

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus sehingga janin dapat lahir secara utuh dan sehat (Jitawiyono, 2017).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Trirestuti, 2018). Salah satu cara persalinan dengan *section caesarea* yaitu proses persalinan dengan melalui pembedahan dengan melakukan irisan diperut ibu (*laparotomi*) dan rahim (*histekrotomi*) untuk mengeluarkan bayi. Bedah *sectio caesarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko komplikasi medis lainnya.

Berdasarkan kondisi pasien, tindakan *Sectio Caesarea (SC)* dibedakan menjadi dua yaitu, *sectio caesarea* terencana (elektif) dan *sectio caesarea* darurat (emergensi). *Sectio caesarea* terencana (elektif) merupakan tindakan operasi yang sudah direncanakan jauh-jauh hari sebelumnya sedangkan *section caesarea* darurat (emergensi) adalah tindakan operasi yang didasarkan pada kondisi ibu saat tersebut (Basmanelly. Sari & Malini, 2017)

World Health Organization (WHO) (2013) menyatakan bahwa ibu hamil yang dilakukan tindakan *operasi sectio caesarea* meningkat 5 kali lipat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Selain itu menurut WHO prevalensi *sectio caesarea* meningkat 46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa, dan Amerika Latin. Penelitian yang dilakukan oleh Suryati (2012) bahwa angka persalinan *sectio caesarea* di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO sebesar 5-15%. Standar *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah kira-kira 11% sementara rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (WHO, 2015). Data dan Informasi dari Kemenkes RI, (2017) estimasi jumlah ibu bersalin/nifas menurut Provinsi Tahun 2017 sebanyak 5.082.537 ibu.

Hasil Riset kesehatan dasar/Riskesdas 2019 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Angka persalinan ibu di Indonesia tahun 2019 mencapai 79,3% (RISKESDAS, 2019). Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta(27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI, 2018). Di Provinsi Jawa Timur prevelensi diabetes militus sebanyak 6,8%(Suwiawati Eni, Ardiani Hanifah, 2020). Pada tahun 2019 ibu melahirkan dengan metode *sectio caesarea* mencapai 25 ibu di kabupaten Banyuwangi (Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, 2020). Jumlah ibu melahirkan dengan metode *sectio caesarea* di RSUD Genteng Banyuwangi pada tahun 2020 mencapai 162 ibu. Pada tahun 2021 (Januari – September) mencapai 98 ibu hamil.

Melahirkan dengan cara operasi memang lebih cepat dan mudah. Namun, bukan berarti dengan operasi sectio caesarea ibu akan terbebas dari rasa nyeri. Melahirkan dengan sectio caesarea memerlukan waktu penyembuhan luka uterus/rahim yang lebih lama dari pada persalinan normal. Selama luka belum benar-benar sembuh, rasa nyeri bisa saja timbul pada luka operasi. Bahkan menurut pengakuan para ibu yang melahirkan bayinya dengan menggunakan prosedur operasi, rasa nyeri memang kerap terasa sampai beberapa hari setelah operasi, sehingga nyeri berpengaruh negatif dan mengganggu kenyamanan bagi individu yang merasakan (Nopi, 2017).

Setiap individu membutuhkan rasa nyaman. Kebutuhan rasa nyaman di persepsikan berbeda setiap individu. Nyeri merupakan alasan yang paling umum orang mencari perawatan kesehatan. Walaupun merupakan salah satu gejala yang paling terjadi di bidang medis, nyeri merupakan salah satu yang paling sedikit dipahami. Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri. Perawat menggunakan berbagai intervensi untuk menghilangkan nyeri atau mengembalikan kenyamanan.

Salah satu masalah keperawatan yang muncul pada ibu post partum sectio caesarea adalah masalah gangguan rasa nyaman (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Upaya-upaya dalam penatalaksanaan gangguan rasa nyaman pada ibu post partum sebagai seorang perawat yaitu secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penulis melaksanakan peran perawat dalam

upaya promotif pada kasus ini dengan memberikan edukasi dalam merileksasikan diri agar ibu merasakan kenyamanan kembali, mengajarkan cara atau koping yang tepat sehingga ibu dapat merasa nyaman pasca operasi.

Upaya preventif yaitu promosi kesehatan untuk pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit, dengan sasaran kelompok orang yang memiliki risiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit (Agustini, 2019). Perawat juga berperan dalam segi preventif perawat dapat memantau kontraksi uterus agar tidak terjadi komplikasi lanjut yaitu seperti perdarahan (Simanjuntak & Wulandari, 2017). Penulis melaksanakan peran perawat dalam upaya preventif adalah dengan memantau kontraksi uterus agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut seperti pemeriksaan TFU, lokea, perdarahan dan menyarankan untuk ibu meminum 8 gelas air putih perhari.

Upaya kuratif yaitu promosi kesehatan untuk mencegah penyakit lebih parah melalui pengobatan. Perawat juga mempunyai peran dalam segi kuratif atau pengobatan, perawat berkolaborasi untuk pemberian analgesik pasca operasi, pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi pada bekas luka operasi dan perawatan pada luka bekas operasi (Simanjuntak & Wulandari, 2017). Penulis melaksanakan pada klien dengan post *sectio caesarea* hari pertama dan dilakukan pengkajian dan didapatkan data klien masih mengeluh nyeri dibagian luka post operasi dan perawat melakukan perannya dengan berkolaborasi pemberian injeksi ketorolac untuk mengatasi nyeri pada klien tersebut.

Upaya rehabilitatif yaitu upaya kesehatan yang bercakupan dan bersifat pemeliharaan kesehatan (Tiraihati, 2017). Peran perawat dari segi rehabilitatif yaitu menganjurkan klien untuk melakukan ambulasi dini (Simanjuntak & Wulandari, 2017). Penulis melakukan upaya rehabilitatif dengan membantu mobilisasi seperti melakukan pergerakan miring ke kanan dan miring ke kiri pada enam jam pertama setelah operasi.

Intervensi yang dilakukan pada pasien dengan gangguan rasa nyaman diantaranya observasi, identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal. Diskusikan kondisi stress yang membuat pasien mengalami gangguan rasa nyaman (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018). Dari uraian diatas peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini di batasi pada “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Di RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022”

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Di RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022.

1.4.1 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022
2. Menetapkan diagnosis keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022
3. Menyusun perencanaan keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022
4. Melaksanakan tindakan keperawatan Maternitas pada Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022

5. Melakukan evaluasi pada pasien Maternitas pada pasien Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Studi kasus di harapkan dapat memberikan informasi tentang pasien ibu post *sectio caesarea* dengan gangguan rasa nyaman sehingga bisa di kembangkan dan dijadikan dasar dalam ilmu keperawatan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Studi kasus ini di harapkan dapat memberikan masukan bagi tenaga kesehatan dalam rangka upaya meningkatkan pemberian asuhan keperawatan maternitas pada pasien ibu post *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman.

2. Bagi Puskesmas

Adanya studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk mengoptimalkan dalam memberikan pelayanan dan pencegahan khususnya pada kasus asuhan keperawatan maternitas pada pasien ibu post *sectio caesarea* dengan gangguan rasa nyaman.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi untuk meningkatkan mutu dan kualitas proses belajar mengenai asuhan keperawatan maternitas pada pasien ibu post *sectio caesarea* dengan gangguan rasa nyaman.

4. Bagi Klien

Studi kasus ini di harapkan klien mendapatkan asuhan keperawatan yang profesional agar ibu post *sectio caesarea* dapat memiliki pengetahuan lebih tentang gangguan rasa nyaman yang dialami.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Post *Sectio Caesarea*

2.1.1 Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin dengan insisi melalui jalur abdomen dan uterus sehingga janin dapat lahir secara utuh dan sehat (Jitawiyono, 2017)

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 post partum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020)

2.1.2 Klasifikasi *Sectio Caesarea*

a) *Sectio caesarea* klasik atau korporal. (Solehati, 2017)

Ciri *sectio caesarea* klasik ini adalah dengan panjang sayatan kira-kira 10 cm yang memanjang pada korpus uteri. Untuk mencegah masuknya air ketuban dan darah ke rongga perut maka setelah dinding perut dan peritoneum parietal tersayat dan terbuka pada garis tengahnya harus dibalut beberapa kain kasa panjang yang mencakup antara dinding perut serta dinding uterus. Pada

bagian ujung bawah di atas batas plika vesiko uterina diberikan sayatan insisi pada bagian tengah korpus uteri dengan panjang 10-12cm. untuk mengisap air ketuban sebanyak mungkin maka dibuatlah lubang kecil pada kantong ketuban; kemudian lubang ini dilebarkan, dan untuk memudahkan tindakan-tindakan selanjutnya maka janin dilahirkan dari rongga perut. Plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan secara manual serta berikan suntikan 10 oksitosin dalam dinding uterus atau intravena. selanjutnya dinding uterus tersebut ditutup dengan jahitan catgut yang kuat dalam dua lapisan; lapisan awal atau pertama terdiri atas jahitan simpul dan lapisan kedua atas jahitan menerus. Selanjutnya diadakan jahitan menerus dengan catgut yang lebih tipis, yang mengikut sertakan peritoneum serta bagian luar miomertrium dan yang menutup jahitan yang terlebih dahulu dengan rapi. Akhirnya dinding perut ditutup secara biasa.

b) *Sectio caesarea transperitonealis profunda*. (Solehati, 2017)

Cirinya adalah sayatan yang melintang konkaf di segmen bawah rahim yang panjangnya kira-kira 10. ibu disuruh berbaring dalam keadaan trendelenburg ringan dan dipasang dauercatheter. Di dinding perut pada bagian garis tengah dari simfisis sampai beberapa sentimeter di bawah pusat diberikan insisi. Dengan satu kain kasa panjang atau lebihmaka dipasang spekulum perut serta lapangan operasi dipisahkan dari rongga perut, itu dilakukan setelah peritoneum dibuka. Peritoneum pada dinding uterus depan

dan bawah dipegang dengan pinset, plika vesiko-uterina dibuka dan ibnsisi ini diteruskan melintang jauh ke lateral; kemudian kandung kencing dengan peritoneum di depan uterus didorong ke bawah dengan jari.

2.1.3 Etiologi *Sectio Caesarea*

Etiologi *Sectio Caesarea* terdapat dua faktor yaitu :

- a. Etiologi *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir.
- b. Etiologi yang berasal dari janin Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan Fisiologis Masa Nifas Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (human chorionic gonadotropin), human

plasental lactogen, estrogen dan progesteron menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil (Walyani, 2017)

Perubahan- perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) yaitu:

a. 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. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Menurut Walyani (2017) uterus berangsur- angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil:

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.

- 3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gr.
- 4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- 5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran dan konsistensi antara lain:

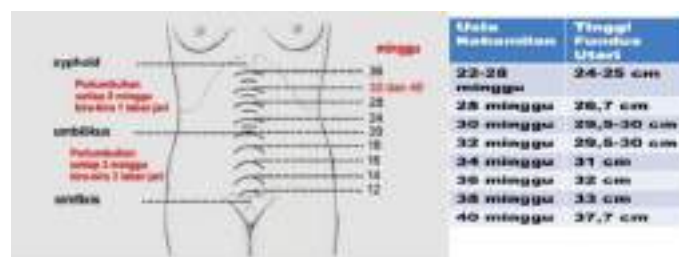
- 1) Penentuan lokasi uterus

Dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada digaris tengah abdomen/ bergeser ke salah satu sisi.

- 2) Penentuan ukuran uterus

Dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.

- 3) Penentuan konsistensi uterus Ada 2 ciri konsistensi uterus yaitu uterus keras teraba sekeras batu dan uterus lunak.



Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri Serviks

b. 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 dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

c. Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm.

Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali

kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur- angsur akan muncul kembali.

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea.

Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Lochea rubra/ kruenta

Timbul pada hari 1- 2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, sel- sel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum

2) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

3) Lochea serosa

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.

4) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih (Walyani, 2017)

Normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk.



Gambar 2.1 Warna Lochea

d. Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

e. Payudara (mamae)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu sata diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan

laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- 1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Walyani, 2017)

f. Tanda- tanda vital

Perubahan tanda- tanda vital menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) antara lain:

1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan suhu tubuh dapat meningkat $37,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38°C . Setelah 12 jam persalinan suhu tubuh akan kembali seperti keadaan semula.

2) Nadi

Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal.

3) Tekanan darah

Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

4) Pernafasan

Pada saat partus frekuensi pernapasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/ mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus frekuensi pernafasan akan kembali normal.

g. Sistem peredaran darah (Kardiovaskuler)

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

h. Sistem pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi (section aesarea) 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. Buang air besar biasanya mengalami perubahan pada 1- 3 hari post partum, hal ini disebabkan terjadinya 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/ 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.

i. Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12- 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Uterus yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

j. Sistem integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mamae, dinding perut dan beberapa lipatan

sendiri karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas.

k. Sistem musculoskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4- 8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

1.1.5 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) yaitu:

a. Kebutuhan nutrisi

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat- zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi. Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat- zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi.

Kebutuhan kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 kg diperkirakan sekitar 2200 kalori/ hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk membeikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya.

b. Kebutuhan cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh ibu tidak dehidrasi. Ibu dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari postpartum. Minum kapsul Vit A (200.000 unit)

c. Kebutuhan ambulasi

Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan- lahan dan bertahap. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu dan berangsur- angsur untuk berdiri dan jalan. Mobilisasi dini bermanfaat untuk:

- 1) Melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium.
- 2) Ibu merasa lebih sehat dan kuat.

- 3) Mempercepat involusi alat kandungan.
- 4) Fungsi usus, sirkulasi, paru- paru dan perkemihan lebih baik.
- 5) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.
- 6) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- 7) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai (Walyani, 2017)

d. Kebutuhan eliminasi

Pada kala IV persalinan pemantauan urin dilakukan selama 2jam, setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit sekali pada jam berikutnya. Pemantauan urin dilakukan untuk memastikan kandung kemih tetap kosong sehingga uterus dapat berkontraksi dengan baik. Dengan adanya kontraksi uterus yang adekuat diharapkan perdarahan postpartum dapat dihindari.

Memasuki masa nifas, ibu diharapkan untuk berkemih dalam 6- 8 jam pertama. Pengeluaran urin masih tetap dipantau dan diharapkan setiap kali berkemih urin yang keluar minimal sekitar 150 ml. Ibu nifas yang mengalami kesulitan dalam berkemih kemungkinan disebabkan oleh menurunnya tonus otot kandung kemih, adanya edema akibat trauma persalinan dan rasa takut timbulnya rasa nyeri setiap kali berkemih.

Kebutuhan untuk defekasi biasanya timbul pada hari pertamanya sampai hari ke tiga postpartum. Kebutuhan ini dapat terpenuhi bila ibu mengonsumsi makanan yang mengandung

tinggi serat, cukup cairan dan melakukan mobilisasi dengan baik dan benar. Bila lebih dari waktu tersebut ibu belum mengalami defekasi mungkin perlu diberikan obat pencahar.

e. Kebersihan diri

Pada masa nifas yang berlangsung selama lebih kurang 40 hari, kebersihan vagina perlu mendapat perhatian lebih. Vagina merupakan bagian dari jalan lahir yang dilewati janin pada saat proses persalinan. Kebersihan vagina yang tidak terjaga dengan baik pada masa nifas dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada vagina itu sendiri yang dapat meluas sampai ke rahim.

Alasan perlunya meningkatkan kebersihan vagina pada masa nifas adalah:

- 1) Adanya darah dan cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas yang disebut lochea.
- 2) Secara anatomis, letak vagina berdekatan dengan saluran buang air kecil (meatus eksternus uretrae) dan buang air besar (anus) yang setiap hari kita lakukan. Kedua saluran tersebut merupakan saluran pembuangan (muara ekskreta) dan banyak mengandung mikroorganisme patogen.
- 3) Adanya luka/ trauma di daerah perineum yang terjadi akibat proses persalinan dan bila terkena kotoran dapat terinfeksi.

- 4) Vagina merupakan organ terbuka yang mudah dimasuki mikroorganismenya yang dapat menjalar ke rahim (Maritalia, 2012).

Untuk menjaga kebersihan vagina pada masa nifas dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Setiap selesai BAK atau BAB siramlah mulut vagina dengan air bersih. Basuh dari arah depan ke belakang hingga tidak ada sisa-sisa kotoran yang menempel disekitar vagina baik itu urin maupun feses yang mengandung mikroorganismenya dan bisa menimbulkan infeksi pada luka jahitan
- 2) Bila keadaan vagina terlalu kotor, cucilah dengan sabun atau cairan antiseptik yang berfungsi untuk menghilangkan mikroorganismenya yang terlanjur berkembangbiak di daerah tersebut
- 3) Bila keadaan luka perineum terlalu luas atau ibu dilakukan episiotomi, upaya untuk menjaga kebersihan vagina dapat dilakukan dengan cara duduk berendam dalam cairan antiseptik selama 10 menit setelah BAK atau BAB.
- 4) Mengganti pembalut setiap selesai membersihkan vagina agar mikroorganismenya yang ada pada pembalut tersebut tidak ikut terbawa ke vagina yang baru dibersihkan

5) Keringkan vagina dengan tisu atau handuk lembut setiap kali selesai membasuh agar tetap kering dan kemudian kenakan pembalut yang baru. Pembalut harus diganti setiap selesai BAK atau BAB atau minimal 3 jam sekali atau bila ibu sudah merasa tidak nyaman

f. Kebutuhan perawatan payudara

Menurut Walyani (2017) kebutuhan perawatan payudara pada ibu masa nifas antara lain:

- 1) Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
- 2) Bila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara: pembalutan mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet Lynoral dan Pardolel.
- 3) Ibu menyusui harus menjaga payudaranya untuk tetap bersih dan kering.
- 4) Menggunakan bra yang menyongkong payudara.
- 5) Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui, kemudian apabila lecetnya sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. Asi dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok. Selain itu, untuk

menghilangkan rasa nyeri dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam.

g. Rencana KB

Rencana KB setelah ibu melahirkan sangatlah penting, dikarenakan secara tidak langsung KB dapat membantu ibu untuk dapat merawat anaknya dengan baik serta mengistirahatkan alat kandungnya.

1.1.6 Ketidaknyamanan Masa Nifas

Ketidaknyamanan Masa Nifas disebabkan oleh trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, dan faktor budaya (PPNI, 2016).

Menurut Varney (2008) terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas. Meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna.

1) Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara

bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu refleks let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

2) Keringat berlebih

Ibu Nifas mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

3) Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga

post partum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri luka sayatan operasi

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat sayatan luka operasi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa keadaan abdomen sebelum dilakukan insisi. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

5) Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat untuk persalinan spontan.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan trauma dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan.

1.1.7 Tanda Bahaya Post Sectio Caesarea

Menurut Depkes, tanda bahaya yang dapat timbul dalam masa nifas seperti perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari

jalan lahir, demam, bengkak di muka, tangan atau kaki, disertai kait kepala dan atau kejang, nyeri atau panas di daerah tungkai, payudara bengkak, berwarna kemerahan dan sakit, puting lecet. Ibu mengalami depresi (Depkes, 2015)

Sectio Caesarea dilakukan dengan memberikan sayatan pada abdomen dan mengeluarkan janin dari uterus, setelah bayi lahir robekan atau sayatan ditutup dengan jahitan. Oleh karena itu rentan bagi ibu post *sc* mengalami infeksi pada bagian bekas luka operasi.

Tanda dan Gejala yang lazim terjadi, pada infeksi menurut (Smeltzer, 2002) sebagai berikut :

a. Rubor

Rubor atau kemerahan merupakan hal yang pertama yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan. Saat reaksi peradangan timbul, terjadi pelebaran arteriola yang mensuplai darah ke daerah peradangan. Sehingga lebih banyak darah mengalir ke mikrosirkulasi local dan kapiler meregang dengan cepat terisi penuh dengan darah. Keadaan ini disebut hyperemia atau kongesti, menyebabkan warna merah local karena peradangan akut.

b. Kalor

Kalor terjadi bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut. Kalor disebabkan pula oleh sirkulasi darah yang

meningkat. Sebab darah yang memiliki suhu 37 derajat celcius disalurkan ke permukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak daripada ke daerah normal.

c. Dolor

Perubahan pH local atau konsentrasi local ion-ion tertentu dapat merangsang ujung-ujung saraf. Pengeluaran zat seperti histamine atau bioaktif lainnya dapat merangsang saraf. Rasa sakit disebabkan pula oleh tekanan meninggi akibat pembengkakan jaringan yang meradang.

d. Tumor

Pembengkakan sebagian disebabkan hiperemi dan sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringan interstitial.

e. Functio Laesa

Merupakan reaksi peradangan yang telah dikenal. Akan tetapi belum diketahui secara mendalam mekanisme terganggunya fungsi jaringan yang meradang.

1.1.8 Komplikasi Sectio Caesarea

Komplikasi pada sectio caesarea menurut (Mochtar, 2013, hal. 87) adalah sebagai berikut :

a. Infeksi Puerferral (nifas)

- 1) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.
- 2) Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- 3) Berat dengan peritonitis, sepsidan illeus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.

b. Perdarahan karena :

- 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
- 2) Atonia uteri.
- 3) Perdarahan pada placentar bed.

c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang

1.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. USG

Teknik diagnostic untuk pengujian struktur badan bagian yang melibatkan formasi bayangan dua dimensi dengan gelombang ultrasonic.

2. Pemeriksaan Hb, Gula Darah

Pemeriksaan Hb dilakukan 2 kali selama kehamilan. Pada trimester pertama dan pada kehamilan 30 minggu, karena pada usia 30 minggu terjadi puncak hemodilusi. Ibu dikatakan anemia ringan Hb <11 gr% dan anemia berat <8 gr%. Dilakukan juga pemeriksaan golongan darah, protein dan kadar glukosa pada urin.

1.2 Konsep Gangguan Rasa Nyaman

2.2.1 Pengertian Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya (Keliat dkk., 2015). Menurut (Keliat dkk., 2015) gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut. Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

2.2.2 Klasifikasi Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah, & Mulyaningrum, 2013)

Gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri Kronis

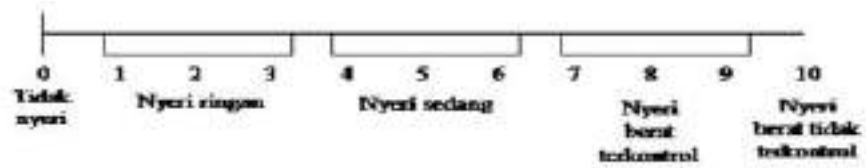
Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.

2.2.3 Pengukuran Skala Nyeri Persalinan

Pengukuran skala nyeri persalinan Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian Numeric Rating Scale (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. (Abarca, 2021)



Gambar 2.2 Skala Nyeri Numerik

Keterangan :

0 : Tidak Nyeri

1- 3 : Nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4 - 6 :Nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai,dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik

7 - 9 : Nyeri Hebat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas panjang dan distraksi.

10 :Nyeri sangat Hebat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

2.2.4 Etiologi Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab Gangguan Rasa Nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit.
- b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
- d. Kurangnya privasi.
- e. Gangguan stimulasi lingkungan.
- f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
- g. Gangguan adaptasi kehamilan.

2.2.5 Patofisiologis

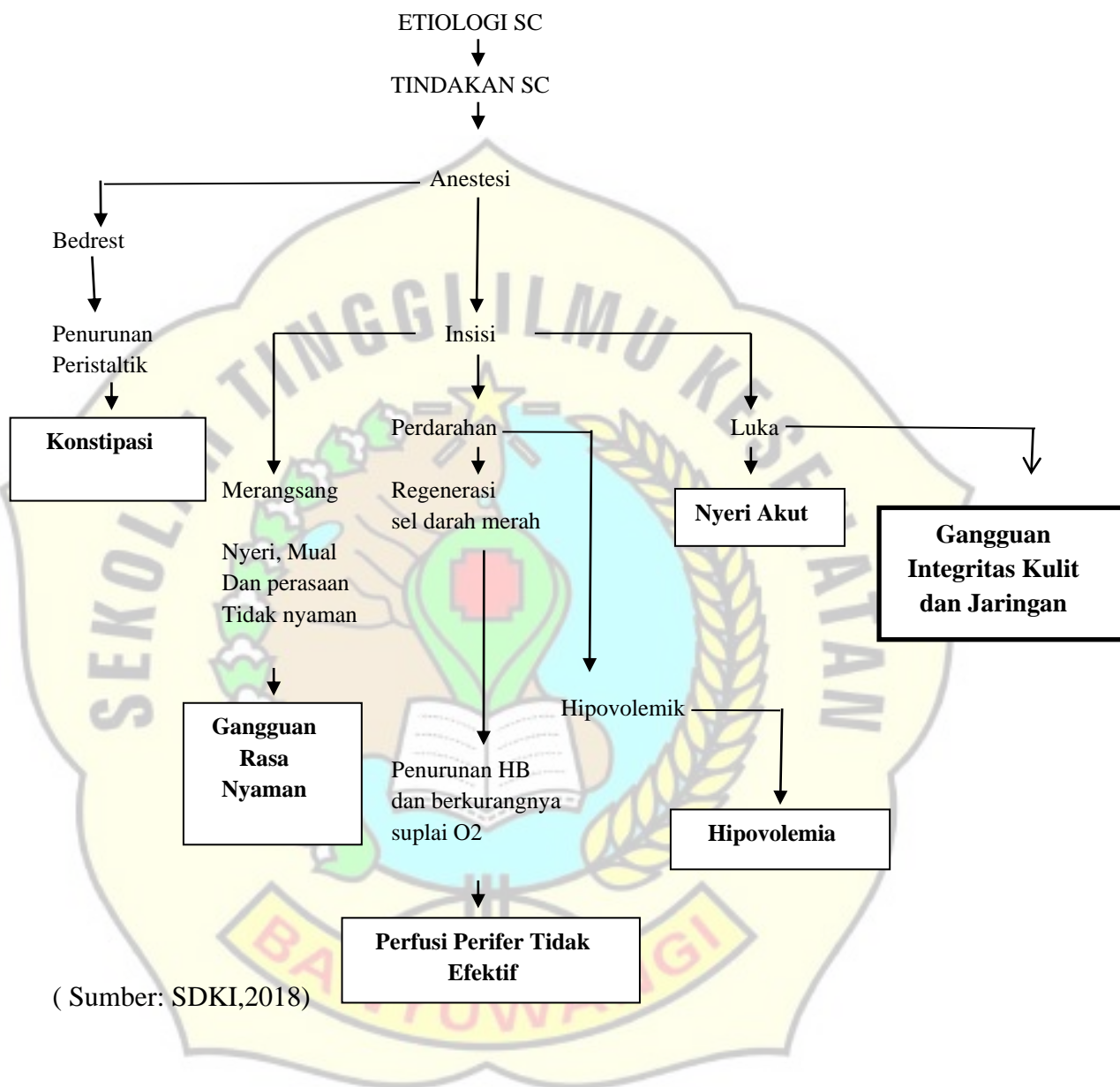
Menurut Potter & Perry (2006) yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial

- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan



2.2.6 Pathway



2.2.7 Manifestasi klinis

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2016 tanda dan gejala dari gangguan rasa nyaman sebagai berikut:

Tanda Mayor :

Mengeluh tidak nyaman dan gelisah

Tanda Minor :

Mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, merasa gatal, nyeri, mengeluh mual dan lelah, pola eliminasi berubah.

2.2.8 Penataksanaan

Mengatasi masalah berupa nyeri, mual maupun perasaan tidak nyaman selama pasca persalinan *sectio caesarea* berhubungan dengan gangguan rasa nyaman farmakologis yaitu dengan obat dan cara nonfarmakologis atau tanpa obat.

1) Farmakologi

Dengan pemberian obat-obatan analgesic yang bisa disuntikkan, melalui infuse intra vena yaitu syaraf yang mengantar nyeri selama persalinan. Tindakan farmakologis masih menimbulkan pertentangan karena pemberian obat selama persalinan dapat menembus sawar plasenta, sehingga dapat berefek pada aktivitas rahim. Efek obat yang diberikan kepada ibu terhadap bayi dapat secara langsung maupun tidak langsung.

2) Nonfarmakologi

metode pengontrolan nyeri secara nonfarmakologi sangat penting karena tidak membahayakan bagi ibu maupun janin, tidak

memperlambat persalinan jika diberikan control nyeri yang kuat, dan tidak mempunyai efek alergi maupun efek obat.

a) Distraksi

memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri merupakan mekanisme yang bertanggung jawab pada teknik kognitif afektif lainnya.

b) Relaksasi

teknik untuk mencapai kondisi rileks, yaitu ketika seluruh system saraf, organ tubuh, dan panca indra kita beristirahat untuk melepaskan ketegangan yang ada. Cara yang paling umum digunakan adalah kontrol pernapasan (teknik nafas dalam)

c) Pemijatan/masase

masase adalah bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan dalam menurunkan nyeri secara efektif.

d) Hipnoterapi

suatu proses sederhana agar diri kita berada pada kondisi rileks, tenang dan terfokus guna mencapai suatu hasil atau tujuan.

e) Imajinasi terbimbing

melibatkan wanita yang menggunakan imajinasi untuk mengontrol dirinya. Hal ini dicapai dengan menciptakan bayangan yang mengurangi keparahan nyeri.

f) Psiko profilaksis

melatif ibu agar mempunyai respon yang positif terhadap persalinan sehingga nyeri saat melahirkan tidak menimbulkan hal-hal yang mempersulit lahirnya bayi.

g) Akupresure

teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik penekanan, pemijatan, dan pengurutan sepanjang meridian tubuh atau garis aliran energy. Teknik ini dapat menurunkan nyeri dan mengefektifkan waktu persalinan (Ilmiah, 2015).

2.2.9 Komplikasi

Komplikasi saat persalinan menjadi kasus yang tidak bisa diprediksi sebelumnya. Komplikasi persalinan yang biasa terjadi yaitu, mulai dari ketidaktepatan pemberian penghilang rasa nyeri, kondisi gawat janin dan pendarahan (Sabatini & Inayah, 2012).

Komplikasi selama persalinan ini menjadi salah satu yang dapat menimbulkan nyeri saat persalinan mengakibatkan perasaan yang tidak nyaman pada pasien (World Health Organization, 2018).

2.2.10 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang Pemeriksaan diagnostic sangat penting di lakukan agar mengetahui apakah ada perubahan bentuk atau fungsi dari bagian tubuh pasien yang dapat menyebabkan timbulnya rasa tidak nyaman seperti : Melakukan pemeriksaan mencakup pemeriksaan laboratorium darah dan pemeriksaan radiologi

2.2.11 Pencegahan

Cara menghilangkan sakit persalinan dapat dilakukan secara medis dan non medis.

1. Cara menghilangkan rasa ketidaknyamanan secara medis

Adalah dengan pemberian obat-obat analgesik yang disuntikkan melalui infuse intravena, melalui inhalasi saluran pernapasan, atau dengan memblokir saraf yang menghantarkan rasa sakit. Tindakan ini sudah banyak digunakan di beberapa rumah sakit di Indonesia untuk membantu ibu dalam proses melahirkan.

2. Metode non-medis

Yang dapat digunakan untuk nyeri persalinan adalah teknik kompres hangat. Teknik kompres hangat selama proses persalinan dapat mempertahankan komponen sistem vaskuler dalam keadaan vasodilatasi sehingga sirkulasi darah ke otot panggul menjadi homeostatis serta dapat mengurangi kecemasan dan ketakutan serta beradaptasi dengan nyeri selama proses persalinan.

Teknik non medis lainnya adalah massage atau pijat. Pijat cara lembut membantu ibu merasa lebih segar, rileks dan nyaman selama persalinan. Dalam persalinan, pijat juga membuat ibu merasa lebih dekat dengan orang yang merawatnya. Sentuhan seseorang yang peduli dan ingin menolong merupakan sumber kekuatan saat ibu sakit, lelah atau takut.

3. Relaksasi

(Utami dan Fitriahadi, 2019) Ada beberapa posisi relaksasi yang dapat dilakukan selama dalam keadaan istirahat atau selama proses persalinan :

- 1) Berbaring terlentang, kedua tungkai kaki lurus dan terbuka sedikit, kedua tangan rileks di samping di bawah lutut dan kepala diberi bantal.
- 2) Berbaring miring, kedua lutut dan kedua lengan ditekuk, di bawah kepala diberi bantal dan di bawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tidak menggantung.
- 3) Kedua lutut ditekuk, berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk, kedua lengan di samping telinga.
- 4) Duduk membungkuk, kedua lengan di atas sandaran kursi atau di atas tempat tidur. Kedua kaki tidak boleh menggantung.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien.

1). Identitas klien

Mengkaji identitas klien yang meliputi : nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan, dan alamat. Usia ibu dalam kategori usia subur (15-49 tahun). Bila didapatkan terlalu muda (kurang 32 dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun) merupakan kelompok resiko tinggi.

2). Identits penanggung jawab

Mengkaji identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan, dan alamat.

3). Keluhan utama

Klien mengeluh sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur keluar lender dan bercampur darah.

a. Riwayat penyakit sekarang

Usia kehamilan 37-40 minggu, klien mengeluh sakit perut dan keluar lender bercampur pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

b. Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji adanya riwayat penyakit dalam keluarga yang dapat memperburuk kondisi klien saat persalinan.

4). Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang yaitu keluhan sampai saat klien pergi kerumah sakit atau pada saat pengkajian seperti pendarahan pervaginam di luar siklus haid, pembesaran lebih besar dari usia kehamilan.

5). Riwayat penyakit dahulu

a. Riwayat pembedahan

Kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa, dan dimana tindakan tersebut berlangsung.

b. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami oleh klien misalnya; DM, jantung, hipertensi, masalah ginekologi atau urinary, penyakit endokrin dan penyakit-penyakit lainnya.

6). Riwayat keluarga berencana

Meliputi alat kontrasepsi yang digunakan, lama penggunaan, keluhan selama penggunaan, jumlah anak yang direncanakan. (Yuli R, 2017)

7). Riwayat obstetri

a) Keadaan haid

Yang perlu diketahui pada keadaan haid adalah tentang menarcho, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah keluar, lamanya haid, nyeri atau tidak, bau.

b) Perkawinan

Yang perlu ditanyakan berapa kali kawin dan sudah berapa lama.

c) Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan yang perlu diketahui adalah berapa kali melakukan ANC (Ante Natal Care), selama kehamilan periksa dimana, perlu di ukur berat badan dan tinggi badan.

8). Riwayat kehamilan sekarang Riwayat kehamilan sekarang perlu

dikaji untuk mengetahui apakah ibu resti atau tidak, meliputi :

- a.) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan.
- b.) Hari Perkiraan Lahir (HPL) : Untuk mengetahui perkiraan lahir.
- c.) Keluhan-keluhan : Untuk mengetahui apakah ada keluhan keluhan pada trimester I,II dan III
- d.) Ante Natal Care (ANC) : Mengetahui riwayat ANC, teratur Tidak, tempat ANC, dan saat kehamilan berapa (Wiknjosastro, 2010)

9). Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

- a.) Kehamilan : Untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan
- b.) Persalinan : Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan.

c.) Nifas : Untuk mengetahui hasil akhir persalinan

(abortus, lahirhidup, apakah dalam kesehatan yang baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi pada masa nifas, dan apakah ibu tersebut mengetahui penyebabnya. (Wiknjosastro, 2010).

10). Pola kebiasaan sehari-hari menurut virgina handerson

a.) Respirasi : Pernafasan meningkat.

b.) Nutrisi : Biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi seperti mual/ muntah, masukan protein kalori kurang.

c.) Eliminasi : Biasanya klien mengalami gangguan BAK(oliguria) (kurang dari 400 ml/ 24 jam).

d.) Gerak dan keseimbangan tubuh : Aktivitas berkurang, perubahan gaya berjalan.

e.) Istirahat atau tidur : Klien biasanya mengalami kesulitan dalam istirahat dan tidurnya karena adanya kontraksi uterus (HIS).

f.) Mempertahankan daya tahan tubuh dan sirkulasi : Biasanya temperature tubuh meningkat dan sirkulasi meningkat.

g.) Kebutuhan personal hygiene : Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri dan dilakukan 2x sehari. Biasanya kebutuhan personal hygiene tidak ada gangguan.

- h.) Aktivitas : Pada klien abortus biasanya aktivitasnya terganggu karena kebiasaan sehari-hari tidak dapat dilakukan atau tidak dapat terpenuhi dengan baik.
- i.) Kebutuhan berpakaian : Dengan dengan abortus tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.
- j.) Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi : Klien dengan abortus biasanya mengalami gangguan dalam hal temperature tubuh berupa peningkatan suhu tubuh dan sirkulasi berupa penurunan tekanan darah.
- k.) Kebutuhan keamanan : Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.
- l.) Sosialisasi : Bagaimana klien mampu berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.
- m.) Kebutuhan spiritual : Klien lebih rajin beribadah dan berdoa untuk menghadapi persalinan.
- n.) Kebutuhan bermain dan rekreasi : Klien dengan persalinan normal biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah.
- o.) Kebutuhan belajar : Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah

pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia. (Yuli R, 2017)

2.4.2 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum apakah baik, sedang, jelek (Prihardjo, 2008). Pada persalinan normal keadaan umum klien baik (Nugroho, 2010).

2) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran klien apakah composmetis, apatis, somnolen, delirium, semi koma dan koma. Pada kasus ibu bersalin dengan letak sungsang kesadarannya composmentis.

3) Tanda vital

(1) Tekanan darah Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi. Batas normalnya 120/80 mmHg

(2) Nadi Untuk mengetahui nadi klien yang dihitung dalam menit. Batas normalnya 69-100 x/ menit.

(3) Respirasi Untuk mengetahui frekuensi pernafasan klien yang dihitung dalam 1 menit. Batas normalnya 12-22 x/ menit.

(4) Suhu Untuk mengetahui suhu tubuh klien, memungkinkan febris/ infeksi dengan

menggunakan skala derajat celcius. Suhu wanita saat bersalin tidak lebih dari 38°. (Saifuddin, 2010).

2. Pemeriksaan fisik Head To Toe (Sulistiyowati, 2013)

1.) Kepala

Bentuk kepala oval dan bulat, kulit kepala bersih, rambut berwarna hitam dan tidak rontok. Muka oedem, tidak ada nyeri tekan.

Mata : Mata simetris kanan dan kiri, sklera mata berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda.

Telinga : Simetris kanan kiri, bersih tidak ada serumen, Pendengaran berfungsi dengan baik.

Hidung : Bentuk normal, keadaan bersih, tidak ada polip, pertumbuhan rambut hidung merata, penciuman normal.

Mulut : Bentuk normal, keadaan bersih, tidak ada kesulitan menelan.

2.) Leher : Normal, tidak terdapat pembengkakan kelenjar dan vena jugularis

3.) Dada :

a. Payudara

Payudara simetris, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, areola mammae berwarna hitam merata, payudara

terasa padat, papilla mammae menonjol, colostrum ada, tidak ada kelainan pada payudara.

b. Paru paru

Jalan nafas spontan, vokal fremitus getarannya sama, tidak teraba massa, perkusi sonor, suara nafas vesikuler, ada suara nafas tambahan atau tidak yaitu wheezing atau ronchi.

c. Jantung

Kecepatan denyut apical reguler, irama jantung normal, umumnya tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri tekan.

d. Abdomen

Menginspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, di ukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam. TFU pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simpisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisi. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek

atau kendur menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

e. Genetalia

Menginspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, di ukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam. TFU pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simpisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisi. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendur menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

f. Perineum

Pengkajian daerah perineum dan perineal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau

deviasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerahan, dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak dan nyeri tekan). Daerah anus dikaji apakah ada hemoroid dan fisura.

g. Ekstermitas Atas

Pada pasien persalinan SC Lingkar Lengan Atas 23 cm, tidak ada edema . Ekstremitas bawah: Ada edema, tidak ada varises

3. VT (pemeriksaan dalam)

Untuk mengetahui keadaan vagina, portio keras atau lunak, pembukaan servik berapa, penurunan kepala, UKK dan untuk mendeteksi panggul normal atau tidak (Prawirohardjo, 2010)

4. Pemeriksaan penunjang

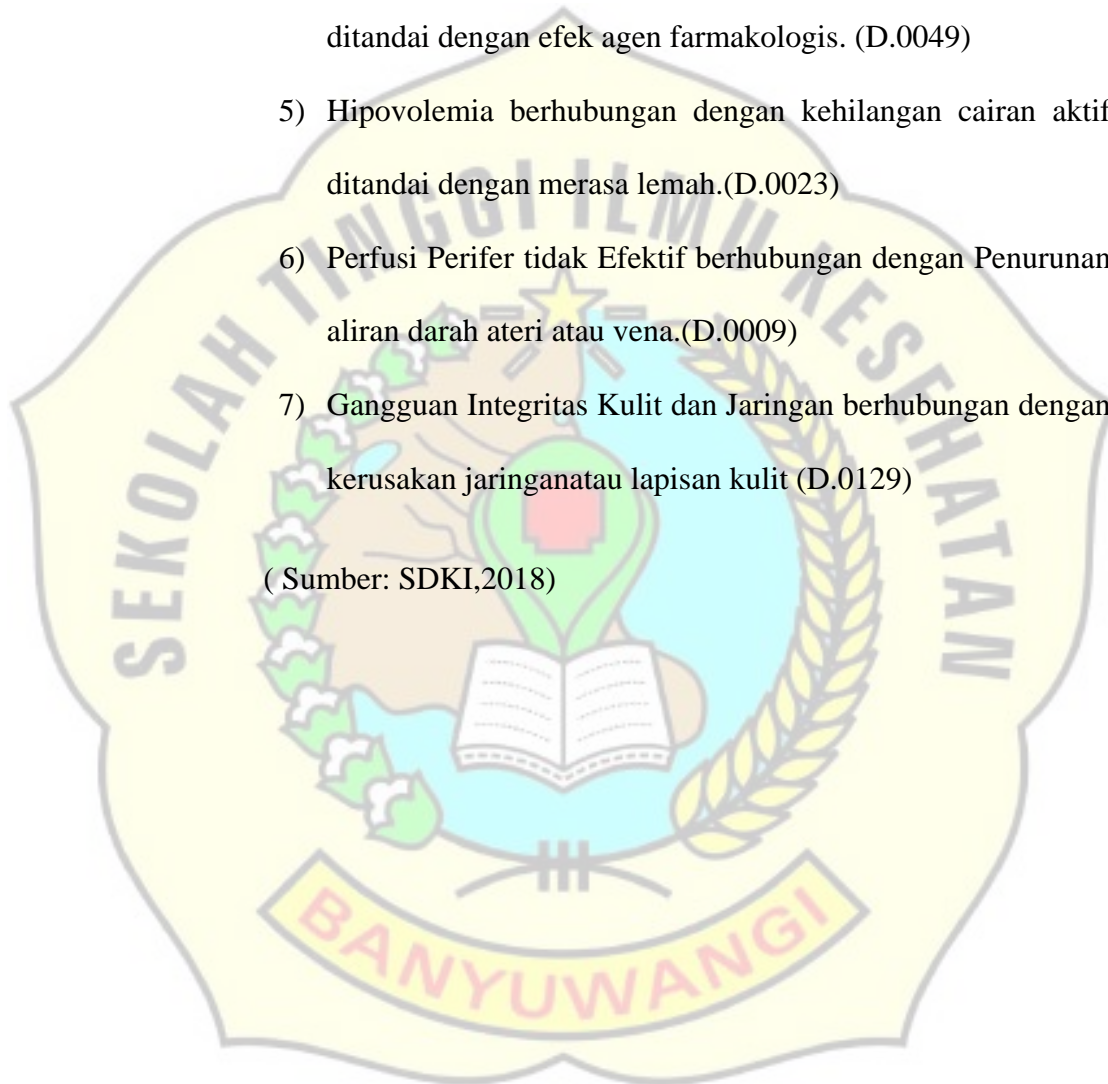
Pemeriksaan darah meliputi haemoglobin, faktor Rh, jenis penentuan, waktu pembekuan, hitung darah lengkap, dan kadang-kadang pemeriksaan serologi untuk sifilis.

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan Nyeri, Mual Muntah dibuktikan dengan mengeluh tidak nyaman.
(D.0074)

- 2) Nyeri Akut berhubungan dengan prosedur operasi ditandai dengan tampak meringis. (D.0077)
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan merasa lemah
- 4) Konstipasi berhubungan dengan Kelemahan otot abdomen ditandai dengan efek agen farmakologis. (D.0049)
- 5) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan merasa lemah.(D.0023)
- 6) Perfusi Perifer tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan aliran darah arteri atau vena.(D.0009)
- 7) Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit (D.0129)

(Sumber: SDKI,2018)



2.4.4 Rencana Keperawatan

No Dx	Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan pasca melahirkan dibuktikan dengan mengeluh tidak nyaman (D.0074)	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI L.08066) Tingkat nyeri</p> <p>-Keluhan tidak nyaman menurun</p> <p>- Lelah menurun</p> <p>-Gelisah menurun</p> <p>-Kesulitan tidur menurun</p> <p>-Perasaan takut menurun</p>	<p>SIKI,Manajemen Nyeri I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi 2. Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan yang baik 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Fasilitas istirahat dan tidur 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjadi acuan tentang dimana penurunan tingkat energi atau tenaga pasien 2. Teknik relaksasi dapat mengurangi rasa tidak nyaman 3. Memastikan tanda-tanda vital pasien tetap stabil <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan pemahaman mengurangi rasa ketidaknyamanan bukan hanya dengan obat saja 2. Lingkungan yang nyaman dapat merilekskan pasien 3. Dengan istirahat dapat melupakan rasa nyeri yang dirasakan

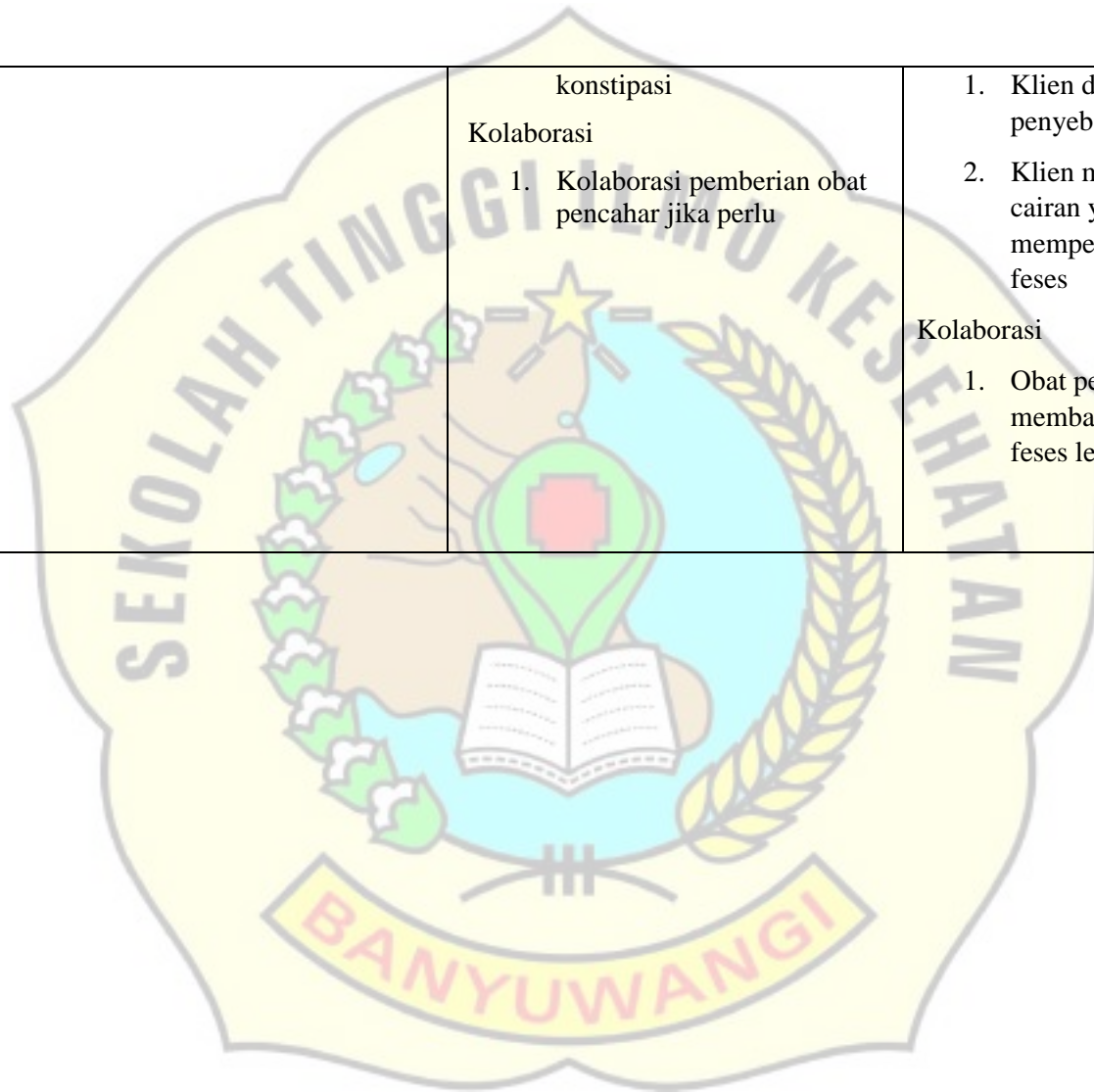
		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia2. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi yang dipilih	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Klien dapat memilih strategi mana yang akan digunakan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakannya2. Klien mengetahui apa saja yang menyebabkan ketidaknyamanan sehingga klien dapat menghindarinya3. Untuk lebih mudah menanyakan apa yang dirasakan klien
--	--	--	--

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan peningkatan tegangan otot. (D.0077)	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI L.08066) Tingkat nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> -Keluhan nyeri menurun -Meringis menurun -Gelisah menurun -Kesulitan tidur menurun -Perasaan takut menurun 	<p>SIKI,Manajemen Nyeri I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 5. Identifikasi skala nyeri 6. Identifikasi respon nyeri non verbal 7. Identifikasi factor yang memberatkan dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri misalnya kompres hangat, terapi musik 5. Kontrol lingkungan yang 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjadi acuan tentang dimana adanya nyeri,lamanya nyeri dan intensitas nyeri 5. Setiap orang memiliki ambang nyeri yang berbeda 6. Nyeri akan menimbulkan respon non verbal yang dapat dilihat 7. Lingkungan yang mendukung dapat mengurangi rasa nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Meningkatkan pemahaman menghilangkan rasa nyeri bukan hanya dengan obat saja 5. Lingkungan yang nyaman dapat merilekskan pasien 6. Dengan istirahat dapat

			<p>memperberat rasa nyeri misalnya suhu, pencahayaan</p> <p>6. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian analgetik jika perlu</p>	<p>melupakan rasa nyeri yang dirasakan</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Klien dapat memilih strategi mana yang akan digunakan untuk mengatasi nyeri yang dirasakannya</p> <p>5. Klien mengetahui apa saja yang menyebabkan nyeri sehingga klien dapat menghindarinya</p> <p>6. Untuk lebih mudah menanyakan nyeri yang dirasakan klien</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Analgetik dapat memblok rasa nyeri sehingga nyeri berkurang</p>
--	--	--	---	---

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3	Konstipasi berhubungan dengan kelelahan otot abdomen (D.0079)	Tujuan : Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : (SLKI L.08066) Eliminasi Fekal - Keluhan defekasi lama dan sulit menurun - Distensi abdomen menurun - Konsistensi feses membaik	SIKI,ManajemenKonstipasi I.08238) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Periksa pergerakan usus dan karakteristik feses 3. Identifikasi faktor resiko konstipasi. Terapeutik 1. Ajarkan diet tinggi serat 2. Lakukan masase abdomen, jika perlu 3. Berikan enema atau irigasi Edukasi 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan 3. Ajarkan cara mengatasi	Observasi 1. Menjadi acuan tentang tanda dan gejala konstipasi 2. Setiap orang memiliki karakteristik feses yg berbeda 3. Konstipasi didasarkan pada beberapa penyebab dan resiko Terapeutik 1. Meningkatkan diet tinggi serat 2. Lingkungan yang nyaman dapat merilekskan pasien 3. Dengan enema dapat mempermudah pasien mengeluarkan feses Edukasi

		<p>konstipasi</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat pencahar jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengetahui penyebab konstipasi 2. Klien mengetahui asupan cairan yg tinggi dapat mempermudah keluarnya feses <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat pencahar dapat membantu pengeluaran feses lebih mudah
--	--	--	--



No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
4	Hipovolemia berhubungan dengan Perdarahan ditandai dengan peningkatan frekuensi nadi. (D.0036)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: (SLKI L.04034)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan Meningkat - Edema Menurunh - Dehidrasi Menurun - Tekanan Darah Membaik 	<p>Manajemen cairan(SIKI I.03098)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor Status hidrasi 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 	<p>Obervasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui frekuensi nadi,tekanan darah 2. Mengetahui perubahan yang terjadi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui asupan cairan yang dibutuhkan klien

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
5	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: (SLKI L.050447)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Kecepatan berjalan meningkat - Jarak berjalan meningkat - Perasaan lemah menurun - Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Energi: (SIKI I. 05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitot pola jam tidur 3. Monitor ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan gizi 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kelemahan dan emosional pada klien 2. Pola tidur dapat berpengaruh terjadi kelelahan 3. Mengetahui adanya ketidaknyamanan selama melakukan tindakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan lingkungan klien nyaman <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan klien untuk memulihkan tenaga dengan tirah baring 2. Menganjurkan klien agar melakukan aktivitas secara bertahap dan tidak memaksakan klien untuk melatih gerak tubuhnya <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi untuk memenuhi asupan gizi klien

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Sifat nyeri dan sejauh mana nyeri tersebut mempengaruhi kesejahteraan individu menentukan pilihan berfokus pada pengobatan terapi non farmakologi terapi nyeri membutuhkan pendekatan yang individual, yang memungkinkan lebih di bandingkan dengan masalah klien lain. Perawat memberi dan memantau terapi non farmakologi agar kondisi pasien cepat membaik diharapkan bekerja sama dengan keluarga pasien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi.(Abarca, 2021)

Ada beberapa tahap dalam tindakan keperawatan yaitu :

1. Tahap persiapan menurut perawatan mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan.
2. Tahap intervensi adalah kegiatan pelaksanaan dari rencana yang meliputi kegiatan independent, dependent, dan interdependent.
3. Tahap implementasi adalah pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kegiatan dalam proses keperawatan.

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada system kesehatan klien, tipe pernyataan evaluasi ada

dua yaitu formatif dan surmatif. Pernyataan formatif merefleksi observasi perawatan dan analisa terhadap klien terhadap respon langsung dari intervensi keperawatan. Pernyataan surmatif adalah merefleksi rekapitulasi dan synopsis observasi dan analisa mengenai status kesehatan klien terhadap waktu. Pernyataan ini menguraikan kemajuan terhadap pencapaian kondisi yang dijelaskan dalam hasil yang diharapkan perawatan untuk klien yang dirawatnya (Nursallam, 2017)



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Karya tulis ilmiah ini peneliti menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini memusatkan diri secara intensif pada satu obyek tertentu yang mempelajarinya sebagai suatu kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup satu unit. Satu unit disini dapat berarti satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu. Dalam penelitian studi kasus ini peneliti akan melakukan penelitian pada studi kasus maternitas pada ibu post *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022. (Zahroh, 2021)

3.2 Batasan Istilah

Table 3.1 Definisi ibu nifas dengan nyeri melahirkan dan kondisi klinisterkait

Definisi Sectio Caesarea	<i>Sectio Caesarea (SC)</i> adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus sehingga janin dapat lahir secara utuh dan sehat (Jitawiyono, 2017).
--------------------------	---

Definisi Gangguan Rasa Nyaman	Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (SDKI, PPNI 2017)
Kondisi Klinis Terkait	<p>Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2016 tanda dan gejala dari gangguan rasa nyaman sebagai berikut:</p> <p>Tanda Mayor :</p> <p>Mengeluh tidak nyaman dan gelisah</p> <p>Tanda Minor :</p> <p>Mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, merasa gatal, nyeri, mengeluh mual dan lelah, pola eliminasi berubah.</p>

3.3 Partisipan

Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah ibu Post Sectio Caesarea dengan Karakteristik sebagai berikut :

1. Ibu Post *Sectio Caesarea* 4-8 jam pasca operasi
2. Ibu Post *Sectio Caesarea* tanpa atau dengan komplikasi (preeklamsia, KPD, CPD)
3. Ibu bersedia menjadi responden

Partisipan dalam keperawatan umumnya yang digunakan 2 klien dengan masa nifas dan di dampingi oleh keluarga klien, kemudian membandingkan dua klien dengan masa nifas yang mengalami gangguan rasa nyaman di RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian dilakukan di RSUD Genteng Banyuwangi
2. Waktu:

Waktu penelitian dilakukan pada saat klien masuk ke rumah sakit dan selama minimal tiga hari dilakukan intervensi, jika dalam waktu kurang dari tiga hari klien sudah keluar dari Rumah Sakit intervensi dapat dilakukan dengan cara home care yang dilakukan oleh perawat selama 2-4 hari. Dalam penelitian ini waktu penelitian di bagi menjadi beberapa tahap yaitu :

1) Tahap persiapan yang meliputi:

- a) Penyusunan proposal : 12-30 April 2022
- b) Seminar proposal : 06 Juni 2022

2) Tahap pelaksanaan yang meliputi:

- a) Pengajuan ijin : 08 Juni 2022
- b) Pengumpulan data : 09 Juni 2022

3.5 Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara merupakan alat komunikasi yang memungkinkan saling tukar informasi, proses yang menghasilkan tingkat pemahaman yang lebih tinggi dari pada yang dicapai orang secara

sendiri – sendiri. Wawancara keperawatan mempunyai tujuan yang spesifik meliputi pengumpulan satu set data yang spesifik. Anamnesis dilakukan secara langsung antara peneliti dengan klien meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan lain – lain. Sumber informasi dari keluarga, dan perawat lainnya. Alat yang digunakan untuk wawancara dalam pengumpulan data dapat berupa alat tulis, buku catatan, kamera atau perekam suara (Nursallam, 2017)

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan pengamatan secara langsung kepada klien untuk mencari perubahan atau hal – hal yang akan diteliti dengan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, pada sistem tubuh klien yang dilakukan secara head to toe, terutama pada data yang mendukung asuhan keperawatan gerontik dengan manajemen kesehatan tidak efektif menggunakan alat berupa nursing kit, format pengkajian, dan tentunya alat tulis (Nursallam,2017)

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan cara mendokumentasikan hasil pemeriksaan diagnostik, hasil evaluasi asuhan keperawatan, hasil data dari rekam medik, dan hasil data dari RSUD Genteng Banyuwangi, (Nursallam, 2017).

3.6 Uji Keabsahan Data

Untuk mencapai kesimpulan yang valid, maka dilakukan uji keabsahan data terhadap semua data yang terkumpul. Uji keabsahan data ini dilakukan dengan menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi dapat diperoleh dengan berbagai cara diantaranya data dapat dikumpulkan dengan metode yang berbeda (triangulasi metode), dan orang yang berbeda (triangulasi sumber). Pada penelitian ini teknik yang digunakan adalah dengan triangulasi sumber, melalui triangulasi data di peroleh dari klien, keluarga klien yang mengalami masa nifas dan perawat. Triangulasi teknik sumber data utama klien dan keluarga dalam penelitian dilakukan dengan cara membandingkan dan mengobservasi perkembangan kesehatan klien. Triangulasi teknik sumber data utama perawat digunakan untuk menyampaikan persepsi antara klien dan perawat. (Hasanah, 2017).

3.7 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang digunakan menganalisis masalah. Data mentah yang didapat, tidak dapat menggambarkan informasi yang diinginkan untuk menjawab masalah penelitian (Nursalam, 2017)

3.7.1 Pengumpulan Data

Data di kumpulkan dari hasil penelitian ini di jelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan:

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang- dahulu- keluarga dll)
2. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)
3. Dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian di bandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dapat di lakukan dengan table, gambar, bagan, maupun, teks naratif. Kerahasiaan dari klien di jamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang di sajikan, kemudian data di bahas dan di bandingkan dengan hasil – hasil penelitian terlebih dahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode studi kasus. Data yang terkumpulkan

terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent*

Lembar ini dibuat supaya responden mengetahui tujuan dari penelitian yang dilakukan. Setelah mengetahui diharapkan responden mengerti dan bersedia menjadi peserta dan bersedia menandatangani lembar persetujuan yang telah dibuat tetapi jika tidak bersedia peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

3.8.2 *Anonimity (tanpa nama)*

Berarti peneliti tidak perlu mencantumkan nama responden dengan tujuan untuk menjaga privasi dari responden. Peneliti hanya mencantumkan kode sebagai tanda keikutsertaan dari responden.

3.8.3 *Confidentiality (kerahasiaan)*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang disajikan sebagai data.

3.8.4 *Respek*

Respek diartikan sebagai perilaku perawat yang menghormati klien dan keluarga. Perawat harus menghargai hak – hak klien.

3.8.5 Otonomi

Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri, meskipun demikian masih terdapat keterbatasan, terutama terkait dengan situasi dan kondisi, latar belakang, individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan professional yang ada

3.8.6 *Beneficence* (Kemurahan hati/nasehat)

Beneficence berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan orang lain. Apabila prinsip kemurahan mengalahkan prinsip otonomi, maka di sebut paternalisme. Paternalisme adalah perilaku yang berdasarkan pada apa yang di percayai oleh professional kesehatan untuk kebaikan klien, kadang – kadang tidak melibatkan keputusan dari klien.

3.8.7 *Non-maleficence*

Prinsip ini berkaitan dengan kewajiban perawatan untuk Fidelity tidak menimbulkan kerugian atau cedera pada klien.

3.8.8 *Veracity* (Kejujuran)

Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk mengatakan suatu kebenaran dan tidak berbohong atau menipu orang lain.

3.8.9 *Fidelity* (Kesetiaan)

Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk selalu setia pada kesepakatan dan tanggung jawab yang telah dibuat perawatan harus memegang janji yang diniatnya pada klien.

3.8.10 *Justice* (Keadilan)

Prinsip keadilan berkaitan dengan kewajiban perawatan untuk berlaku adil pada semua orang dan tidak memihak atau berat sebelah.

