalah kondisi di mana janin kekurangan oksigen pada masa kehamilan atau persalinan. Kondisi ini biasanya ditandai dengan menurunnya gerakan janin, perubahan detak jantung (melemah atau tidak beraturan), dan hanya bisa dideteksi melalui pemeriksaan USG kehamilan.

6) Letak lintang :

Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain.

7) Sungsang :

Bayi sungsang merupakan kondisi ketika posisi kepala bayi dalam rahim berada di atas dan bokong/kaki berada di bawah pada usia kehamilan lebih dari 35 minggu.

### 3. Jenis Seksio Sesarea

Jenis – jenis bedah sesarea diantaranya, (Akmal M dkk,2016):

a) Caesar jenis klasik : Sectio caesarea klasik atau sectio caesarea corporalis Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine.

b) Histerektomi Caesar : Histerektomi total adalah operasi pengangkatan rahim. Dalam operasi ini, rahim akan dokter angkat dari tubuh. Pasien yang menjalani histerektomi total sudah tidak bisa hamil lagi setelah prosedur pengangkatan organ reproduksi ini.

#### 4. **Komplikasi**

Beberapa komplikasi Seksio Sesarea , antara lain (Maryunani A,2016):

**Perdarahan** : Kehilangan banyak darah selama persalinan sesar adalah hal yang normal. Namun, bila ibu mengeluarkan darah terlalu banyak, ini bisa disebut perdarahan postpartum. Hal ini dapat terjadi jika organ dipotong, pembuluh darah tidak terpasang sempurna atau keadaan darurat selama persalinan.

**Dehisensi** : Dehisensi luka adalah terbukanya kembali luka operasi yang telah dijahit secara primer. Dehisensi luka menimbulkan dampak negatif baik bagi penderita, keluarga, maupun ahli bedah beserta tim. Dampak bagi penderita antara lain infeksi dan perluasan luka yang diikuti oleh penyulit.

**Mual dan Muntah** : bahwa mual dan muntah yang terjadi usai operasi caesar dapat terjadi karena adanya manipulasi di saluran pencernaan. Selain itu, efek obat yang digunakan saat operasi juga bisa memengaruhi respons tubuh, sehingga menyebabkan mual dan muntah.

#### 5. **Pemeriksaan penunjang**

- a. Pemantauan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit

- f. Golongan Darah
- g. Urinalis
- h. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- i. Ultrasound

## 6. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

#### 1) Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata – rata dapat disuntik 75 mg meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin.

**Wanita dengan ukuran tubuh kecil**, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg. **Wanita dengan ukuran besar**, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg meperidine. **Obat – obatan antiemetik**, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama – sama dengan pemberian preparat narkotik.

#### 2) Terapi cairan dan diet

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

#### 3) Laboratorium

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



#### 4) Vesika Urinaria dan Usus

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

#### b. Penatalaksanaan Keperawatan

##### 1) Tanda – tanda vital

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

##### 2) Vesika urinaria dan usus

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

##### 3) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang – kurang 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

##### 4) Perawatan luka

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

#### 5) Perawatan payudara

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

#### 6) Memulangkan pasien dari rumah sakit

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

### C. Konsep Plasenta Previa

#### 1. Definisi

Plasenta previa adalah komplikasi dalam kehamilan biasanya ditandai dengan pendarahan pada vagina tanpa rasa nyeri pada trimester ketiga, dimana letak plasenta menutupi ostium uteri interna. Umumnya kategori plasenta previa adalah total, partial dan marginal. Plasenta previa totalis merupakan plasenta menutupi seluruh ostium internal, plasenta previa parsial adalah plasenta tertanam dekat dan sebagian menutupi internal ostium dan plasenta previa marginal merupakan plasenta terletak 2-3 cm dari ostium uteri internum (Almnabri et al., 2017).

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

Plasenta previa adalah kondisi dimana plasenta berimplantasi menutupi sebagian atau seluruh segmen bawah rahim (Sataloff dkk, 2014).

Kesimpulan dari ketiga pengertian plasenta previa adalah komplikasi pada kehamilan yang ditandai dengan pendarahan pervagina dan plasenta

yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga menutupi jalan lahir bayi.

## **2. Patofisiologi**

Segmen bawah uterus tumbuh dan meregang setelah minggu ke 12 kehamilan, dalam minggu-minggu berikutnya ini dapat menyebabkan plasenta terpisah dan menyebabkan terjadinya perdarahan. Perdarahan terjadi secara spontan dan tanpa disertai nyeri, seringkali terjadi saat ibu sedang istirahat (Sataloff dkk, 2014).

Segmen bawah uterus telah terbentuk pada usia kehamilan 20 minggu. Usia kehamilan yang bertambah menyebabkan segmen-segmen bawah uterus akan melebar dan menipis serta servik mulai membuka. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan servik pada ibu hamil dengan plasenta previa dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Darah yang keluar berwarna merah segar, berlainan dengan darah yang disebabkan oleh solusio plasenta yang berwarna merah kehitaman. Sumber perdarahannya adalah robeknya sinus uterus akibat terlepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi (Wiknjosastro, 2014).

## **3. Etiologi**

Penyebab blastokista berimplantasi pada segmen bawah rahim belumlah diketahui dengan pasti. Mungkin secara kebetulan saja blastokista menempa desidua di daerah segmen bawah rahim.<sup>3</sup> Plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan-keadaan endometrium yang kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua. Keadaan ini bisa ditemukan pada :

- a. Multipara, terutama jika jarak kehamilannya pendek
- b. Mioma uteri
- c. Kuretasi yang berulang

- d. Umur lanjut (diatas 35 tahun)
- e. Bekas seksio sesaria
- f. Riwayat abortus
- g. Defek vaskularisasi pada desidua
- h. Plasenta yang besar dan luas : pada kehamilan kembar, eriblastosis fetalis.
- i. Wanita yang mempunyai riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya
- j. Perubahan inflamasi atau atrofi misalnya pada wanita perokok atau pemakai kokain. Hipoksemia yang terjadi akibat CO akan dikompensasi dengan hipertrofi plasenta. Hal ini terutama terjadi pada perokok berat (> 20 batang/hari). Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin. Plasenta yang tumbuh meluas akan mendekati atau menutupi ostium uteri internum.<sup>2</sup> Endometrium yang kurang baik juga dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih baik, yaitu di tempat yang lebih rendah dekat ostium uteri internum. Plasenta previa juga dapat terjadi pada plasenta yang besar dan yang luas seperti pada eritroblastosis, diabetes mellitus, atau kehamilan multipel.

#### **4. Manifestasi**

- a. Anamnesis : adanya perdarahan pervaginaan berwarna merah segar tanpa rasa nyeri pada kehamilan lebih 20 minggu dan berlangsung tanpa sebab. Terutama pada multigravida
- b. Pemeriksaan luar : sering ditemukan kelainan letak. Bila letak kepala di atas maka kepala belum memasuki pintu atas panggul
- c. Inspekulo : adanya darah dari uteri eksternum
- d. USG untuk menentukan letak plasenta : penentuan letak plasenta secara langsung dengan perabaan langsung melalui kanalis servikalis, tetapi pemeriksaan ini sangat berbahaya karena dapat menyebabkan perdarahan yang banyak. Oleh karena itu cara ini hanya dilakukan di atas meja operasi.

## 5. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi utama yang bias terjadi pada ibu hamil yang menderita plasenta, diantaranya ada yang bias menimbulkan perdarahan yang cukup banyak dan fatal. Oleh karena pembentukan segmen Rahim terjadi ritmik, maka pelepasan plasenta dari tempat melekatnya di uterus dapat berulang dan semakin banyak, dan perdarahan yang terjadi itu tidak dapat dicegah sehingga penderita menjadi anemia bahkan syok. karena plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah Rahim dan sifat segmen ini yang tipis mudahlah jaringan trofoblas dengan kemampuan invasinya menerobos ke dalam myometrium bahkan sampai ke perimetrium dan menjadi sebab dari kejadian plasenta inkreta dan bahkan sampai ke perimetrium dan menjadi sebab plasenta akreta yang perlekatannya lebih kuat tetapi vilinya masih belum masuk ke dalam myometrium. Walaupun biasanya tidak seluruh permukaan maternal plasenta mengalami akreta atau inkreta akan tetapi dengan demikian terjadi retensio plasenta dan pada bagian plasenta yang sudah terlepas timbulah perdarahan dalam kala tiga. Komplikasi ini lebih sering terjadi pada uterus yang pernah seksio sesarea 3 kali. Serviks dan segmen bawah Rahim yang rapuh dan kaya pembuluh darah sangat potensial untuk robek disertai oleh perdarahan yang banyak. Kelainan letak anak pada plasenta previa lebih sering terjadi. Kelahiran premature dan gawat janin sering tidak terhindarkan sebagian oleh karena tindakan terminasi kehamilan yang terpaksa dilakukan dalam kehamilan belum aterm. Pada kehamilan <37 minggu dapat dilakukan amniosentesis untuk mengetahui pematangan paru janin sebagai upaya antisipasi.

## 6. Klasifikasi

**Plasenta previa totalis atau komplit** adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum. Pada jenis ini, jelas tidak

mungkin bayi dilahirkan secara normal, karena risiko perdarahan sangat hebat.

**Plasenta previa parsialis** adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum. Pada jenis inipun risiko perdarahan sangat besar, dan biasanya janin tetap tidak dilahirkan secara normal.

**Plasenta previa marginalis** adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum. Hanya bagian tepi plasenta yang menutupi jalan lahir. Janin bisa dilahirkan secara normal, tetapi risiko perdarahan tetap besar.

**Plasenta letak rendah, plasenta lateralis**, atau kadang disebut juga *dangerous placenta* adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal. Risiko perdarahan tetap ada namun tidak besar, dan janin bisa dilahirkan secara normal asal tetap berhati-hati.

## D. Konsep Dasar Nyeri

### 1. Definisi

Nyeri adalah penyakit yang ditandai dengan sensasi tidak menyenangkan yang hanya dapat dijelaskan secara akurat oleh orang yang mengalaminya, karena pengalaman rasa sakit dan ketidaknyamanan setiap orang berbeda (Alimul, 2015). Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak nyaman yang terjadi sebagai akibat dari kerusakan jaringan, atau kerusakan jaringan yang ada atau yang akan datang (Aydede, 2017).

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP), nyeri adalah fenomena rumit yang tidak hanya mencakup respons fisik atau mental, tetapi juga emosi emosional individu. Penderitaan seseorang atau individu dapat menjadi penyebab utama untuk mencari perawatan medis,

dan juga dapat menjadi alasan individu untuk mencari bantuan medis. Kenyamanan individu diperlukan, dan itu harus menyenangkan. Sakit merupakan kebutuhan penderitanya. Nyeri adalah keadaan tidak nyaman yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terjadi dari suatu daerah tertentu (Siti Cholifah, et al 2020). Sehingga dari pernyataan diatas, nyeri adalah suatu stimulus yang tidak menyenangkan dan sangat kompleks yang dapat diamati secara verbal maupun nonverbal.

Kesimpulan dari ketiga pengertian nyeri adalah sensasi tidak menyenangkan yang dirasakan oleh orang tersebut sebagai akibat dari kerusakan jaringan atau kerusakan jaringan yang ada atau yang akan datang.

## **2. Fisiologis**

Fisiologis nyeri Munculnya nyeri berkaitan erat dengan adanya reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri adalah nociceptor yang merupakan ujung-ujung saraf bebas yang sedikit atau hampir tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu. Nyeri dapat terasa apabila reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut saraf perifer aferen yaitu serabut A-delta dan serabut C. serabut A mempunyai myelin sehingga dapat menyalurkan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, dapat melokalisasi sumber nyeri dengan jelas dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki myelin, berukuran sangat kecil, sehingga buruk dalam menyampaikan impuls terlokalisasi visceral dan terus-menerus. Ketika rangsangan serabut C dan A-delta dari perifer disampaikan maka mediator biokimia akan melepaskan yang aktif terhadap respon nyeri seperti : kalium dan prostaglandin yang akan keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri akan berlanjut sepanjang serabut saraf aferen dan berakhir di bagian kornu dorsalis medulla spinalis. Saat di kornu dorsalis, neuritransmitter seperti substansi P dilepas sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer menuju saraf traktus spinolotamus lalu informasi dengan cepat disampaikan ke pusat thalamus (Aydede, 2017).

### 3. Klasifikasi nyeri

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

#### a. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respon biologis terhadap suatu cedera jaringan dan menjadi suatu tanda bila ada kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri terjadi bukan karena penyakit sistematis, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki. Nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan (de Boer, 2018).

#### b. Nyeri Kronis

Nyeri kronik yaitu nyeri yang menetap sepanjang suatu periode waktu, konstan atau intermiten. Nyeri akut berlangsung diluar penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik yang menyebabkan nyeri terus menerus atau nyeri berulang dalam beberapa bulan atau tahun. Beberapa peneliti menggunakan durasi dari 6 bulan untuk menunjuk nyeri sebagai kronis (de Boer, 2018).

### 4. Respon tubuh terhadap nyeri

Reaksi nyeri adalah respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah persepsi nyeri. Reaksi nyeri tiap orang memiliki karakteristik yang berbeda-beda (de Boer, 2018).

- a. Respons Fisiologi Perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat daripada penjelasan verbal pasien. Dalam kasus pasien yang tidak sadar, reaksi fisiologis harus menggantikan laporan verbal ketidaknyamanan (de Boer, 2018).
- b. Respons Fisiologi Perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat daripada penjelasan verbal pasien. Dalam kasus pasien yang tidak sadar, reaksi fisiologis harus menggantikan laporan verbal ketidaknyamanan (de Boer, 2018).



- c. Respons Perilaku Respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat bervariasi mencakup pernyataan verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain atau perubahan respon terhadap lingkungan (Aydede, 2017).

## 5. Faktor-faktor yang mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang memengaruhi nyeri merupakan sesuatu yang rumit dan banyak faktor yang memengaruhi pengalaman nyeri seseorang. Menurut (Smeltzer & Bare, 2015) variabel berikut yang mempengaruhi respon nyeri:

### a. Usia

Usia merupakan faktor yang signifikan dalam rasa sakit, terutama pada anak-anak dan orang tua. Rasa sakit sulit bagi anak kecil untuk dipahami, juga untuk diungkapkan dan disampaikan.

### b. Budaya Sikap dan nilai budaya

memengaruhi pengalaman nyeri seseorang dan bagaimana mereka menyesuaikan diri dengan hal tersebut. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

### c. Ansietas

Kecemasan biasanya meningkatkan rasa sakit seseorang. Untuk mengelola emosi, stimulan nyeri melibatkan area limbik. Sistem limbik dapat menangani respons emosional terhadap rasa sakit, seperti peningkatan rasa sakit atau penghilang rasa sakit.

### d. Pengalaman

Sebelumnya Setiap orang belajar nyeri dari masalahnya. Jika individu sering mengalami nyeri yang sama dan nyeri tersebut dihilangkan secara efektif, individu tersebut akan dapat memahami rasa nyeri dengan lebih mudah. Akibatnya, klien lebih siap menghadapi ketidaknyamanan. Jika

klien belum pernah mengalami nyeri, rasa nyeri yang pertama kali dapat mengganggu manajemen nyeri.

e. Efek Plasebo

Efek plasebo Ketika seseorang percaya bahwa terapi atau tindakan akan memiliki efek, mereka mengalami efek plasebo. Ini bermanfaat untuk menerima perawatan atau mengambil tindakan sendiri.

## 6. Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut:

- a. Provocates/palliates (P) Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri (Pinzon, 2016).
- b. Quality (Q) Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya (Pinzon, 2016).
- c. Region (R) Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri (Pinzon, 2016).
- d. Severity (S) Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat (Pinzon, 2016).
- e. Time (T) Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?”, “ sudah merasa nyeri berapa lama?” (Sulistyo, 2016).

## 7. Pengukuran respon intensitas nyeri

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang

berbeda (Sulistyo, 2016). Pengukuran skala nyeri dapat digunakan untuk menilai keparahan nyeri, yaitu sebagai berikut:

- a. Wong Baker FACES Pain Rating Scale Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karena ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karena ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Digunakan pada pasien diatas 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan rasa nyerinya dengan angka
- b. Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) adalah versi terbaru dari FPS, FPS-R menampilkan gambar enam wajah bergaris yang disajikan dalam orientasi horizontal. Pasien diinstruksikan untuk menunjuk ke wajah yang paling mencerminkan intensitas nyeri yang mereka rasakan. Ekspresi wajah menunjukkan lebih nyeri jika skala digeser ke kanan, dan wajah yang berada di ujung sebelah kanan adalah nyeri hebat. Untuk anak sekolah berusia 4 - 12 tahun, skala pengukuran nyeri paling valid dan mampu mengukur nyeri akut dimana pengertian terhadap kata atau angka tidak diperlukan. Kriteria nyeri diwakilkan dalam enam sketsa wajah (dari angka tujuh / FPS sebenarnya) yang mewakili angka 0 - 5 atau 0 -10. Anak - anak memilih satu dari enam sketsa muka yang memilih mencerminkan yang mereka rasakan. Skor tersebut nyeri menjadi nyeri ringan (0 - 3), nyeri sedang (4- 6) dan nyeri berat (7- 10) (Balga et al., 2013).
- c. Skala Analog Visual/Visual Analog Scale Skala VAS adalah suatu garis lurus/ horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut (Sulistyo, 2016). 4. Skala Penilaian Numerik/Numeric Rating Scale (NRS) Menggantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama,

dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit pasca operasi (de Boer, 2018).

## **8. Nyeri tindakan invasif**

Anak yang menjalani prosedur invasif selama di rumah sakit akan mengalami trauma akibat ketidaknyamanan yang dialaminya. Seorang perawat bertanggung jawab untuk menghilangkan atau mengurangi rasa sakit pada pasien anak semaksimal mungkin (Fajar Tri Waluyanti, Happy Hayati, 2019). Berdasarkan penelitian sebelumnya (Fajar Tri Waluyanti, Happy Hayati, 2019) Pengambilan darah melalui vena dan pemasangan kateter intravena merupakan tindakan invasif yang dilakukan pada anak di RSUD Kota Bekasi. Metode invasif menghasilkan respons yang nyeri.

## **9. Strategi penatalaksanaan nyeri**

Strategi pelaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu diantaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapi, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (Sulistyo, 2016).

Penanganan nyeri ada 2 yaitu dengan teknik farmakologi dan non farmakologi. intervensi farmakologis antara lain : (analgetik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgetik narkotik atau otopiat, dan obat tambahan adjuvant). Intervensi non farmakologi intervensi non farmakologi salah satunya adalah terapi distraksi (Yadi et al., 2019).

### **a. Manajemen Nyeri Non-Farmakologi**

#### **1) Distraksi**

Distraksi ialah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat disebut juga pengalihan perhatian hal-hal selain nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri dan dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Sulistyo, 2016).

Distraksi nyeri terdiri dari beberapa teknik salah satunya yaitu distraksi visual atau pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakantindakan visual atau pengamatan dengan tujuan untuk mengalihkan atau menjauhi perhatian dari sesuatu yang dihadapi, misalnya rasa nyeri.

Distraksi merupakan salah satu metode dalam intervensi non farmakologi yang memberikan stimulus pada anak sehingga perhatian anak difokuskan pada hal lain selain rasa nyeri (Aydın & Özyazıcıoğlu, 2019). Beberapa literatur telah membahas penggunaan teknologi yang muncul dalam metode distraksi pada nyeri, seperti virtual reality.

Virtual reality merupakan teknologi yang memungkinkan pengguna untuk melihat, berinteraksi dan menggunakan pengalaman multisensory (misal; visual, pendengaran, persepsi) dari stimulasi virtual 3D (seperti video atau game) melalui display yang dipasang di kepala (Indovina et al, 2018; Ahmadpour et al., 2019). mengklasifikasikan manajemen nyeri menggunakan virtual reality ke berbagai bidang seperti perawatan luka dan terapi fisik, prosedur sebelum dan sesudah operasi, perawatan gigi, transurethral microwave thermotherapy, dan pemasangan infus pada anak (Ariyanti et al., 2020).

## 2) Stimulasi dan masase kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot.

## 3) Terapi es dan panas

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan

menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Baik terapi es maupun terapi panas harus digunakan dengan hati-hati dan dipantau dengan cermat untuk menghindari cedera kulit

#### 4) Transcutaneous electric nerve stimulation

Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat digunakan baik untuk nyeri akut maupun nyeri kronis

#### b. Manajemen nyeri farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/ obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), obat- obat adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri memberikan perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada klien yang mengalami gangguan pernapasan.

Nonopiat (analgesik non-narkotik) termasuk obat AINS seperti aspirin dan ibuprofen. Nonopiat mengurangi nyeri dengan cara bekerja di ujung saraf perifer pada daerah luka dan menurunkan tingkat mediator inflamasi yang dihasilkan di daerah luka.

Analgesik adjuvans adalah obat yang dikembangkan untuk tujuan selain penghilang nyeri tetapi obat ini dapat mengurangi nyeri kronis tipe tertentu selain melakukan kerja primernya. Sedatif ringan atau obat penenang,

sebagai contoh, dapat membantu mengurangi spasme otot yang menyakitkan, kecemasan, stres, dan ketegangan sehingga klien dapat tidur nyenyak. Antidepresan digunakan untuk mengatasi depresi dan gangguan alam perasaan yang mendasarinya, tetapi dapat juga menguatkan strategi nyeri lainnya.

## **E. Konsep Dasar Pemenuhan Aromaterapi**

### **1. Definisi**

Aromaterapi merupakan salah satu bentuk terapi relaksasi. Mekanisme aroma terapi adalah dimulai dari aroma yang dihirup memasuki hidung dan berhubungan dengan silia, penerima di dalam silia dihubungkan dengan alat penghirup yang berada di ujung saluran bau.

Bau-bauan diubah oleh silia menjadi impuls listrik yang dipancarkan ke otak melalui system penghirup. Semua impulse mencapai sistem limbik di hipotalamus selanjutnya akan meningkatkan gelombang alfa di dalam otak dan akan membantu kita untuk merasa rileks(Sari and Leonard 2018).

Aromaterapi ialah istilah generik bagi salah satu jenis pengobatan alternatif yang menggunakan bahan cairan tanaman yang mudah menguap, dikenal sebagai minyak esensial, dan senyawa aromatic lainnya dari tumbuhan yang bertujuan untuk memengaruhi suasana hati atau kesehatan seseorang, yang sering digabungkan dengan praktik pengobatan alternatif dan kepercayaan kebatinan (Wikipedia, 2014).

Aromaterapi adalah proses penyembuhan yang menggunakan baubauan dari tumbuhan murni yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan, kesejahteraan tubuh, pikiran, dan jiwa. Aromaterapi sering digunakan untuk praktek pengobatan alternatif (Laura, Misrawati, and Worest 2015).

Kesimpulan dari ketiga pengertian aromaterapi adalah proses penyembuhan yang menggunakan bau – bauan aromatic sehingga dapat membantu untuk merileksasikan pasien dengan nyeri.

## **2. Fungsi Aromaterapi**

Efek dari minyak ini bisa diperoleh melalui penggunaan inhalasi menggunakan pembakar minyak atau penyerapan kulit menggunakan pijat. Aromaterapi mendorong pelepasan neurotransmitter, seperti encephalines dan endorfin yang memiliki efek analgesik dan menghasilkan perasaan tenang. Neurotransmitter lain yang dikeluarkan dapat memperbaiki suasana hati. Efek analgesik minyak esensial dalam konteks pendekatan holistik untuk manajemen nyeri kronis, dapat digunakan sebagai tambahan atau alternatif untuk pendekatan medis konvensional. Aplikasi langsung dari minyak esensial pada kulit dapat mengurangi peradangan, memberikan anestesi dan analgesia, mengurangi kejang, dan menciptakan kehangatan atau pendinginan. Minyak atsiri dapat secara positif mempengaruhi suasana hati seseorang, pola tidur, tingkat energi, rasa percaya diri dan kontrol dalam manajemen nyeri.

Molekul-molekul dari minyak aromaterapi mudah menguap, sehingga dapat bereaksi langsung dengan indra penciuman kemudian diteruskan ke otak. Bau yang dihirup mengaktifkan pelepasan neurotransmitter seperti serotonin, endorfin, dan norepinephrine dan memodulasi neuroreceptors dalam sistem kekebalan tubuh, mengubah suasana hati, mengurangi kecemasan, dan mengganggu respon stres. Norepinephrine juga berperan penting dalam memori. Reseptor di hidung juga ini berkomunikasi dengan bagian otak (amigdala dan hipokampus) yang berfungsi sebagai gudang untuk emosi dan kenangan. (Anggraini, 2015).

## **3. Bentuk-bentuk Sediaan Aromaterapi**

### **a. Esensial oil**

Esensial oil merupakan salah satu aromaterapi yang berbentuk Cairan atau minyak. Komponen aroma minyak atsiri cepat berinteraksi saat dihirup,



senyawa tersebut berinteraksi dengan sistem saraf pusat dan merangsang pada sistem olfactory atau saraf kranial satu kemudian system tersebut akan menstimulasi saraf-saraf pada otak. Penggunaannya bermacam-macam yaitu, dipanaskan pada tungku aromaterapi, dioleskan pada kain, dioleskan pada saluran udara atau diaplikasikan langsung pada kulit. Esensial oil biasanya digunakan sebagai bahan campuran untuk pembuatan parfum, lilin, gel, krim dan sabun (Fitri Kurniasari, Nila Darmayanti 2017).

#### b. Parfum

Parfum adalah campuran minyak esensial dan senyawa aroma, fiksatif, dan pelarut yang digunakan untuk memberikan bau wangi untuk tubuh manusia maupun objek. Bentuk sediaan aromaterapi ini juga dapat digunakan untuk ruangan. (Fitri Kurniasari, Nila Darmayanti 2017).

Parfum atau pengharum ruangan memegang peranan penting dalam kehidupan manusia karena bias memberikan kesenangan hidup (joys of live), mempengaruhi kejiwaan dan mewangikan bahan yang tidak berbau wangi. Selain itu juga dapat untuk merelaksasikan tubuh, menyegarkan pikiran, Untuk memperbaiki mood (Hardiyati, Simanjuntak, and Suwarno 2019).

#### c. Lilin aromaterapi

Lilin aromaterapi merupakan sebuah benda yang dapat memberikan penggunaanya ketenangan. Lilin ini terdiri dari berbagai aroma dari minyak esensial yang terkandung pada masing-masing lilin sehingga menghasilkan wangi yang beraneka ragam (Kurniasari, Damayanti, and Astuti 2017)

#### d. Gel aromaterapi

Gel merupakan sediaan semi solid yang dapat digunakan untuk berbagai pemakaian, baik untuk ruangan maupun langsung digunakan pada kulit.

e. Dupa

Dupa merupakan produk aromaterapi yang menggunakan minyak atsiri. Bentuk darisediaan ini dapat berupa stick ataupun cone. Produk ini dibuat dengan mencampurkan serbuk-serbuk zat aktif dengan minyak atsiri.

f. Krim pijat

Krim pijat merupakan salah satu produk aromaterapi dengan menggunakan minyak atsiri sekitar 2% dan bahan tambahan yang berfungsi sebagai basis dalam pembuatan krim.

g. Garam aromaterapi

Sediaan garam aromaterapi digunakan sebagai salah satu produk mandi. Biasanya bentuk sediaan aromaterapi ini digunakan ditempat spa. Meskipun begitu, garam aromaterapi juga dapat digunakan dirumah. Cara memakainya cukup mudah yaitu dengan memasukkan garam tersebut beberapa sendok dalam air hangat yang akan digunakan untuk mandi bisa juga hanya untuk merendam kaki.

h. Sabun

Sabun merupakan salah satu bahan yang digunakan untuk mandi, sama halnya dengan garam aromaterapi. Fungsi dari sabun ini yaitu untuk menghilangkan bakteri dan memberikan rasa segar pada tubuh. (Sofiani and Pratiwi 2017).

## 7. Zat Yang Terkandung Dalam Bunga Lavender

Nama lavender berasal dari bahasa Latin “lavera” yang berarti menyegarkan. Menurut penelitian, dalam 100 gram bunga lavender tersusun atas beberapa kandungan, seperti: minyak esensial (1-3%), alaphinene (0,22%), camphene (0,06%), betamycene (5,33%), p cymene (0,3%), limonene (1,06%), cineol (0,51%), linalool (26,12%), borneol (1,21%), terpinen-4-ol (4,64%), linalyl acetate (26,32%), geranyl acetate (2,14%), dan caryophyllene (7,55%). Berdasarkan data di atas, dapat disimpulkan bahwa kandungan utama dari bunga

lavender adalah linalyl asetat dan linalool<sup>7</sup> (C<sub>10</sub>H<sub>18</sub>O). Senyawa utama tersebutlah yang memberi efek relaksasi (Ramadhian et al.2017).

## **8. Cara Kerja Aromaterapi Lavender**

Ketika seseorang menghirup aromaterapi lavender maka aroma yang dikeluarkan akan menstimulasi reseptor silia saraf olfactoricus yang berada di epitel olfactory untuk meneruskan aroma lavender ke bulbus olfactoricus yang berhubungan dengan sistem limbik. Sistem limbik merupakan bagian dari otak yang bertanggungjawab untuk mengatur respon fisiologis dan emosional tubuh. Bagian terpenting dari system limbik berhubungan dengan aroma adalah amygdala dan hippocampus. Amygdala merupakan pusat emosi dan hippocampus berhubungan dengan memori yang kemudian melalui hipotalamus aroma akan dibawa kedalam nukleus raphe. Nukleus raphe yang terstimulasi memberikan efek pelepasan serotonin yang merupakan neurotransmitter yang mengatur permulaan untuk tidur (Ramadhian et al. 2017).

## **9. Indikasi dan Kontraindikasi Aromaterapi Lavender**

### **a. Kontraindikasi**

Tidak diberikan kepada seseorang dengan gangguan atau penurunan fungsi pada indra penciuman dan seseorang yang memiliki alergi dengan bunga lavender.

### **b. Indikasi**

Diberikan kepada seseorang yang mengalami gangguan tidur. (Nugroho 2019)

## **G. Hasil jurnal penelitian**

Penelitian yang dilakukan oleh Asih, Y., & Idawati, I. (2017) yang berjudul “Riwayat Kuretase dan seksio caesaria pada pasien dengan Plasenta Previa dirumah sakit provinsi lampung”

Penelitian yang dilakukan oleh Weldimira, V. (2015) yang berjudul Wanita Usia 36 Tahun, Hamil 35 Minggu dengan Plasenta Previa dan Janin Letak Lintang.

Penelitian yang dilakukan oleh INDRIYANNI, S. (2019) yang berjudul Pengaruh Kombinasi slow deep breathing dan aromaterapi lavender

terhadap skala nyeri pada ibu post sectio caesarea (doctoral dissertation, universitas muhammadiyah purwokerto).

Penelitian yang dilakukan oleh Arda, D., & Hartaty, H. (2021) yang berjudul Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea dalam Indikasi Preeklampsia Berat. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada.

Penelitian yang dilakukan oleh Putri, N. L. G. L. R. (2022). Yang berjudul asuhan keperawatan ketidaknyamanan pasca partum pada pasien postnatal di ruang belimbing rsud kabupaten klungkung (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan keperawatan 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Aprilya, V. (2018). Yang berjudul analisis faktor risiko terhadap kejadian plasenta previa di rsud tugurejo semarang (Doctoral dissertation, UNIMUS).

Penelitian yang dilakukan oleh Tirtawati, G. A., Purwandari, A., & Yusuf, N. H. (2020). Yang berjudul Efektivitas Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea.

## H. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pada penderita dengan indikasi sectio caesaria dapat terjadi pada setiap umur kehamilan yang dapat dilihat pada kehamilan muda.

#### a. Identitas Pasien

Meliputi : nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, Pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi

#### b. Keluhan utama

Keluhan utama pada post operasi sectio caesaria biasanya adalah nyeri dibagian abdomen, pusing, dan sakit pinggang.

#### c. Riwayat Kesehatan

**Pada riwayat Kesehatan sekarang** yang perlu dikaji yaitu kesadaran pasien, keadaan umum, letak dan ukuran luka operasi. **Riwayat kesehatan dahulu** Apakah pasien pernah mengalami tindakan operasi sebelumnya. **Riwayat Kesehatan keluarga** Peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada

hubungannya dengan operasi misalnya : TBC, DM, dan Hipertensi (Aspiani, 2017).

d. Riwayat perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa lama menikah, status pernikahan saat ini.

e. Riwayat obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetric meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali hamil, penolong persalinan, tempat bersalin, cara persalinan, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

f. Riwayat persalinan sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak.

g. Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada ibu post partum yaitu :  
**Keadaan umum** : keadaan umum biasanya lemah. **Kesadaran** : komposmentis. **Tanda-tanda vital. Tekanan darah** : normal atau menurun <120/90 mmHg. **Nadi** : nadi meningkat > 80 x/menit, suhu : suhu meningkat >37,5 C, Respirasi : respirasi meningkat

i. Pemeriksaan head to toe

**Kepala** : Meliputi bentuk kepala simetris atau tidak, warna rambut, kebersihan rambut. **rambut** : Bersih atau tidak. **Wajah** : Apakah ada cloasma gravidarum, adanya oedema atau tidak. **Mata** : Adanya pembengkakan pada kelopak mata atau tidak, konjungtiva pucat atau tidak. **Telinga** : Bentuk simetris atau tidak, adakah cairan yang keluar atau tidak,

bagaimana kebersihannya. **Hidung** : . polip atau tidak. **Mulut** : keadaan mulut bersih atau tidak, mukosa bibir kering atau lembab. **Leher** : Perlu dikaji apakah ada pembesaran tiroid atau tidak. **Dada** : Kesimetrisan dada, ada tidaknya suara nafas tambahan (wheezing, rochi), bagaimana irama dan frekuensi pernafasan. Pada jantung dikaji bunyi jantung (interval) adakah bunyi gallop, mur-mur. **Payudara/Mamae** : simetris kiri dan kanan apakah puting menonjol atau tidak. **Abdomen** : Ada tidaknya distensi abdomen, kaji luka operasi apakah ada pendarahan, berapa tinggi tinggi fundus uteri, bising usus, adanya nyeri tekan atau tidak. **Eksremitas** : Kesimetrisan, ada atau tidaknya oedema, kaji pergerakannya biasanya pasien post operasi sering takut menggerakkan kakinya. **Genetalia** : Kaji apakah ada pengeluaran lochea bagaimana warnanya, banyaknya, bau, serta adakah oedema vulva.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (NANDA 2015). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien sectio caesaria adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin

## 3. Intervensi Keperawatan

### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol nyeri

**Kriteria Hasil** : Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, Mampu menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri), Melaporkan bahwa nyeri berkurang, Mampu mengenali nyeri

(skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri), Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, Mampu tidur atau istirahat dengan tepat.

**Intervensi :**

**Observasi**

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Identifikasi respon nonverbal

**Terapeutik**

Kaji jenis dan sumber nyeri

Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)

Fasilitasi istirahat dan tidur

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian obat

**b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri**

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan aktivitas fisik meningkat

**Kriteria Hasil :** Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah, TTV dalam batas normal.

**Intervensi :**

**Observasi**

Monitor TTV

Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya

Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

**Terapeutik**

Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan ADL.

**Edukasi**

Anjarkan mobilisasi sederhana

**c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot**

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan konstipasi dapat diatasi

**Kriteria Hasil :** Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi, Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi, feses lunak dan berbentuk.

**Intervensi :**

**Observasi**

Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran

Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan

Identifikasi aktivitas-aktivitas

**d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin**

**Tujuan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan menyusui efektif

**Kriteria Hasil :** Kemantapan pemberian ASI Ibu, kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusu di payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.

**Intervensi :**

**Observasi**

Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Identifikasi adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan puting

Monitor kemampuan bayi menyusu

**Terapeutik**

Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung

**Edukasi**

Ajarkan ibu mengonsumsi sayur dan buah-buahan



Ajarkan perawatan payudara postpartum ( pijat payudara, pijat oksitoksin, memerah ASI).

## **5. Implementasi Keperawatan**

Menurut Mufidaturrohmah (2017) Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Bentuk-bentuk implementasi keperawatan antara lain:

- a. Pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada
- b. Pengajaran atau pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan
- c. Konseling klien untuk memutuskan kesehatan klien
- d. Bentuk penatalaksanaan secara spesifik atau tindakan untuk memecahkan masalah kesehatan
- e. Membantu klien dalam melakukan aktivitas sendiri
- f. Konsultasi atau diskusi dengan tenaga kesehatan lainnya.

## **6. Evaluasi Keperawatan**

Menurut Mufidaturrohmah (2017) evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui perawatan yang diberikan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari :

- a. Evaluasi formatif (proses) Evaluasi formatif adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas peayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah

ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh: membantu pasien duduk semifowler, pasien dapat duduk selama 30 menit tanpa pusing.

- b. Evaluasi Sumatif (hasil) Evaluasi Sumatif adalah Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Focus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna. Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah : Tujuan tercapai/masalah teratasi: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan. Dan Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi: jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus**

Jenis penelitian yang digunakan adalah Deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian Deskriptif adalah penelitian dengan metode untuk menggambarkan suatu hasil penelitian. Sesuai dengan namanya, Jenis penelitian deskriptif memiliki tujuan untuk memberikan deskripsi, penjelasan, juga validasi mengenai fenomena yang telah diteliti. dalam menggunakan jenis penelitian deskriptif, masalah yang dirumuskan harus layak untuk diangkat, mengandung nilai ilmiah, dan tidak bersifat terlalu luas. Tujuannya pun tidak boleh terlalu luas dan menggunakan data yang bersifat fakta dan bukan opini. Studi kasus ini dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran dalam penerapan asuhan keperawatan pada Ny. F post seksio sesarea dengan indikasi Plasenta Previa dalam pemenuhan rasa nyaman: Nyeri di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Dengan Menggunakan pendekatan Proses Keperawatan.

#### **B. Subjek Studi Kasus**

Subyek Studi Kasus pada karya tulis ini berjumlah satu orang Pasien dengan post partum tindakan seksio sesarea indikasi Plasenta Previa dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri. kriteria subjek pada karya tulis ini adalah :

1. Pasien dengan post partum tindakan seksio sesarea usia 37 tahun
2. Pasien post partum tindakan seksio sesarea dalam pemenuhan rasa Nyaman: Nyeri dengan aromaterapi
3. Pasien dengan catatan medis lengkap
4. Pasien bersedia menjadi responden

#### **C. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus**

Lokasi studi kasus pada karya tulis ini di ruang perawatan lantai 1 Paviliun iman sudjudi RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. waktu studi kasus dimulai dari pengkajian sampai evaluasi pada tanggal 03 Mei 2023 sampai 05 Mei 2023.

#### **D. Fokus Studi Kasus**

Fokus Studi kasus pada karya tulis ini yaitu penerapan Aromaterapi pada pasien post partum tindakan seksio sesarea.

#### **E. Instrumen Studi Kasus**

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur Fenomena maupun sosial yang diamati atau di teliti. (Sugiyono dalam Thabroni, 2022). Alat dan instrumen yang dibutuhkan dalam karya tulis ini adalah format pengkajian pasien post partum.

#### **F. Metode Pengumpulan Data**

Dalam pengumpulan data untuk menyusun laporan hasil studi kasus pada Ny. F dalam melakukan pemenuhan rasa Nyaman:Nyeri dengan aromaterapi ini menggunakan Teknik Pengumpulan data dengan cara :

##### **1. Anamnesa**

Nama Ny. F , umur 37 tahun, suku bugis, agama islam, pendidikan D3, pekerjaan Pegawai Swasta, Nama suami Tn. D, umur 39 tahun, suku jawa, agama islam, pendidikan S1 Teknik, pekerjaan Pns Bpkp, alamat Jl.Selat Morotai Kav AL, status perkawinan menikah.

##### **2. Observasi**

Pengumpulan data dilakukan selama 3 hari pada tanggal 03 Mei 2023 sampai 05 Mei 2023. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi terhadap Ny. F, data dapat ditemukan dengan melakukan interaksi secara langsung antar perawat dengan pasien dan keluarga pasien.

##### **3. Wawancara**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara tanya jawab sesuai dengan data yang diperlukan baik kepada pasien, keluarga pasien serta tenaga medis lain yang bertugas di Ruang perawatan lantai 1 Paviliun iman sudjudi RSPAD Gatot Soebroto.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik dilakukan dengan pendekatan IPPA yaitu, Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi secara Head To Toe Pada sistem tubuh klien.

#### 5. Studi Literatur

Pengumpulan data dilakukan dengan cara menggali sumber – sumber pengetahuan melalui buku – buku referensi, internet dengan sumber terpercaya, dan literatur lain yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada pasien post partum tindakan seksio sesarea.

#### 6. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data dilakukan melalui sumber – sumber informasi yang bisa dilihat dari catatan rekam medis yang berisi tentang catatan perkembangan pasien terintegrasi, hasil pemeriksaan diagnostic serta data lain yang relevan seperti hasil laboratorium.

### **G. Analisa Data dan Penyajian Data**

Pengkajian dilakukan pada 03 Mei 2023. Pada Ny. F dengan Plasenta Previa Indikasi Nyeri. Nomor resgister 01109430. masuk ruang perawatan lantai 1 paviliun iman sudjudi Pada 29 April 2023 pukul 14.00 WIB.

#### 1. Identitas pasien

Nama klien Ny. F usia 37 Tahun. Pendidikan D3, Pekerjaan Pegawai Swasta Suku Sunda. Nama suami Tn. D, usia 39 Tahun, Pendidikan S1 Teknik, Pekerjaan Pns Bpkp, suku Jawa. Agama klien dan suami islam. Alamat Jl. Selat Morotai Kav AL, Status perkawinan Menikah.

#### 2. Resume

Klien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada 28 April 2023 dengan keluhan mules – mules tidak terlalu kencang dikarenakan mengkonsumsi obat nifedipine 10mg, adanya keputihan dan keluar lendir darah di pervaginaan, kemudian klien dipindahkan di lantai I paviliun dr.imam sudjudi pada tanggal 29 April 2023 Jam 14.00 WIB. dilakukan pemasangan infus Nacl 0,9%. Klien hamil ke 5, klien mengatakn pernah keguguran sudah 2x. berat badan klien sebelum hamil 62 kg, dan sesudah hamil berat badan 75. Diperoleh hasil laboratorium Hemoglobin 11.1\* (12-16 g/dL), Hematokrit 34\* (37-47%), Eritrosit 3.9\* (4.3 – 6.0 juta/UI ) , Leukosit

14950\* (4800-10800/ul), Trombosit 150000 (150000 – 400000/Ul) , Neutrofil 87\* (50 – 70%), Limfosit 7\*(20 – 40%). Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil Tekanan darah 125/70 mmHg. Nadi 86x/menit. Suhu 36°C. Saturasi 98%. klien tampak lemas. Pemeriksaan Penunjang yaitu KTG, USG dan Pemeriksaan laboratorium. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi seksio sesarea), Risiko Infeksi berhubungan dengan trauma jaringan / insisi pembedahan, Gangguan Mobilitas Fisik (pasca pos op) berhubungan dengan kelemahan fisik.

### 3. Riwayat Keperawatan

Keluhan utama klien mengatakan nyeri di bagian bawah Abdomen Post Operasi Seksio Sesarea seperti ditusuk – tusuk, nyeri hilang timbul, skala 5, klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasakan nyeri.

Riwayat menstruasi, Manarche umur 14 tahun, siklus haid teratur, lamanya 7 hari, perkiraan jumlah 100 cc/24 jam. Tanggal persalinan sekarang klien mengatakan persalinan dimulai pukul 07.00 dan selesai pukul 08.18, jenis persalinan seksio sesarea, perdarahan ±350 cc, Jenis kelamin bayi Laki - Laki dengan Berat 3.1 kg dan panjang badan 49 Cm. Riwayat Obstetri (G5P2A2) klien mengatakan pernah melahirkan sebanyak 5 kali dan pernah mengalami abortus sebanyak 2 kali. Klien tidak memiliki riwayat pemakaian Kontrasepsi, Klien mengatakan pernah mendapatkan imunisasi tetanus toksoid (TT) Sebanyak 1 kali pada usia kandungan 28 Minggu.

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit keluarga jantung dan hipertensi. Klien mengatakan frekuensi makan 3x/Hari, makanan padat. klien mengatakan nafsu makannya baik, tidak ada mual muntah, tidak ada keluhan di bagian perut, tidak ada alergi makanan , rata- rata BB sebelum hamil 62 Kg.

Pola eliminasi, klien mengatakan Frekuensi BAB 2x/Hari, dengan konsistensi lunak, berwarna kecoklatan tanpa keluhan. Sedangkan Frekuensi

BAK 7-8x/Hari karakteristik urine kurning jernih berbau khas dan tidak ada keluhan.

Pola aktivitas/istirahat Klien mandi 2x/Hari menggunakan sabun, klien sikat gigi 2x/Hari pagi dan malam sebelum tidur, Klien keramas 2x/hari dengan menggunakan Shampo. Klien mengatakan pekerjaannya adalah pegawai swasta, hobi klien Menonton Tv tidak ada pembatasan karena kehamilan, klien mengatakan jika ada waktu luang klien menonton Tv. Tidak ada keluhan dalam beraktivitas, aktivitas sehari klien lakukan secara mandiri. Klien mengatakan tidur siang selama 2 jam tidak ada masalah tidur. Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi rokok, minuman keras, dan tidak ketergantungan obat. Klien mengatakan tidak ada masalah seksualitas.

Riwayat psikososial Klien mengatakan kehamilan ini memang tidak direncanakan, klien senang dengan kehamilan ini. Klien mengatakan sangat siap menjadi ibu. Perasaan klien dan keluarga tentang kehamilan dan persalinan klien mengatakan senang.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik, Nadi klien 84x/menit, iramanya teratur, denyutnya kuat. Tekanan darah klien 140/99 mmHg, suhu 36°C. Tidak ada edema, pengisian kapiler >2 detik, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada. Konjungtiva ananemis, sklera anikterik. Ada riwayat penyakit jantung (Ayah). Jalan nafas klien bersih, tidak ada sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi 20x/menit, nafas dalam, irama teratur, tidak ada batuk, tidak ada sputum, suara nafas vesikuler, tidak ada riwayat bronchitis dan pneumonia. Gigi klien bersih tidak ada caries, tidak ada stomatitis, lidah bersih, tidak memakai gigi palsu, tidak bau mulut, tidak ada muntah, nafsu makan baik, tidak ada rasa penuh di perut, terdapat nyeri abdomen seperti ditusuk – tusuk pada luka post operasi seksio sesarea. BAB lancar tidak ada diare, warna feses kecoklatan, tidak ada kelainan, tidak ada konstipasi, tida

ada kelainan hepar, kondisi abdomen baik, tidak ada hemoroid, Nafas tidak berbau keton.

Neurosensori Status mental orientasi, tidak memakai kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan bicara, tidak sering pingsan/pusing, tidak ada sakit kepala, tidak ada kesemutan. Klien mengatakan BAK 7-8x/Hari dan terkontrol dengan jumlah 200 cc berwarna kuning jernih, tidak ada rasa sakit saat BAK, tidak ada distensi kandung kemih, memakai kateter urine.

Sistem Integumen/muskuloskeletal, Turgor kulit baik, keadaan kulit baik, kulit bersih, keadaan rambut bersih, tidak ada kontraktur pada persendian. Klien mengatakan kesulitan dalam bergerak pasca operasi seksio sesarea. Ekstermitas simetris, tidak ada edema, tidak ada varises, reflek patella (+), tanda homan (-), tidak ada tremor, tidak ada defomitas. Mamae tidak membesar, papila mammae everted, kolostrum keluar, produksi asi tidak lancar, ada sumbatan asi, klien memberikan asi pada bayinya, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembesaran kelenjar lymphe.

Perut/Abdomen, Tinggi Fundus uteri 13 cm, tidak ada kontraksi/after pain, konsistensi uterus lunak, ada bekas luka post operasi seksio sesarea. Lochea Rubra, berwarna merah, 250 cc, perineum utuh, tidak ada epsiotomy, tidak ada tanda-tanda REEDA.

## 5. Pemeriksaan Penunjang

### Hasil Laboratorium

laboratorium Hemoglobin 11.1\* (12-16 g/dL), Hematokrit 34\* (37-47%), Eritrosit 3.9\* (4.3 – 6.0 juta/UI ) , Leukosit 14950\* (4800-10800/uI), Trombosit 150000 (150000 – 400000/UI ) , Neutrofil 87\* (50 – 70%), Limfosit 7\*(20 – 40%).



## 6. Penatalaksanaan

- a. Keterolac 3 x 10mg (Intravena)
- b. Ampicillin subactam 1 x 4,5gr (Intravena)
- c. Asam Tranexamad 3 x 500mg (Intravena)
- d. Cefixime 3 x 200mg (Oral)
- e. Orinox 3 x 90mg (Oral)
- f. Analtram 3 x TAB (Oral)
- g. Lactamam

## 7. Data Fokus

### a. Data Subjektif :

Klien mengeluh nyeri pada perut pasca sc dibagian bawah abdomen sepanjang  $\pm 10$ cm, nyeri hilang timbul dengan skala 5, P = Klien mengatakan nyeri saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pd perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri skala 7, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul, klien mengatakan nyeri ketika ingin beraktivitas, klien mengatakan jika banyak bergerak, klien mengatakan aktifitasnya dibantu keluarga, klien mengatakan asi belum keluar, klien mengatakan ada sumbatan pada asi.

### b. Data Objektif :

Klien tampak adanya luka operasi pd bagian perut bawah sepanjang 10cm, klien tampak luka dibalut kassa dan tidak ada rembesan, klien tampak pucat, ADL klien tampak dibantu oleh suami dan keluarganya, klien tampak lemas untuk melakukan aktifitas, kesadaran klien compos mentis, Klien tampak terpasang infus RL 500 cc 20 TPM di tangan kanan. Klien terpasang kateter urine, pemeriksaan ttv klien TD = 125/70mmhg, N = 80x/menit, S = 36°C, RR = 20x/menit, Pemeriksaan hasil Lab didapatkan leukosit : 1490\*, Trombosit : 150000, Limfosit : 7\*, Ureum : 9\*

## 8. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh nyeri pada perut pasca sc dibagian bawah abdomen sepanjang <math>\pm 10</math>cm, nyeri hilang timbul dengan skala 5, P = Klien mengatakan nyeri saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pd perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri skala 7, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak adanya luka operasi pada perut bagian bawah sepanjang 10cm.</li> <li>- luka tampak dibalut kassa dan tidak ada rembesan</li> </ul> <p>TTV : TD : 120/70 mmhg, N : 80x/menit, S : 36°C, RR : 20x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kesadaran klien compos mentis</li> </ul>	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (Post op)
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien Mengatakan nyeri pada luka bekas op seperti ditusuk – tusuk dengan skala 7 terjadi jika bergerak saja</li> </ul> <p>DO :</p>	Risiko Infeksi	Trauma Jaringan/ insisi pembedahan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terpasang infus RL 20tpm</li> <li>- Terdapat luka post op lateral dibagian bawah simpisis bawah ambilikus dengan panjang 10cm</li> <li>- Pemeriksaan lab didapat Leukosit : 14950* Trombosit : 150000 Limfosit : 7* Ureum : 9*</li> <li>- Tampak Luka post op dibalut kassa dan tidak ada rembesan</li> </ul>		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas untuk melakukan aktifitas</li> <li>- Klien mengatakan aktifitasnya dibantu keluarga</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak pucat</li> <li>- Klien tampak lemas untuk melakukan aktifitasnya</li> <li>- Klien tampak bedrest</li> <li>- Rentang gerak klien pasif</li> </ul>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (pasca post op)</p>	Kelemahan Fisik

Tabel 3.1 Analisa Data

### 9. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (post operasi seksio sesarea)
- b. Risiko Infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/insisi pembedahan
- c. Gangguan Mobilitas Fisik (pasca post op) berhubungan dengan kelemahan fisik

10. Perencanaan, pelaksanaan, evaluasi yang menjadi diagnosa keperawatan prioritas :

**DX1 : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (post op seksio sesarea)**

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien nyeri menurun dan berkurang.

Kriteria hasil : ttv klien dalam batas normal, dan nyeri berkurang

Intervensi :

**Observasi**

Kaji tanda – tanda vital

Kaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas dan frekuensi

**Terapeutik**

Anjurkan klien teknik relaksasi dengan pemberian aromaterapi lavender jika nyeri timbul

Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan

**Kolaborasi**

Berikan obat keterolac 3x10gr (Intravena)

Berikan orinox 3x90mg (oral)

Berikan analtram 3xTAB (oral)

**DX2 : Risiko Infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/insisi pembedahan**

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah teratasi

Kriteria Hasil : ttv dalam batas normal dan nilai leukosit dalam batas normal

Intervensi :

**Observasi**

Kaji tanda - tanda infeksi

Kaji tanda – tanda vital

**Terapeutik**

Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik

Kaji adanya rembesan dan pus

**Kolaborasi**

Berikan antibiotic ampicillin subactam 1x4,5gr (Intravena)

Berikan cefixime 3x200mg (oral)

**DX3 : Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan fisik**

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien dapat melakukan aktifitas secara mandiri

Kriteria Hasil : klien sudah mampu beraktifitas, ADL klien sudah tidak dibantu keluarga

Intervensi :

**Observasi**

Identifikasi adanya nyeri atau keluhan nyeri atau keluhan fisik

**Terapeutik**

Fasilitasi melakukan pergerakan

**Edukasi**

Anjurkan melakukan mobilitas dini

**Kolaborasi**

Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk meningkatkan mobilitas fisik

**Rabu, 03 Mei 2023**

**DX1 : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Luka post op)**

**Pukul 07.00** memberikan obat nyeri ketorolac 10mg/gr **Pukul 07.10** memberikan orinox 90gr (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.15** memberikan analtram TAB (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.15** memberikan Lactamam (oral) Hasil : Obat masuk melalui oral. **Pukul 09.00** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 12. 20** mengkaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas, dan frekuensi nyeri. Hasil :P = Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri dg skala 7, T = Klien mengatakan nyeri

hilang timbul. **Pukul 14.00** menganjurkan klien teknik relaksasi dengan pemberian aromaterapi lavender Hasil : Klien tampak nyeri berkurang setelah pemberian aromaterapi. **Pukul 15.00** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 15.30** mengontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan. Hasil : Klien tampak mengontrol lingkungan. **Pukul 18.00** memberikan obat nyeri ketorolac 10gr Hasil : obat masuk dengan lancar melalui intravena. **Pukul 18.05** memberikan orinox 90mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 18.10** memberikan lactamam (oral) Hasil : obat masuk melalui oral. **Pukul 20.00** Mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 21.30** mengontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan. Hasil : Klien tampak mengontrol lingkungan. **Pukul 22. 20** mengkaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas, dan frekuensi nyeri. Hasil :P = Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri dg skala 8, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul. **Pukul 07.00** memberikan obat nyeri ketorolac 10gr **Pukul 07.05** memberikan orinox 90gr (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.10** memberikan analtram TAB (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.15** memberikan Lactamam (oral) Hasil : Obat masuk melalui oral.

#### Evaluasi

S :- Klien mengatakan nyeri masih terasa, klien mengatakan belum nyaman saat bergerak pada hari ke 2 post seksio sesarea, klien mengatakan belum bisa miring kanan kiri, duduk dan berjalan tanpa bantuan pada hari ke 3 post seksio sesarea, klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitasnya tanpa bantuan dari perawat dan keluarga pada hari ke 3 post seksio sesarea.

O : skala nyeri klien 4, klien belum mampu miring kanan kiri, duduk dan berjalan tanpa bantuan, klien belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**DX2 : Risiko Infeksi berhubungan dengan Trauma Jaringan/insisi pembedahan**

**Pukul 08.00** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 08.05** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 09.00** mengkaji tanda – tanda infeksi. Hasil : didapatkan nilai leukosit 1490\* (4800-10800/ul), Trombosit : 150000 (150000 – 400000), Limfosit 7\* (20 – 40%), Ureum 9\* (12 – 33 mg/dl) **Pukul 09.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 125/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 09.20** melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik. Hasil : luka insisi sepanjang 10cm **Pukul 11.00** mengkaji adanya rembesan dan pus. Hasil : rembesan tidak terjadi **Pukul 13.00** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 4x1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 13.15** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 14.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 130/75mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 15.00** mengkaji tanda – tanda infeksi. Hasil : didapatkan nilai leukosit 1490\* (4800-10800/ul), Trombosit : 150000 (150000 – 400000), Limfosit 7\* (20 – 40%), Ureum 9\* (12 – 33 mg/dl) **Pukul 18.00** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 18.05** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 21.00** memberikan antibiotic ampicillin subactam 1,5gr (IV) Hasil : obat masuk melalui intravena dengan lancar. **Pukul 21.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 130/75mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 22.00 00** mengkaji tanda – tanda infeksi. Hasil : didapatkan nilai leukosit 1490\* (4800-10800/ul), Trombosit : 150000 (150000 – 400000), Limfosit 7\* (20 – 40%), Ureum 9\* (12 – 33 mg/dl) **Pukul 07.00** memberikan obat antibiotic ampicillin subactam 1,5gr (IV) Hasil : obat masuk melalui intravena dengan lancar **Pukul 07.10** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan.

Evaluasi :

S : -

O: Klien mengatakan luka op tidak ada rembesan, luka operasi membentuk horizontal ukuran  $\pm 10$ cm, luka tertutup terbalut kassa

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**DX3 : Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kelemahan Fisik**

**Pukul 08.00** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 10.00** memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. Hasil : klien dapat melakukan pergerakan sedikit demi sedikit. **Pukul 11.30** mengkolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk meningkatkan mobilitas fisik Hasil : kolaborasi dengan ahli fisioterapi dilakukan. **Pukul 14.00** menganjurkan melakukan mobilitas dini Hasil : klien melakukan mobilitas. **Pukul 15.10** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 16.00** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 135/80mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 17.00** memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. Hasil : klien dapat melakukan pergerakan sedikit demi sedikit. **Pukul 19.30** mengkolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk meningkatkan mobilitas fisik Hasil : kolaborasi dengan ahli fisioterapi dilakukan. . **Pukul 20.00** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 135/80mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 21.00** menganjurkan melakukan mobilitas dini Hasil : klien melakukan mobilitas. **Pukul 22.05** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 07.00** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas.

Evaluasi

S : Klien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri, klien belum bisa berjalan tanpa bantuan suami dan keluarga

O : Klien tampak melakukan aktifitas sehari - hari dibantu suami dan keluarganya



A : Masalah belum Teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**Kamis, 04 Mei 2023**

**DX1 : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (luka post sc)**

**Pukul 06.30** memberikan obat nyeri ketorolac 10mg/gr **Pukul 06.45** memberikan orinox 90gr (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.05** memberikan analtram TAB (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.05** memberikan Lactamam (oral) Hasil : Obat masuk melalui oral. **Pukul 08.00** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 10.20** mengkaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas, dan frekuensi nyeri. Hasil :P = Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri dg skala 8, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul. **Pukul 13.00** menganjurkan klien teknik relaksasi dengan pemberian aromaterapi lavender Hasil : Klien tampak nyeri berkurang setelah pemberian aromaterapi. **Pukul 14.30** mengontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan. Hasil : Klien tampak mengontrol lingkungan. **Pukul 15.00** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 16.20** mengkaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas, dan frekuensi nyeri. Hasil :P = Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri dg skala 8, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul. **Pukul 17.50** memberikan obat nyeri ketorolac 10gr Hasil : obat masuk dengan lancar melalui intravena. **Pukul 18.00** memberikan orinox 90mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 18.05** memberikan lactamam (oral) Hasil : obat masuk melalui oral. **Pukul 20.00** Mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 21 .20** mengkaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas, dan frekuensi nyeri. Hasil :P = Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri

pada perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri dg skala 8, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul. **Pukul 07.00** memberikan obat nyeri ketorolac 10gr **Pukul 07.05** memberikan orinox 90gr (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.10** memberikan analtram TAB (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.15** memberikan Lactamam (oral) Hasil : Obat masuk melalui oral.

#### Evaluasi

S :- Klien mengatakan nyeri masih terasa, klien mengatakan belum nyaman saat bergerak pada hari ke 2 post seksio sesarea, klien mengatakan belum bisa miring kanan kiri, duduk dan berjalan tanpa bantuan pada hari ke 3 post seksio sesarea, klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitasnya tanpa bantuan dari perawat dan keluarga pada hari ke 3 post seksio sesarea.

O : skala nyeri klien 3, klien belum mampu miring kanan kiri, duduk dan berjalan tanpa bantuan, klien belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

#### **DX2 : Risiko Infeksi berhubungan Trauma Jaringan/insisi pembedahan**

**Pukul 05.30** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 06.00** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 08.00** mengkaji tanda – tanda infeksi. Hasil : didapatkan nilai leukosit 1490\* (4800-10800/ul), Trombosit : 150000 (150000 – 400000), Limfosit 7\* (20 – 40%), Ureum 9\* (12 – 33 mg/dl) **Pukul 09.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 125/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 08.20** melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik. Hasil : luka insisi sepanjang 10cm **Pukul 10.00**

mengkaji adanya rembesan dan pus. Hasil : rembesan tidak terjadi **Pukul 11.50** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 12.00** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 12.10** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 14.00** mengkaji tanda – tanda infeksi. Hasil : didapatkan nilai leukosit 1490\* (4800-10800/ul), Trombosit : 150000 (150000 – 400000), Limfosit 7\* (20 – 40%), Ureum 9\* (12 – 33 mg/dl) **Pukul 15.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 140/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 17.45** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 17.50** memberikan antibiotic ampicillin subactam 1,5gr (IV) Hasil : obat masuk melalui intravena dengan lancar. **Pukul 19.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 125/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 21.00** mengkaji tanda – tanda infeksi. Hasil : didapatkan nilai leukosit 1490\* (4800-10800/ul), Trombosit : 150000 (150000 – 400000), Limfosit 7\* (20 – 40%), Ureum 9\* (12 – 33 mg/dl) **Pukul 07.00** memberikan obat antibiotic ampicillin subactam 1,5gr (IV) Hasil : obat masuk melalui intravena dengan lancar **Pukul 07.05** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan.

Evaluasi

S : -

O: Klien mengatakan luka op tidak ada rembesan, luka operasi membentuk horizontal ukuran  $\pm 10$ cm, luka tertutup terbalut kassa

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**DX3 : Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kelemahan Fisik**

**Pukul 09.00** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 10.00** memfasilitasi melakukan

pergerakan, jika perlu. Hasil : klien dapat melakukan pergerakan sedikit demi sedikit. **Pukul 14.00** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 15.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 125/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 16.00** menganjurkan melakukan mobilitas dini Hasil : klien melakukan mobilitas. **Pukul 17.30** mengkolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk meningkatkan mobilitas fisik Hasil : kolaborasi dengan ahli fisioterapi dilakukan. **Pukul 20.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 125/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 21.05** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 22.15** memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. Hasil : klien dapat melakukan pergerakan sedikit demi sedikit. **Pukul 08.00** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas.

Evaluasi

S : Klien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri, klien belum bisa berjalan tanpa bantuan suami dan keluarga

O : Klien tampak melakukan aktifitas sehari - hari dibantu suami dan keluarganya

A : Masalah belum Teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**Jumat, 05 Mei 2023**

**DX1 : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Luka post op)**

**Pukul 07.30** memberikan obat nyeri ketorolac 10mg/gr **Pukul 07.45** memberikan orinox 90gr (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.50** memberikan analtram TAB (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 07.55** memberikan Lactamam (oral) Hasil : Obat masuk melalui oral. **Pukul 08.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 11.20** mengkaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas, dan frekuensi nyeri. Hasil :P = Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q = Klien mengatakan

nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri dg skala 7, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul. **Pukul 13.30** menganjurkan klien teknik relaksasi dengan pemberian aromaterapi lavender Hasil : Klien tampak nyeri berkurang setelah pemberian aromaterapi. **Pukul 14.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 16.20** mengkaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas, dan frekuensi nyeri. Hasil :P = Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri dg skala 7, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul. **Pukul 16.30** mengontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan. Hasil : Klien tampak mengontrol lingkungan. **Pukul 17.50** memberikan obat nyeri ketorolac 10gr Hasil : obat masuk dengan lancar melalui intravena. **Pukul 18.05** memberikan orinox 90mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 18.10** memberikan lactamam (oral) Hasil : obat masuk melalui oral. **Pukul 19.00** Mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : ttv klien dalam batas normal. **Pukul 21.20** mengkaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas, dan frekuensi nyeri. Hasil :P = Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q = Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R = Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, S = Klien mengatakan nyeri dg skala 8, T = Klien mengatakan nyeri hilang timbul. **Pukul 06.00** memberikan obat nyeri ketorolac 10gr **Pukul 06.05** memberikan orinox 90gr (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 06.10** memberikan analtram TAB (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 06.11** memberikan Lactamam (oral) Hasil : Obat masuk melalui oral.

#### Evaluasi

S :- Klien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan teknik dengan pemberian aromaterapi lavender, klien mengatakan nyaman saat bergerak pada hari ke 2 post seksio sesarea, klien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri, duduk dan berjalan tanpa bantuan pada hari ke 3 post seksio sesarea, klien

mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya tanpa bantuan dari perawat dan keluarga pada hari ke 3 post seksio sesarea.

O : skala nyeri klien 2, klien sudah mampu miring kanan kiri, duduk dan berjalan tanpa bantuan, klien sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

A : Masalah Teratasi, Tujuan tercapai

P : Intervensi dihentikan

### **DX2 : Risiko Infeksi berhubungan dengan Trauma Jaringan/insisi pembedahan**

**Pukul 05.30** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 06.00** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 08.00** mengkaji tanda – tanda infeksi. Hasil : didapatkan nilai leukosit 1490\* (4800-10800/ul), Trombosit : 150000 (150000 – 400000), Limfosit 7\* (20 – 40%), Ureum 9\* (12 – 33 mg/dl) **Pukul 09.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 125/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 08.20** melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik. Hasil : luka insisi sepanjang 10cm **Pukul 10.00** mengkaji adanya rembesan dan pus. Hasil : rembesan tidak terjadi **Pukul 11.50** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 12.00** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 12.10** memberikan obat antibiotic ampicilin subactam 1,5gr/IV. Hasil : Obat antibiotic diberikan melalui intravena. **Pukul 14.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 120/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 17.45** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan. **Pukul 17.50** memberikan antibiotic ampicillin subactam 1,5gr (IV) Hasil : obat masuk melalui intravena dengan lancar. **Pukul 21.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 135/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 22.00** mengkaji tanda – tanda infeksi. Hasil : didapatkan nilai leukosit 1490\* (4800-10800/ul), Trombosit : 150000 (150000 – 400000), Limfosit 7\* (20 – 40%), Ureum 9\* (12 – 33 mg/dl). **Pukul 07.00** memberikan obat antibiotic ampicillin subactam 1,5gr (IV) Hasil

: obat masuk melalui intravena dengan lancar **Pukul 07.05** memberikan obat cefixime 200mg (oral) Hasil : Obat diminum setelah makan.

Evaluasi

S : -

O: Klien mengatakan luka op tidak ada rembesan, luka operasi membentuk horizontal ukuran  $\pm 10$ cm, luka tertutup terbalut kassa

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan

### **DX3 : Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kelemahan Fisik**

**Pukul 09.30** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 10.00** memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. Hasil : klien dapat melakukan pergerakan sedikit demi sedikit. **Pukul 15.30** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 16.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 120/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 16.00** menganjurkan melakukan mobilitas dini Hasil : klien melakukan mobilitas. **Pukul 17.30** mengkolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk meningkatkan mobilitas fisik Hasil : kolaborasi dengan ahli fisioterapi dilakukan. **Pukul 21.10** mengkaji tanda – tanda vital. Hasil : TD : 120/85mmhg, N : 86x/menit, S : 36°C. **Pukul 21.30** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas. **Pukul 22.00** memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. Hasil : klien dapat melakukan pergerakan sedikit demi sedikit. **Pukul 09.00** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Hasil : adanya keluhan untuk bergerak dan beraktifitas.

Evaluasi

S : Klien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri, klien sudah bisa berjalan tanpa bantuan suami dan keluarga

O : Klien tampak melakukan aktifitas sehari - hari secara mandiri

A : Masalah Teratasi

P : Intervensi dihentikan

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini penulis akan membahas perbandingan antara masalah proses asuhan keperawatan yang ditemukan di lapangan dengan teori, kasus dan hasil studi kasus terdahulu (jurnal terkait) pada pasien post partum tindakan seksio sesarea yang telah dilakukan pada tanggal 03 Mei 2023 sampai dengan 05 Mei 2023 di ruang perawatan lantai 1 paviliun iman sudjudi RSPAD Gatot Soebroto dimana dalam pembahasan ini sesuai dengan proses keperawatan yang meliputi : membuat pengkajian keperawatan, menegakan diagnosa keperawatan, melakukan pelaksanaan/implementasi, dan membuat evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pada hasil studi kasus yang dilakukan oleh penulis didapatkan data bahwa Ny.F berusia 37 tahun telah melakukan post partum tindakan seksio sesarea, data klien yang diambil saat dilakukan studi kasus dengan teori menurut Olfah & Gofur (2016) tidak ada kesenjangan antara teori dan studi kasus yang telah dilakukan oleh penulis.

Sedangkan pada teori yang dikemukakan sehingga pasien akan merasakan rasa nyeri. rasa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Robekan jaringan pada post persalinan Sectio Caesarea (SC) menyebabkan dampak fisiologis berupa nyeri. Nyeri post persalinan SC bisa ditangani dengan terapi Komplementer, adapun salah satunya yaitu dengan aromaterapi lavender. Hal ini dikuatkan oleh penelitian menurut Sholati, S. S., Susanti, S., Sugiyah, S., & Haniyah, S. 2023). Bahwa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis.



Berdasarkan data pengkajian yang didapatkan penulis saat melakukan studi kasus ini didapatkan bahwa klien dengan post partum tindakan seksio sesarea mengeluh nyeri.

Kesenjangan antara kasus dan teori adalah tidak adanya kesenjangan karena nyeri pada pasien sc disebabkan oleh stressor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Robekan jaringan pada post persalinan Sectio Caesarea (SC) menyebabkan dampak fisiologis berupa nyeri.

Terdapat kesenjangan komplikasi pada teori dan kasus yang terjadi pada pasien Plasenta previa. menurut teori adalah komplikasi pada ibu yang dapat terjadi adalah perdarahan antepartum dan post partum (kontraksi segmen bawah uterus kurang baik dan kemungkinan terjadinya plasenta previa), pada akhirnya dapat menyebabkan syok hingga membutuhkan transfusi darah,sepsis,trombofleblitis,histerektomi,endometritis,bahkan kematian ibu. Hal ini dikuatkan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Anumillah,dkk, 2022) sedangkan komplikasi pada kasus tidak membutuhkan transfuse darah. Dikarenakan pada kasus pasien tidak mengalami pendarahan selama proses sc berlangsung.

Pada pemeriksaan penunjang terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang terjadi pada pasien plasenta previa. Menurut teori adalah pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu Hemoglobin,Hematokrit untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan, leukosit,tes golongan darah, urinalisis/kultur urine,pemeriksaan elektrolit. Hal ini dikuatkan oleh falentina, D. (2019). Sedangkan pada kasus hanya dilakukan pemeriksaaan darah lengkap,ctg, dan usg saja. Bahwa dikarenakan pemeriksaan urinalisis/kultur urina merupakan pemeriksaan penunjang yang paling direkomendasikan untuk diagnosa masalah Kesehatan sebelum dilakukannya secio sesaria. Dibandingkan hanya darah lengkap saja.

Pada teori, tahap penatalaksanaan medis yang bisa dilakukan untuk pasien seksio sesaria adalah Analgesia (untuk menghilangkan rasa nyeri), Terapi cairan dan diet (dengan pemberian cairan infus RL), Laboratorium (untuk mengecek hb, ht, dan leukosit), Vesika urinaria dan usus (pemasangan kateter). Untuk penatalaksanaan keperawatan pada teori yaitu, pengkajian tanda-tanda vital, pengkajian skala nyeri, perawatan luka, perawatan payudara, membantu klien ambulasi/mobilisasi, mengajarkan teknik relaksasi, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian therapy, dan pemberian komunikasi dan edukasi. Dalam kasus, tidak ditemukan kesenjangan penatalaksanaan medis antara teori dan kasus karena pasien dilakukan pembedahan seksio sesaria merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin, Menurut (Dumillah, 2018) Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

Sehingga, dapat disimpulkan bahwa pada teori, hasil studi lapangan dan jurnal terkait pada klien dengan post partum tindakan seksio sesarea ditemukan adanya kesenjangan di bagian pemeriksaan penunjang dan komplikasi dan tidak terdapat perbedaan yang signifikan karena data pengkajian pada studi kasus yang ditemukan pada klien menunjukkan hal yang serupa.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Terdapat kesenjangan antara diagnose keperawatan teori dan kasus, dimana pada diagnose keperawatan teori terdapat empat diagnose keperawatan, sedangkan pada kasus hanya terdapat tiga diagnose keperawatan. Pada teori, masalah yang didapatkan paska operasi sc yaitu : Nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, konstipasi, ketidakefektifan menyusui. Namun, pada kasus ditemukan diagnose nyeri akut, resiko infeksi, dan mobilitas fisik. Diagnosa

keperawatan konstipasi tidak diangkat karena pada hari kedua operasi pasien BAB.

Berdasarkan asumsi pasien pada studi kasus ini diagnose keperawatan yang menjadi prioritas masalah yaitu nyeri akut, tetapi dengan tidak mengabaikan masalah keperawatan lainnya dan tetap melakukan intervensi keperawatan yang disusun sebelumnya. Menurut (Morales-Fernandez et al., 2016) Nyeri pasca bedah merupakan keluhan yang paling sering dikeluhkan oleh pasien pasca pembedahan pasien dan tetap menjadi masalah klinis yang besar apabila tidak diobati.

Pada kasus, diangkat keperawatan resiko infeksi setelah pasien mengalami prosedur invasive seperti operasi, pemasangan infus, pemasangan kateter, dan transfuse darah. menurut (sumarningsih et al., 2020), kontaminasi bakteri dari tempat bedah, yang dapat terjadi dengan berbagai cara diantaranya : kerusakan dinding viskus berongga, bakteri flora normal pada kulit dan Teknik bedah steril yang buruk sehingga dapat menyebabkan kontaminasi eksogen dari tim bedah, peralatan dan lingkungan sekitar menyebabkan infeksi. Factor resiko yang mempengaruhi terjadinya infeksi luka operasi terbagi menjadi factor resiko pasien dan factor prosedur. Factor pasien meliputi jenis operasi, skor ASA (American Society Anesthesiologist), usia, status nutrisi, obesitas, status imunitas, hiperglikemia, hipotermia, hypoxia, anemia, riwayat merokok, dan perdarahan. Sedangkan factor pembedahan meliputi lama dirawat sebelum operasi dan durasi operasi.

Pada kasus, diangkat keperawatan mobilitas fisik setelah pasien mengalami prosedur invasive seperti operasi, pemasangan infus, pemasangan kateter, dan transfuse darah. menurut (sumarningsih et al., 2020), kontaminasi bakteri dari tempat bedah, yang dapat terjadi dengan berbagai cara diantaranya : kerusakan dinding viskus berongga, bakteri flora normal pada kulit dan Teknik bedah steril yang buruk sehingga dapat menyebabkan kontaminasi eksogen dari tim bedah, peralatan dan lingkungan sekitar menyebabkan infeksi. Factor resiko yang mempengaruhi terjadinya infeksi luka operasi terbagi menjadi factor resiko pasien dan factor prosedur. Factor pasien meliputi jenis operasi, skor

ASA (American Society Anesthesiologist), usia, status nutrisi, obesitas, status imunitas, hiperglikemia, hipotermia, hypoxia, anemia, riwayat merokok, dan perdarahan. Sedangkan factor pembedahan meliputi lama dirawat sebelum operasi dan durasi operasi.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada studi kasus ini berfokus pada diagnose nyeri akut memiliki tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diharapkan klien nyeri menurun dan berkurang dengan kriteria hasil ttv klien dalam batas normal, dan nyeri berkurang. Intervensi yang direncanakan yaitu Kaji tanda – tanda vital, Kaji karakteristik nyeri, lokasi, kualitas dan frekuensi, Anjurkan klien teknik relaksasi dengan pemberian aromaterapi lavender jika nyeri timbul, Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan, dan kolaborasi berikan ketorolac 3x10gr, orinox 3x90mg, dan analtram 3x TAB.

Berdasarkan asumsi penulis, intervensi yang disusun yaitu secara mandiri dan kolaboratif. Dimana pada intervensi mandiri untuk diagnose keperawatan nyeri akut dilakukan dengan cara teknik relaksasi dengan aromaterapi, sedangkan pada intervensi pada kolaboratif dilakukan dengan pemberian analgetik. Hal ini dikuatkan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Anwar, M., Astuti, T., & Bangsawan, M. 2018). yang menunjukkan adanya pengaruh teknik relaksasi aromaterapi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien pasca sc.

Intervensi yang dilakukan dalam mencegah resiko infeksi adalah perawatan luka operasi seperti yang dijelaskan oleh (Risal Wintoko, 2020) bahwa perawatan luka yang optimal memiliki peran penting dalam proses penyembuhan luka agar dapat berlangsung dengan baik dan dalam waktu yang singkat sehingga tidak menurunkan produktivitas dan meningkatkan biaya perawatan luka.

Intervensi yang dilakukan untuk diagnose keperawatan mobilitas fisik adalah bantu pasien dapat miring kanan/kiri. Seperti yang tertulis oleh

(Rismawati ika,2021), Menurut (PPNI, 2016) gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Terdapat kesenjangan implementasi pada teori dengan kasus. Pada teori, implementasi tidak terbatas waktunya, sedangkan pada kasus waktu implementasi hanya 3x24 jam.

Berdasarkan asumsi penulis bahwa pada proses implementasi asuhan keperawatan Ny. F dengan plasenta previa post sc dalam mengetahui kebutuhan rasa nyaman:nyeri yang telah direncanakan sebelumnya memiliki kesimpulan bahwa Ny. F mampu melakukan teknik relaksasi aromaterapi secara mandiri dan hasil yang didapat terapi aromaterapi dapat menurunkan intensitas nyeri dari skala 6 menjadi 2. Pernyataan diatas dibuktikan dengan penelitian yang sesudah diberikan intervensi aromaterapi terhadap tngkat nyeri post sc hasil penelitian dari () bahwa aromaterapi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori Gate Control, bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan ini adalah disepanjang sistem saraf pusat. Teori ini di mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Salah satu cara menutup mekanisme pertahanan ini adalah dengan merangsang sekresi endorfin yang akan menghambat pelepasan substansi P. Teknik relaksasi aromaterapi dapat merangsang hormone endorphin sedikit merasakan nyeri lebih besar. Hal inilah yang menyebabkan adanya perbedaan perubahan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi aromaterapi.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk diagnose keperawatan resiko infeksi adalah perawatan luka memiliki kesimpulan luka tidak ada tanda, dan infeksi tidak berlanjut.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnose keperawatan mobilitas fisik pada kasus adalah dengan membantu pergerakan pasien mobilitas fisik adalah bantu pasien dapat miring kanan/kiri. Seperti yang tertulis oleh

(Rismawati ika,2021), bahwa untuk membantu pasien dapat miring kanan/kiri diperlukan bantuan dari tenaga Kesehatan setelah teridentifikasi kemampuan klien, tenaga Kesehatan khususnya keperawatan perlu melakukan evaluasi kemampuan tersebut, apabila sudah baik,maka dilanjutkan apabila masih belum cukup untuk menggerakkan badan maka dibantu.

## **E. Evaluasi Keperawatan**

Dalam melaksanakan evaluasi, penulis tidak mengalami hambatan. Hasil evaluasi pada diagnose keperawatan gangguan rasa nyaman: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post sc) yang sudah diimplementasikan selama tiga hari dilakukan evaluasi pada tanggal 05 mei dengan hasil nyeri sudah mulai berkurang. Sudah bisa istirahat dengan baik, saat ini nyerinya terasa seperti ditekan dengan jari kelingking, lebih tenang, skala nyeri 2, mampu melakukan Teknik relaksasi dengan aromaterapi, TD 125/85 mmHg, nadi 98x/menit, suhu 36,5C, RR 20x/menit, SPO 100%, dan SN 2. Maka intervensi dapat dipertahankan dan dilanjutkan sesuai kondisi pasien. Hal ini menunjukkan bahwa dengan dilakukan Tindakan keperawatan Teknik relaksasi dengan aromaterapi dapat mengurangi intensitas nyeri pasien dari skala 6 menjadi 2. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Budiyanto et al., 2015) bahwa skala nyeri sebelum diberikan Teknik relaksasi aromaterapi adalah 6 dan sesudah tindakan adalah 2.

Pada tahap proses keperawatan yang kelima penulis akan melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang ditemukan baik melakukan evaluasi formatif maupun evaluasi sumatif. Setelah membandingkan evaluasi antara hasil penelitian lapangan, asuhan keperawatan teori dan penelitian terdahulu evaluasi yang didapatkan yaitu masalah teratasi tujuan tercapai.

Berdasarkan hasil studi kasus yang penulis lakukan dan jurnal penelitian terdahulu dengan pasien Ny. F post partum tindakan seksio sesarea dalam melakukan pemberian aromaterapi untuk mengurangi nyeri. Disebabkan oleh tindakan untuk mengkaji secara komprehensif. Sehingga tidak terdapat kesenjangan evaluasi pada tiga diagnose keperawatan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan hasil dari pembahasan yang telah dilakukan dan akan memberikan beberapa saran yang dapat bermanfaat dalam keberhasilan studi kasus yang telah dilakukan oleh penulis.

#### **A. Kesimpulan**

Saat penulis memberikan asuhan keperawatan kepada Ny. F dan melakukan pembahasan antara teori dan kasus, maka penulis dapat mengambil keputusan sebagai berikut. Pada pengkajian tidak ditemukan adanya kesenjangan dan tidak terdapat perbedaan yang disignifikan karena data pengkajian pada studi kasus yang ditemukan pada klien menunjukkan hal yang serupa.

Pada diagnosa keperawatan tidak ditemukan adanya perbedaan batasan karakteristik pada teori dan kasus. Pada diagnosa tidak ditemukan adanya kesenjangan dan tidak terdapat perbedaan yang disignifikan karena data pengkajian pada studi kasus yang ditemukan pada klien menunjukkan hal yang serupa.

Pada intervensi tidak ditemukan adanya kesenjangan dan tidak terdapat perbedaan yang disignifikan karena data pengkajian pada studi kasus yang ditemukan pada klien menunjukkan hal yang serupa.

Pada saat melakukan penelitian lapangan tidak ditemukan adanya faktor penghambat dalam melaksanakan tindakan keperawatan sehingga penulis dapat melakukannya secara maksimal, faktor pendukung yaitu klien dan keluarga yang kooperatif dan menerima setiap tindakan yang diberikan serta perawat ruangan yang senantiasa dapat bekerjasama dengan penulis dalam memberikan tindakan keperawatan.

Setelah membandingkan evaluasi antara hasil penelitian lapangan, asuhan keperawatan teori dan penelitian terdahulu evaluasi yang didapatkan yaitu masalah teratasi tujuan tercapai.

## **B. Saran**

### 1. Bagi masyarakat

Diharapkan studi kasus yang sudah dilakukan oleh penulis ini dapat lebih tersosialisasi kepada masyarakat dengan cara penerapan secara langsung.

### 2. Bagi pengembangan Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi Keperawatan

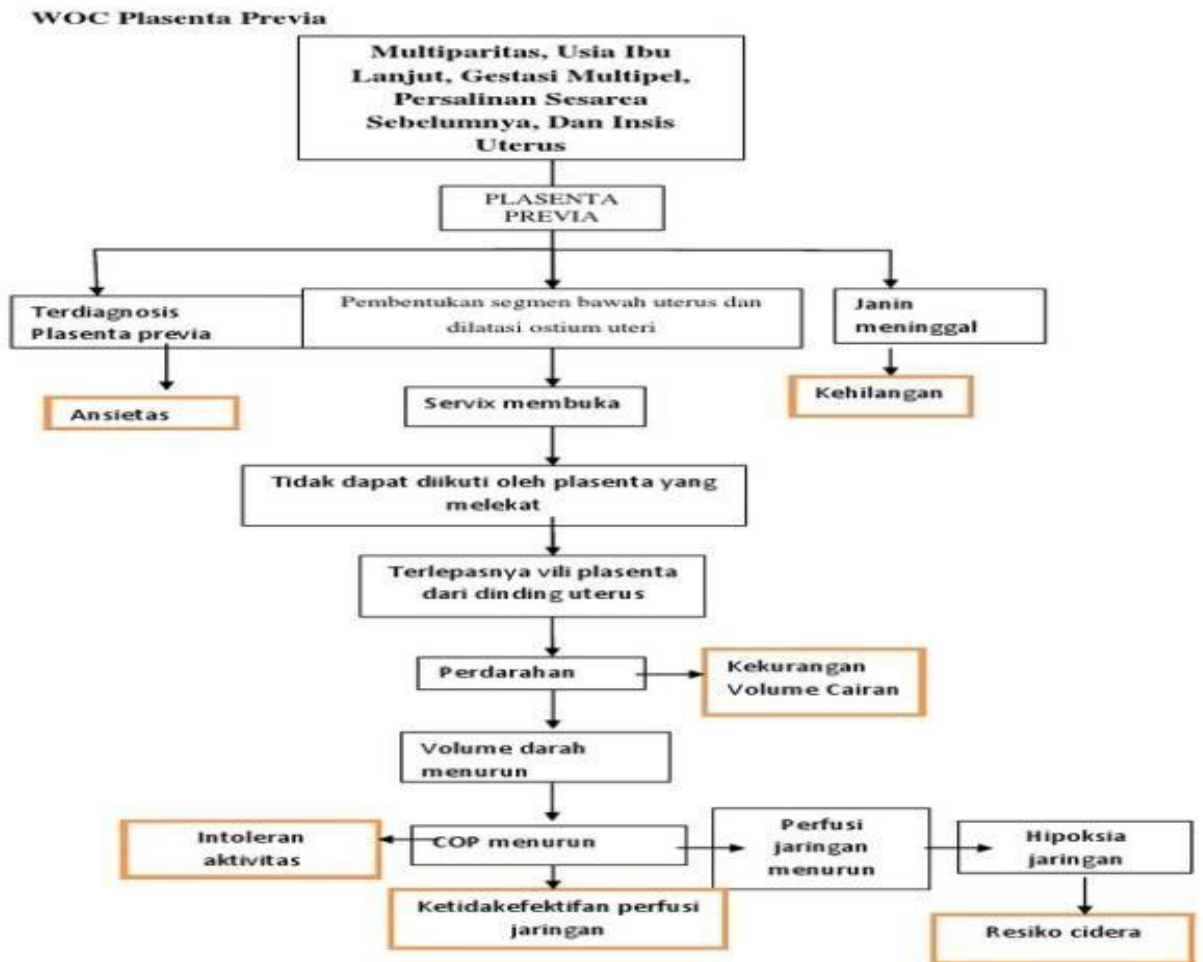
Diharapkan agar pengembangan ilmu dan pengetahuan dan teknologi menambah keluasan ilmu pengetahuan serta teknologi terapan di bidang keperawatan serta dapat menjadi masukan mengenai penerapan dalam melakukan mobilisasi pasca operasi seksio sesarea pada kasus – kasus lainnya.

### 3. Bagi peneliti Selanjutnya

Diharapkan pada peneliti selanjutnya dapat meninggalkan kualitas dalam melakukan peneliti selanjutnya di kemudian hari agar hasil yang didapatkan maksimal



## PATHWAY



Lampiran 1 pathway

<b>LAPORAN PEMBEDAHAN</b>	<b>Nama : Ny. Fitri Rahmawati</b> <b>NO. RM : 01109430</b> <b>Tgl Lahir : 18 -06 - 1986</b>
---------------------------	---

<b>Tanggal Pembedahan :</b>	Jam : 11.10
<b>Ahli Bedah :</b>	Intrumentator : Zr. Rury
<b>Macam Pembedahan :</b>	Bersih Besar Berencana
<b>Diagnosa Pra Bedah</b>	G5P2A2 hamil 38 minggu BSC 2 kali dengan plasenta previa lateral, inpartu
<b>Tindakan Pembedahan</b>	Sectio Sesaria + Fimbriaektomi Bilateral + Lisis perlekatan
<b>Diagnosa Pasca Bedah</b>	Post SC ai BSC 2 kali dengan PP lateralis + perlekatan berat dikorpus belakang kiri

Ahli Bius	Cara Pembedahan :	Mulai	Selesai	Lama pembedahan	OK
Dr. Sudaryadi SpAN, KIC	Spinal Posisi : Supine	11.10	12.10	1 jam 0 menit	XIV

**Uraian Pembedahan :**

- Uraian dimulai dari bagian tubuh yang dibedah, cara penemuan Tindakan yang dilakukan, explorasi, indikasi, dan Tindakan macam penutupan luka, dengan lengkap dan jelas, yang keluar jaringan yang dikeluarkan drainage, darah
- Pasien terlentang anastesi umum
- A dan anti sepsis daerah operasi
- Insisi pfanenstell pada bekas operasi sebelumnya
- Abdomen dibuka lapis demi lapis
- Setelah peritoneum dibuka, tampak uterus gravidus
- Dilakukan sayatan SBU semilunar
- Janin dilahirkan dengan meluksir bokong
- Plasenta lahir lengkap/ berimplantasi dilaterlis menutupi Sebagian OUI
- Ketuban cukup
- Kedua sudut dijahit homeostasis
- SBU dijahit 2 lapis
- Dilanjutkan fimbriaektomi bilateral. Tba kanan menempel erat dengan endometriosis dan pelekatan. Ovarium kanan sulit diidentifikasi
- Dipastikan tidak ada perdarahan, alat dan kassa lengkap
- Abdomen ditutup lapis demi lapis

<ul style="list-style-type: none"><li>• Perdarahan 300cc</li></ul>
<b>Komplikasi :</b> Tidak Ada
<b>Jaringan dikirim ke patologi : Ya</b> <b>Asal Jaringan :</b> <b>Fimbrae Bilateral</b>

## Lampiran 2 Laporan Pembedahan

<b>DISCHARGE PLANNING</b>	<b>Nama : Ny. F</b> <b>No. RM :</b> <b>Tgl lahir :</b>  <div style="text-align: right;">▪ <b>Perempuan</b></div>
---------------------------	--

Dibutuhkan Perencanaan pulang khusus (jika memenuhi salah satu kriteria)	a. Usia lanjut (60 tahun atau lebih) : TIDAK b. Hambatan Mobilisasi : TIDAK c. Membutuhkan pelayanan medis dan perawatan berkelanjutan : TIDAK c. Tergantung dengan orang lain dalam aktivitas harian : TIDAK
Transportasi Pulang	Mandiri
Orang Yang Mendampingi Dan Merawat Dirumah	Keluarga
Masalah Keperawatan Pada Saat Di Rumah Sakit	Nyeri Luka Operasi SC
Evaluasi Keperawatan	Nyeri berkurang
Obat – obatan yang dikonsumsi	Cefixime 2x200mg, Keterolac 3x10gr
Diet Khusus Pasien Di Rumah	Tinggi Protein dan Kaya serat
Perawatan / Peralatan Medis Di Rumah	-
Pendidikan Kesehatan Di Rumah	Kebersihan Vagina
Barang Dan Hasil Pemeriksaan Yang Diserahkan Pada Pasien / Keluarga	Lembar Pengambilan PA

Jadwal Control Berikutnya

Tanggal	Hari	Jam	Poliklinik	Bagian
14/5/2023	Senin	07.00	Kebidanan	Kebidanan

Intruksi diberikan kepada : keluarga & pasien

Lampiran 3 Discharge Planning

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, R. R., Koeryaman, M. T., & Amira, I. (2020). Gambaran Tingkat Cemas, Mobilisasi, Dan Nyeri Pada Ibu Post Operasi Sectio Sesarea Di Rsud Dr. Slamet Garut. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada : Jurnal Ilmu Ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan Dan Farmasi*, 20, 223–234. <https://doi.org/10.37304/jkupr.v10i1.4219>
- Arda, D., & Hartaty, H. (2021a). Pendahuluan Metode Hasil Dan Pembahasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10, 447–451. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.631>
- Arda, D., & Hartaty, H. (2021b). Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea Dalam Indikasi Preeklampsia Berat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.631>
- Asih, Y., & Idawati, I. (2017). Riwayat Kuretase Dan Seksio Caesaria Pada Pasien Dengan Plasenta Previa Dirumah Sakit Provinsi Lampung. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*. <https://ejournal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/jkep/article/view/596>
- Bryan Azarya, D. (2019). Gambaran Tingkat Nyeri Anak Usia Pra Sekolah Yang Dilakukan Prosedur Invasif Di Ruang Nusa Indah Rumah Sakit Dr. Soepraoen Malang. <http://www.repository.poltekkes-soepraoen.ac.id/>
- Dewi, S. S. S., & Novita Sari Batubara. (2019). Efektifitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Pasien Pasca Seksio Sesarea Di Rsud Kota Padangsidempuan. *Jurnal Education And Development*, 7(4), 95–100. <https://doi.org/10.37081/ed.v7i4.1351>
- Indriyanni, S. R. I. (2019). Pengaruh Kombinasi Slow Deep Breathing Dan Aromaterapi Lavender Terhadap Skala Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea.
- Lubis Pn. (2020). Diagnosis Dan Tatalaksana Mioma Uteri. *Cermin Dunia Kedokteran*, 3(3), 196–200.
- Rahmawati, I. (2010). Lemon Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea ( Sc) Di Rumah Sakit Budi Rahayu Kota Magelang. 10–16.
- Roni, R. W., Waluyo, F., & Pujojati, W. (2013). Plasenta Previa Totalis Dengan Komplikasi Perdarahan Post Partum Pada Multipara Di Usia Kehamilan 39 Minggu At 39 Weeks Gestation On Multiparous. 144–149.
- Tirtawati, G. A., Purwandari, A., & Yusuf, N. H. (2020). Efektivitas Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea. 7, 1–7.

Weldimira, V., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2015). Wanita Usia 36 Tahun, Hamil 35 Minggu Dengan Plasenta Previa Dan Janin Letak Lintang Vira Weldimira Fakultas Kedokteran , Universitas Lampung A 36 Years Pregnant Woman In 35 Weeks Of Gestation With Placenta Previa And Transversal Fetus Position. 4.

Yunita Rizqi, W. (2016). Upaya Pencegahan Infeksi Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Rsu Assalam Gemolong.  
[Http://Eprints.Ums.Ac.Id/Id/Eprint/44470](http://Eprints.Ums.Ac.Id/Id/Eprint/44470)