

**IMPLEMENTASI RELAKSASI BENSON DAN KOMPRES  
DINGIN PADA IBU POST SC DENGAN INDIKASI CPD  
UNTUK MENGURANGI NYERI**

**Karya Tulis Ilmiah**

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Disusun Oleh**

**Gayatri Nariswari**

**40902100028**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2024**

**IMPLEMENTASI RELAKSASI BENSON DAN KOMPRES  
DINGIN PADA IBU POST SC DENGAN INDIKASI CPD  
UNTUK MENGURANGI NYERI**

**Karya Tulis Ilmiah**



**Disusun Oleh**

**Gayatri Nariswari**

**40902100028**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2024**

## SURAT PERNYATAAN PLAGIARISME

### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab dengan sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Samarana, 15 Mei 2024



NIM: 40902100028

## HALAMAN PERSETUJUAN

### HALAMAN PERSETUJUAN

**Karya Tulis Ilmiah Berjudul :**  
**IMPLEMENTASI RELAKSASI BENSON DAN KOMPRES DINGIN**  
**PADA IBU POST SC DENGAN INDIKASI CPD UNTUK**  
**MENGURANGI NYERI**

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

**Nama : Gayatri Nariswari**

**NIM : 40902100028**

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan tim penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 30 April 2024

**Pembimbing**



**Dr. Hj. Ns. Sri Wahyuni, M.Kep.,Sp.Kep.Mat**

**NIDN. 0609067504**

## HALAMAN PENGESAHAN

### HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari Kamis, 18 Juli 2024 dan telah diperbaiki sesuai dengan Tim Penguji.

Semarang, 22 Juli 2024



## DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN PLAGIARISME .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
DAFTAR ISI .....	v
MOTTO.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK .....	xii
ABSTRACT.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Sectio Caesarea.....	8
B. Konsep dasar Cephalo Pelvic Disproportion (CPD).....	16
C. Konsep asuhan keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea.....	20
BAB III METODE STUDI KASUS .....	33
A. Rancangan Studi Kasus.....	33
B. Subyek Studi Kasus.....	33
C. Fokus Studi.....	33
D. Definisi Operasional.....	33
E. Instrumen Studi Kasus .....	36
F. Metode Pengumpulan Data .....	37
G. Lokasi dan waktu studi kasus.....	41
H. Analisis data dan Penyajian data .....	41
I. Etika Studi Kasus .....	43
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	48
A. Hasil Studi Kasus .....	48
B. Pembahasan.....	71

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	89
A. Kesimpulan.....	89
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92



## MOTTO

“Orang lain tidak akan bisa paham *struggle* dan masa sulitnya kita, yang mereka ingin tahu hanya bagian *success stories*. Berjuanglah untuk diri sendiri walaupun tidak ada yang tepuk tangan .  
kelak diri kita di masa depan akan sangat bangga dengan apa yang kita perjuangkan hari ini. Tetap berjuang ya!”



## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum wr:wb*

Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah SWT, telah memberikan rahmat, hidayah serta karunia-nya, sehingga penulis berkesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul: “Implementasi relaksasi benson dan kompres dingin pada ibu post SC dengan indikasi CPD untuk mengurangi nyeri”. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Dalam segala rintangan dan kesulitan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Semua dapat teratasi berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kekuatan, serta kemudahan dalam mengerjakan tugas, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An Selaku Kaprodi D-III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

5. Ibu Dr. Hj. Ns. Sri Wahyuni, M.kep.,Sp.Kep.Mat Selaku pembimbing yang sangat sabar dan berkenan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan yang baik, motivasi, semangat pada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep Selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan penyempurnaan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
7. Kepala ruang dan seluruh perawat di Ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan saya untuk mengambil dan melakukan Asuhan Keperawatan guna menunjang pengkajian Karya Tulis Ilmiah di ruang tersebut.
8. Kepada mama tercinta Masro'atul Huda yang selama ini senantiasa memberikan doa yang luar biasa, motivasi, semangat yang telah diberikan kepada penulis, terimakasih atas nasehat yang telah diberikan walaupun kadang pikiran kita tidak sejalan, terimakasih atas kesabaran dan kebesaran hati untuk menghadapi penulis yang keras kepala, mama menjadi pengingat dan penguat paling hebat, terimakasih sudah menjadi rumah untuk tempat penulis pulang.
9. Kepada cinta pertamaku dan motivatorku papa Sri Sumbono yang selalu menjadi penyemangatku, terimakasih telah menata masadepan dan selalu sabar dalam memberikan arahan dan motivasi kepada penulis. Sehat selalu dan hiduplah lebih lama lagi, papa harus selalu ada disetiap perjalanan dan pencapaian hidupku.

10. Kepada adek tercinta Joanita Dewanti yang memberikan semangat dan dukungan walaupun melalui clotehannya, tetapi penulis yakin itu adalah bentuk dukungan dan motivasi.
11. Kepada Sahabat saya Nabila halda dan ida muji yang telah memberikan motivasi, support serta semangat kepada penulis serta selalu setia mendengarkan curhatan hati penulis.
12. Kepada teman saya Salsabila dan Widya yang telah memberikan semangat dan memberikan ketenangan kepada penulis disaat penulis sedang berada di titik kesedihan.
13. Kepada teman seperjuangan Adel, Mabda, Iva, Cicih terimakasih telah membersamai dari Maba hingga Lulus bersama
14. Kepada seseorang yang pernah bersama saya terimakasih untuk patah hati yang diberikan saat dibangku kuliah, yang sekarang bisa menjadi pengingat untuk saya sehingga dapat membuktikan secara elegant. Terimakasih telah mengisi cerita saya dan terimakasih untuk banyak hal yang menyakitkan dan menjadi proses pendewasaan.
15. Dan yang terakhir, Kepada diriku sendiri Gayatri Nariswari terimakasih karena sudah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini. Hebat bisa tetap bertahan terus berjalan menghadapi segala kesulitan yang ada, dan tak pernah memutuskan untuk menyerah, perjalanan masih panjang semoga saya senantiasa kuat dan semoga mampu selalu menebarkan hal-hal positif serta memberikan manfaat bagi sekitar.

Serta semua pihak yang terlibat yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu. Terimakasih banyak atas segala kebaikan dan dukungan kalian semua, semoga kebaikan yang telah kalian berikan dapat dibalas oleh Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, baik dari segi materi maupun teknik dalam penulisan.

Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan juga saran dari segala pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Amiin.

*Wassalamualaikum wr.wb*



Semarang, 30 April 2024

Gayatri Nariswari

40902100028

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

*Mei 2024*

*Gayatri Nariswari*

***Implementasi Relaksasi benson dan kompres dingin pada ibu post SC dengan indikasi CPD untuk mengurangi nyeri***

**ABSTRAK**

Sectio caesarea menyebabkan terjadinya perubahan jaringan dan masalah nyeri. Salah satu upaya non farmakologi yang digunakan untuk mengatasi nyeri melalui relaksasi benson dan kompres dingin merupakan relaksasi menggunakan Teknik pernapasan dan kompres air dingin yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang mengalami nyeri. Tujuan dari studi kasus ini untuk mengetahui tingkat nyeri pasien post *sectio caesarea* setelah mendapat teknik relaksasi benson dan kompres dingin. Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Instrumen studi kasus ini menggunakan *Numerical Rating Scale* dan SOP relaksasi benson dan kompres dingin. Hasil Studi kasus ini terdapat penurunan tingkat nyeri pada responden dengan Tingkat nyeri sebelum tindakan dengan nyeri skala 5 dan setelah tindakan nyeri skala 2. Kesimpulannya yaitu penerapan relaksasi benson dan kompres dingin terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri pada ibu post *sectio caesarea*.

**Kata Kunci:** Sectio Caesarea, Nyeri Akut, Relaksasi Benson dan Kompres dingin

**Daftar Pustaka:** 39 sumber (2017-2023)

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

*May 2024*

*Gayatri Nariswari*

**Implementation of Benson relaxation and cold compresses for post-SC mothers with CPD indications to reduce pain**

**ABSTRACT**

Sectio caesarea causes tissue changes and pain problems. One of the non-pharmacological efforts used to treat pain through Benson relaxation and cold compresses is relaxation using breathing techniques and cold water compresses which are commonly used in hospitals for patients who experience pain. The aim of this case study is to determine the pain level of post-cesarean section patients after receiving the Benson relaxation technique and cold compresses. This research method uses descriptive research methods in the form of case studies. This case study instrument uses the Numerical Rating Scale and the SOP for Benson relaxation and cold compresses. The results of this case study showed a decrease in the level of pain in respondents with a pain level before the procedure with a pain scale of 5 and after the procedure a pain scale of 2. The conclusion is that the application of Benson relaxation and cold compresses has been proven to reduce the level of pain in mothers post caesarean section.

**Keywords :** Sectio caesarea, Acute Paint, Relaxation Benson and cold compresses

**Bibliography :** 39 source (2017-2024)

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Metode persalinan bedah yang dikenal sebagai operasi caesar (SC) melibatkan pembuatan sayatan di rahim ibu (histerotomi) dan perut (laparotomi) untuk mengeluarkan bayi. Umumnya, ketika risiko komplikasi medis tambahan membuat persalinan pervaginam tidak mungkin dilakukan, operasi caesar akan dilakukan (Nurul, 2023). Bayi terlilit tali pusar, bayi sungsang, persalinan lambat, atau ibu menderita penyakit berat merupakan beberapa indikasi dilakukannya operasi caesar; Namun, beberapa ibu hamil memilih metode ini karena alasan lain, seperti memilih waktu yang tepat untuk melahirkan (Putri, 2019).

Menurut data WHO dari Survei Global Kesehatan Ibu dan Perinatal tahun 2021, operasi caesar (SC) menyumbang 46,1% dari seluruh kelahiran. Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2021, 17,6% persalinan di Indonesia dilakukan melalui teknik operasi caesar (SC). Sebanyak 23,2% komplikasi dengan posisi janin melintang/sungsang (3,1%), perdarahan (2,4%), eklamsi (0,2%), ketuban pecah dini (5,6%), persalinan lama (4,3%), terlilit tali pusat (2,9%), plasenta previa (0,7%), plasenta terbengkalai (0,8%), hipertensi (2,7%), dan lain-lain (4,6%) merupakan indikasi dilakukannya persalinan sesar per seksio (SC) (Komarijah et al., 2023). Jika dilihat dari jumlah persalinan yang dilakukan oleh SC, Provinsi Jawa Tengah khususnya Kota Semarang—menempati peringkat pertama dengan 23% atau 21.321

persalinan, sedangkan Kabupaten Kudus berada di urutan ketiga belas dengan 7% atau 6.489 persalinan. dibuat oleh SC (Nisak et al., 2023).

Data penerimaan RS Mardirahayu Kudus pada tahun 2016 hingga 2021 mengungkapkan, sebanyak 1.523 operasi caesar terjadi pada tahun 2017, tahun dengan jumlah terbesar. Operasi caesar sebanyak 1.351 operasi pada tahun 2016, 1.523 pada tahun 2017, 1.339 pada tahun 2018, 1.154 pada tahun 2019, dan 1.045 pada tahun 2020. pada bulan Mei (Kristanti & Faidah, 2022).

Salah satu permasalahan yang dapat terjadi pada saat operasi caesar adalah pasien dapat merasakan nyeri akibat proses sayatan dan jaringan kontinuitas dapat berubah akibat robekan atau sayatan yang dilakukan pada jaringan kontinuitas perut anterior. Pasien yang pernah menjalani operasi caesar sectional (SC) akan mengalami cedera pada bagian perut karena tindakan tersebut mengakibatkan robeknya jaringan dinding perut bagian depan. Karena dampak penggunaan anestesi epidural selama prosedur, pasien akan mengalami nyeri punggung dan leher yang dialami sebagian besar klien setelah operasi caesar. Klien yang menjalani operasi caesar akan merasakan nyeri setelah prosedur, yang akan menimbulkan masalah tambahan seperti nyeri pada mobilisasi dini karena parahnya nyeri (Febiantri & Machmudah, 2021).

Nyeri fisik dapat diatasi untuk menghindari komplikasi lebih lanjut. Umumnya cara mengatasi nyeri di rumah sakit menggunakan Teknik nafas dalam. Tetapi Tarik nafas dalam kurang efektif apabila yang bersangkutan

melakukanya dengan pikiran yang tidak fokus, karena Tarik nafas dalam merupakan jenis relaksasi yang diciptakan sendiri oleh individu yang bersangkutan dengan cara menggabungkan imajinasi visual dan kerileks an otot tubuh.

Obat yang disebut analgesik digunakan untuk mengurangi atau menghentikan rasa sakit tanpa membuat tidak sadarkan diri. Obat ini digunakan untuk mengobati rasa sakit; Disadari atau tidak, kita sering menggunakannya. Misalnya, saat sakit kepala atau sakit gigi, salah satu ramuan obat yang kita minum biasanya mengandung zat analgesik atau antinyeri (Kesehatan et al., 2019). Terapi farmakologis, yang meliputi pemberian obat-obatan seperti tramadol, asam mefenamat, suntikan ketorolak, atau parasetamol, dapat membantu mengurangi nyeri pasca operasi caesar dan meringankan nyeri persalinan. Jika nyerinya sangat parah, obat ini dapat diminum kembali setiap dua jam untuk mengobatinya dengan durasi 4-6 jam (Rahmayani, 2022). Akan tetapi penggunaan rutin analgesic sebagai terapi untuk mengontrol nyeri memiliki efek samping, jika mengkonsumsi analgetic terus menerus dapat menyebabkan gangguan lambung dan kerusakan ginjal. Maka harus menggunakan alternatif lain yaitu relaksasi benson dan kompres dingin untuk mengurangi nyeri.

Rumah sakit sering menggunakan relaksasi Benson dan kompres dingin, metode relaksasi yang menggabungkan latihan pernapasan dan kompres udara dingin untuk membantu pasien yang kesakitan atau merasa cemas. Teknik Benson melibatkan pengulangan kata atau kalimat tertentu

dengan ritme yang teratur dengan tetap menjaga pola pikir berserah diri kepada Tuhan, sejalan dengan keyakinan pasien. Karena napas panjang melepaskan karbon dioksida (CO<sub>2</sub>) dan napas panjang menyediakan oksigen yang benar-benar dibutuhkan tubuh Anda, napas panjang dapat menyuplai energi yang cukup. Napas yang panjang menyebabkan diafragma naik dan tulang rusuk bagian bawah menekan punggung. Tindakan ini dapat meningkatkan tekanan intra-abdomen, yang pada gilirannya merangsang aliran darah di aorta abdominalis dan vena cava inferior, sehingga meningkatkan vaskularisasi (aliran darah) ke seluruh tubuh. Organ-organ yang sangat penting seperti tubuh dan otak rileks (Manurung, 2019). Sementara itu, kompres dingin biasanya digunakan sebagai analgesik (peredam nyeri) selama 24 jam pertama setelah operasi guna meminimalkan edema. Untuk mengatur transmisi nyeri dan mengurangi persepsi nyeri, kompres dingin mengaktifkan reseptor termoreseptor di kulit dan jaringan yang lebih dalam. Hal ini mempunyai efek menghambat atau menutup nyeri pada sumsum tulang belakang. Menurut penelitian, memberikan kompres dingin selama 10-20 menit dapat meningkatkan ambang batas (Bresin et al.). Nyeri membatasi, menurunkan aliran darah, menurunkan edema, menurunkan metabolisme sel, dan menurunkan jumlah nyeri yang ditransmisikan ke jaringan saraf (Hasibuan, 2021).

## B. Rumusan Masalah

*Laparotomi (sayatan bedah yang dibuat pada ibu) dan histerotomi (sayatan bedah yang dibuat pada rahim) diperlukan untuk persalinan sesar (SC). Menurut data survei kesehatan ibu dan perinatal global WHO tahun 2021, 46,1% dari seluruh kelahiran dilakukan melalui operasi caesar (SC). Di Indonesia, 17,6% persalinan dilakukan dengan teknik operasi caesar (SC). Dengan 23% pengiriman dilakukan melalui SC, provinsi Jawa Tengah, dan khususnya kota Semarang, memimpin dalam kategori ini. Robekan atau sayatan jaringan kontinuitas anterior perut dapat mengakibatkan perubahan kontinuitas jaringan dan menimbulkan rasa sakit bagi pasien pada saat proses sayatan. Masalah ini bisa muncul selama prosedur operasi caesar. Analgesic adalah obat yang digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit tanpa menghilangkan kesadaran. Jika mengkonsumsi analgetic terus menerus dapat menyebabkan gangguan lambung dan kerusakan ginjal. Maka harus menggunakan alternatif lain yaitu relaksasi benson dan kompres dingin untuk mengurangi nyeri. Relaksasi benson dan kompres dingin merupakan relaksasi menggunakan Di rumah sakit, latihan pernapasan dan kompres udara dingin sering digunakan untuk pasien yang kesakitan atau cemas. Teknik Benson melibatkan pengulangan kata atau kalimat tertentu secara berkala sambil mempertahankan ritme yang teratur.*

Dalam situasi ini, perawat memainkan peran penting karena mereka memenuhi kebutuhan pasien pasca operasi caesar dan menyediakan

makanan serta perawatan. Dengan demikian, rumusan masalah diambil

“ Bagaimanakah penerapan relaksasi benson dan kompres dingin untuk mengurangi nyeri pada ibu post sc? ”

### C. Tujuan

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan utama karya tulis ilmiah ini adalah untuk memberikan implementasi pada pasien pasca operasi caesar (SC) di RSI Sultan Agung Semarang Provinsi Jawa Tengah, dengan menggunakan intervensi terapi benson dan kompres dingin.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada ibu yang mengalami *Post sectio caesarea*
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada ibu yang mengalami *Post Sectio Caesarea*
- c. Merencanakan Tindakan keperawatan pada ibu yang mengalami *post sectio caesarea*
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada ibu yang mengalami *post sectio caesarea*
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada ibu yang mengalami *post sectio caesarea*

#### **D. Manfaat**

Manajemen asuhan keperawatan yang akhirnya diterapkan perlu memberikan manfaat, terutama bagi pasien di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang, Jawa Tengah, yang menjalani operasi caesar. Manfaat yang diperoleh dari penulisan karya ilmiah ini diharapkan antara lain:

1. Bagi institusi Pendidikan

Dapat memberikan informasi yang bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan dalam pengembangan Asuhan keperawatan terhadap pasien dengan post SC

2. Bagi lahan praktek

Dapat memberikan motivasi dan inovasi dalam pemberian asuhan keperawatan dari relaksasi benson dan kompres dingin terhadap pasien post SC

3. Bagi Masyarakat

Dapat memberikan informasi strategi pelaksanaan dalam mengatasi pasien dalam post SC

4. Bagi Profesi Keperawatan

Agar lebih meningkatkan keahlian seorang perawat dalam perawatan kematian ibu pasca SC.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

##### 1. Pengertian

Operasi caesar melibatkan pembuatan sayatan di rahim ibu dan dinding perut untuk mengeluarkan janin. Operasi caesar adalah suatu tindakan medis yang diperlukan untuk membantu proses persalinan ketika kesehatan ibu dan kondisi janin menghalangi proses persalinan normal. Tindakan tersebut dilakukan untuk mengeluarkan bayi saat terjadi indikasi partus tak maju, *disproporsi sepalopelvik*, *cephalopelvic disproportion* (CPD) (Ansori, 2022).

Persalinan caesar adalah teknik melahirkan dimana bayi dikeluarkan dengan cara membuat sayatan pada dinding rahim dan dinding depan perut. Tergantung pada kebutuhan medis, prosedur ini mungkin memerlukan pembuatan sayatan pada dinding vagina. Ada beberapa istilah yang terkait dengan operasi caesar (SC), antara lain:

a. Sectio caesarea Primer (Elektif)

Operasi caesar primer mengacu pada situasi di mana persalinan melalui operasi caesar telah dijadwalkan sejak awal, sebelum permulaan persalinan.

b. Sectio caesarea Sekunder

Operasi caesar sekunder mengacu pada skenario di mana dokter memilih untuk melakukan operasi setelah ibu bersalin

mencoba melahirkan secara alami dan gagal atau tidak mengalami kemajuan.

c. Sectio caesarea Ulang

Sang ibu menjalani prosedur SC pada kehamilan pertamanya dan prosedur SC pada kehamilan berikutnya.

d. Sectio caesarea Histerektomi

Pendekatan SC digunakan untuk melakukan histerektomi setelah melahirkan untuk tujuan medis tertentu.

e. Operasi Porro

Histerektomi langsung dilakukan pada janin yang telah meninggal di dalam dan tidak dapat dikeluarkan melalui rongga tersebut (Nursika et al, 2023).

## 2. Indikasi

Indikasi post sectio caesarea terbagi menjadi (Isnaeni, Ana Pertiwi & Iriantom, 2020):

- 1) Disproporsi fetopel, panggul yang sempit atau jumlah janin yang sangat banyak, malposisi dan malpresentasi, disfungsi rahim, distosia jaringan lunak, neoplasma, dan persalinan tidak lanjut merupakan beberapa kondisi yang dapat menyebabkan distosia mekanis.
- 2) Operasi rahim sebelumnya termasuk histerektomi, operasi caesar, miomektomi besar, dan penjahitan luka pada operasi caesar digunakan pada sebagian besar kasus yang melibatkan

jahitan serviks atau perbaikan ostium cervicis yang tidak kompeten.

- 3) Pendarahan; disebabkan oleh solusio plasenta atau plasenta previa.
- 4) Toksemia gravidarum, yang meliputi nefritis kronik, hipertensi esensial, serta preeklampsia dan eklampsia..
- 5) Indikasi janin: prolaps tali pusat, gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, diabetes ibu, ketidakcocokan rhesus, persalinan pasca operasi caesar, dan infeksi virus herpes saluran genital.

### 3. Etiologi

Ada dua prosedur operasi caesar yang berbeda: (Ansori, 2022):

#### a. Indikasi ibu

Kondisi berikut mungkin terjadi pada primivid dengan kelainan lokasi: riwayat kehamilan yang buruk; sempitnya panggul; plasenta previa, terutama pada primigravida; primira tua dengan kelainan lokasi; kehamilan pertama disertai kelainan posisi seperti disproporsi sefalopelvik atau CPD; atau larutan plasenta kelas 1-2. Preeklampsia-eklampsia, kehamilan yang berhubungan dengan penyakit (DM, penyakit jantung), dan gangguan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dll) merupakan

contoh komplikasi kehamilan.

b. Indikasi janin

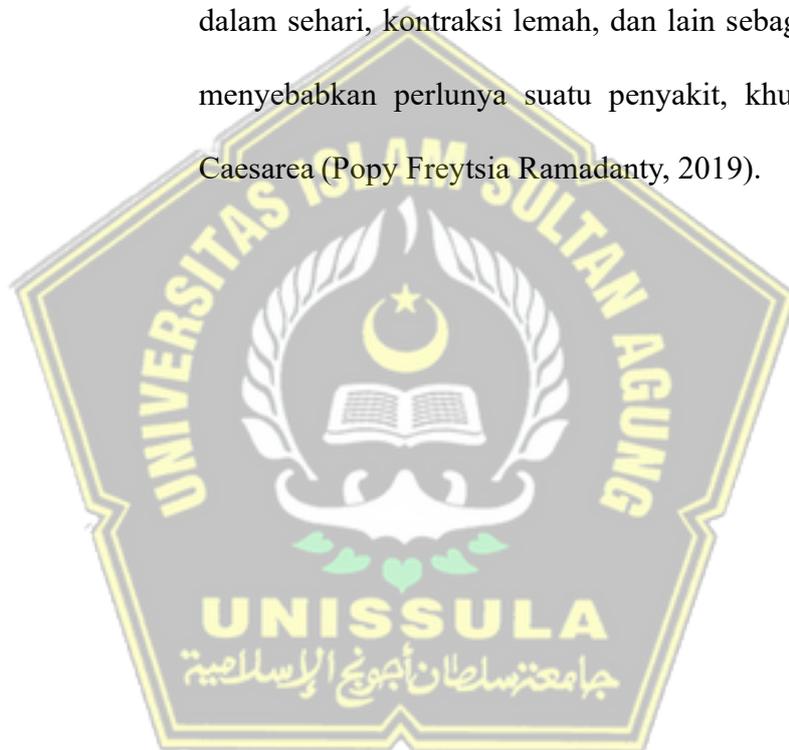
Gawat janin, salah presentasi dan malposisi janin, prolaps tali pusat dengan bukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau ekstraksi forceps merupakan indikasi adanya janin.

#### 4. Patofisiologi

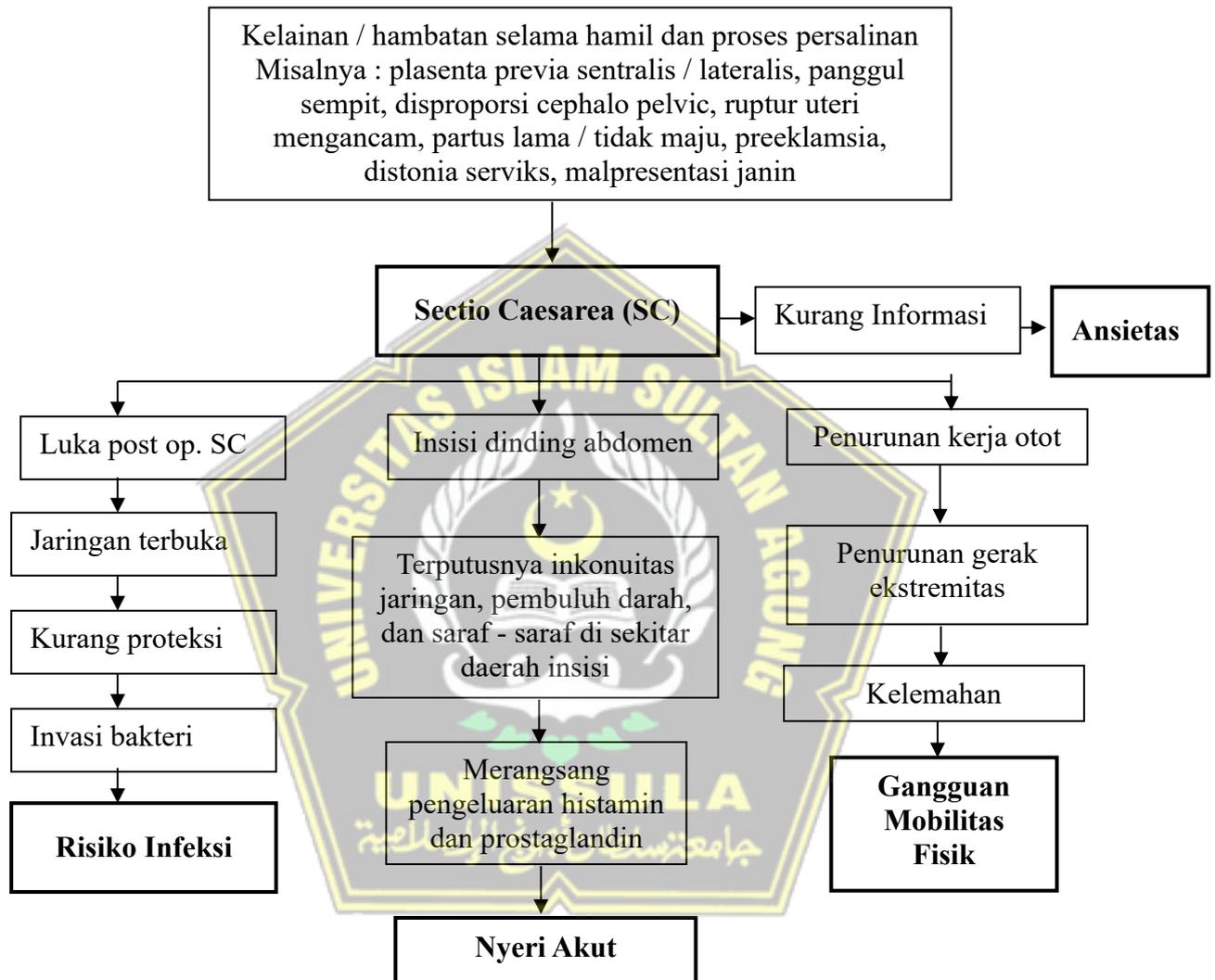
Karena adanya tanda-tanda tertentu pada ibu dan janin yang menghalangi persalinan normal, maka dilakukan operasi caesar. Sang ibu memiliki sayatan di dinding perutnya setelah operasi. Selain itu, ibu harus menghadapi masa pasca anestesi dan pasca melahirkan. Setelah anestesi, istirahat di tempat tidur diperlukan, yang meningkatkan risiko imobilisasi dan pengabaian. Hal ini mungkin merujuk pada kemungkinan tertular penyakit yang disebabkan oleh pengabaian diri sendiri. Ini akan meninggalkan luka sayatan saat ditemukan, yang mungkin melukai ibu dan memperlihatkan jaringan. Infeksi dapat terjadi akibat penanganan yang tidak tepat (Maryuni, 2018).

Sejumlah anomali atau tantangan selama proses persalinan dapat mengakibatkan kelahiran bayi tidak normal atau tidak spontan. Hal ini termasuk ketidaksejajaran antara

kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, posisi bayi yang tidak normal seperti sungsang dan melintang, kasus yang lebih terkenal adalah plasenta menutup mulut dengan plasenta previa, bayi kembar, ibu yang lebih tua mengandung, persalinan lama, plasenta prematur persalinan, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam sehari, kontraksi lemah, dan lain sebagainya. Hal ini menyebabkan perlunya suatu penyakit, khususnya Sectio Caesarea (Popy Freytsia Ramadanty, 2019).



## 5. Pathways



Sumber : (Iverson & Dervan 2022, Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

## 6. Penatalaksanaan

### 1) Medis

Ada beberapa intervensi medis pasca operasi caesar, antara lain:

#### a. Pemberian cairan

Cairan infus harus cukup dan mengandung elektrolit karena pasien akan berpuasa selama 24 jam pertama setelah operasi untuk menghindari komplikasi pada organ tubuh lain, hipertermia, atau dehidrasi. Tergantung pada kebutuhan pasien, jumlah garam fisiologis, DS 10%, dan RL yang berbeda biasanya diberikan. Sesuai kebutuhan, transfusi darah diberikan jika kadar hemoglobin rendah.

#### b. Diet

Setelah pasien kentut, cairan infus biasanya dihentikan, dan makanan serta minuman oral dimulai. Enam hingga delapan jam setelah operasi, minuman dalam jumlah kecil dapat diberikan.

#### c. Mobilisasi

Tahapan mobilisasi termasuk miring ke kiri dan ke kanan, yang dapat dimulai enam hingga sepuluh jam setelah operasi. Begitu pasien sadar, mereka dapat melakukan latihan pernapasan sambil berbaring telentang. Hari demi hari, pasien disarankan untuk duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga atau kelima pasca operasi. Pada hari kedua pasca operasi, pasien dapat diminta duduk selama lima

menit, bernapas dalam-dalam, lalu mengejan. Setelahnya, pasien dapat dipindahkan dari posisi tidur terlentang ke posisi setengah duduk (semifowler). Analgesik dan obat-obatan yang membantu fungsi sistem pencernaan obat yang berbentuk supositoria dan obat yang diberikan dengan ketoprofen sup Obat oral yang dapat diberikan dua kali sehari adalah tramadol atau parasetamol setiap enam jam, atau bila perlu suntikan ranitidine 90–75 mg setiap enam jam.

## 2) Non-farmakologi

Menurut Blissa JTabarearno et al., (2019). Terapi musik, pijat, kompres panas dan dingin, serta latihan pernapasan dalam merupakan contoh penatalaksanaan nonfarmakologis. Kontrol 3 ini menjadi lebih terjangkau, sederhana, efisien, dan bebas efek samping negatif. Relaksasi Benson menggunakan imajinasi terbimbing bersama dengan teknik relaksasi mendalam untuk mengurangi rasa sakit. Terapi relaksasi Benson adalah pendekatan non-farmakologis untuk manajemen nyeri. Relaksasi Benson adalah jenis relaksasi yang dilakukan sendiri di mana seseorang menggunakan bahasa yang sederhana dan menenangkan pikiran. Tekanan darah, detak jantung, aliran darah, dan fungsi tubuh lainnya semuanya dapat dikontrol dengan bantuan relaksasi Benson.

## **B. Konsep dasar Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)**

### **1. Pengertian**

Disproporsi sefalopelvik (CPD) adalah perbedaan ukuran antara janin dan panggul; dengan kata lain, panggul tertentu tidak cukup besar untuk memungkinkan janin tertentu keluar dari panggul sampai persalinan normal terjadi. Disproporsi sefalopelvik (CPD) dapat disebabkan oleh ukuran janin yang besar, panggul yang lebih kecil, atau, yang lebih sering, kombinasi keduanya. Distosia selama persalinan dapat terjadi akibat berkurangnya kapasitas panggul akibat penyempitan diameter panggul. Kombinasi dari faktor-faktor yang disebutkan dapat menyebabkan panggul menyempit sepenuhnya, atau dapat mempersempit saluran masuk panggul bagian bawah atau atas (Merida Simanjuntak & Sri Wulandari, 2020).

Disproporsi sefalopelvik adalah ketidaksesuaian antara kepala dan panggul akibat pemeriksaan klinis pelvimetri yang menunjukkan adanya fase aktif yang lebih lama dari biasanya, kelainan panggul akibat infeksi tulang panggul (rakhitis), dan kecelakaan. Diameter panggul anterior-posterior juga di bawah ukuran normal (Yuki, 2020).

### **2. Faktor risiko**

Adapun sejumlah faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya CPD adalah sebagai berikut (Hospitals, 2023):

- a. Obesitas selama masa kehamilan.
- b. Usia kehamilan melebihi 41 minggu.
- c. Usia ibu di atas 35 tahun saat kehamilan.
- d. Ibu memiliki tinggi badan di bawah 145 sentimeter.
- e. Diabetes gestasional.
- f. Polihidramnion, yaitu kondisi yang ditandai dengan adanya cairan ketuban berlebih selama kehamilan.
- g. Kehamilan pertama.
- h. Hamil di usia remaja saat tulang panggul belum terbentuk sempurna.
- i. Ukuran diameter panggul ibu yang sempit (kurang dari 9,5 cm)

3. Tanda dan gejala

Menurut Amalia Nurkhasanah (2022) tanda dan gejala CPD sebagai berikut:

- a. Persalinan lebih lama dari yang normal
- b. Janin belum masuk PAP pada usia kehamilan 39 minggu (primipara)
- c. Tinggi badan kurang dari 145cm
- d. Ukuran distrasia spinarum kurang dari 24-26 cm
- e. Ukuran distrasia kristarum kurang dari 28-30 cm
- f. Ukuran konjugata eksterna diameter kurang dari 18-20 cm
- g. Ukuran lingkaran panggul kurang dari 80-90

h. Pintu atas panggul

- 1) Jarak antara tanjung dan tepi atas simfisis, atau diameter konjugata vera/antero posterior (diameter depan dan belakang), kurang dari 11 sentimeter.
- 2) Diameter melintang (transversa), yaitu jarak terlebar (kurang dari 13 cm) antara kedua linca innominata
- 3) Diameter miring mengacu pada jarak kurang dari 1 sentimeter antara tuberkulum kemaluan di sisi yang berdekatan dan artikulasi sakroiliaka.

i. Bidang Tengah panggul

Titik tengah simfisis, bagian tengah asetabulum, dan segmen kedua dan ketiga sakrum bersatu membentuk bidang tengah panggul. Kurang dari 12,75 cm untuk diameter anteroposterior dan kurang dari 12,5 cm untuk diameter transversal

j. Pintu bawah panggul

- 1) Diameter anteroposterior, atau jarak antara ujung sakrum dan tepi bawah simfisis, kurang dari 11,5 cm.
- 2) Terdapat diameter transversal kurang dari 10,5 sentimeter yang memisahkan bulbus iskiadika kanan dan kiri.

3) Kurang dari 7,5 cm adalah diameter sagital posterior, atau jarak antara ujung sakrum dan bagian tengah pengukuran melintang.

#### 4. Pemeriksaan penunjang

Menurut Wijaya, (2023), beberapa pemeriksaan untuk CPD sebagai berikut :

##### a. Palpasi abdominal

Tindakan pemeriksaan dilakukan saat kepala bayi masih bisa didorong untuk memasuki panggul yang artinya tidak ada disporposi atau kesalahan letak di PAP, Selanjutnya apabila kepala masih belum bisa memasuki panggul maka perlu dilakukan pemeriksaan lanjutan.

##### a) Pemeriksaan vaginal dan abdominopelvic

Hal ini didorong untuk menentukan seberapa jauh bagian terbawah telah bergerak—apakah mencapai ischiadica atau mungkin lebih rendah—di atas simfisis pubis dan fundus Rahim, hal ini tidak akan sulit jika mengejan dengan tangan berhasil menghasilkan kontraksi rahim yang kuat. Ini juga dapat dipahami sebagai pemeriksaan vagina untuk menilai presentasi, posisi, pelebaran, dan sayatan serviks.

b) Pemeriksaan radiografis

Untuk beberapa kasus yang meragukan disarankan agar dilakukan pemeriksaan pelvimetri rontgenologi yang bertujuan agar diperolehnya informasi tambahan yang berharga.

c) Partus percobaan

Dalam tindakan ini pasien akan dibiarkan untuk mencoba persalinan secara spontan.

d) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Pemeriksaan perpindahan sefalopelvik merupakan teknik pencitraan janin yang mengukur dimensi kepala, kapasitas panggul, dan mendeteksi ada tidaknya distosia jaringan lunak.

### C. Konsep asuhan keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea

#### 1. Tujuan Asuhan keperawatan Ibu dengan Post Sectio Caesarea

Tujuan asuhan keperawatan pada ibu post partum sectio caesarea yaitu untuk merawat Kesehatan ibu dan bayi secara keseluruhan, baik fisiologis maupun psikologis, serta memberikan perawatan pemulihan tambahan untuk ibu dan edukasi mengenai cara merawat Kesehatan diri dan cara menyusui (Ningrum, 2021).

## 2. Adaptasi Fisik dan Psikologis Ibu dengan Post Sectio Caesarea

Menurut Kurniarum, (2019) adaptasi fisik dan psikologis post partum menurut :

### a. Adaptasi fisik

#### 1) Perubahan sistem reproduksi

Proses involusi uterus, yang terjadi segera setelah melahirkan dan terjadi dengan cepat, melibatkan pembersihan rahim dari produk limbah melalui pelepasan lochea.

#### 2) Perubahan sistem endokrin

mengalami pergeseran mendadak pada periode IV setelah melahirkan. Jumlah estrogen secara bertahap menurun setelah plasenta lahir. Wanita hamil memiliki lebih sedikit prolaktin. Bagi ibu yang tidak menyusui, menstruasi biasanya dimulai 12 minggu setelah melahirkan, dan bagi ibu menyusui, menstruasi dimulai 36 hari setelahnya.

#### 3) Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Bradikardia, lakikardia jika terjadi refluks, endometriosis, mastitis, atau infeksi lainnya semuanya dapat terjadi segera setelah melahirkan. pembengkakan payudara pada hari kedua atau ketiga dan peningkatan suhu tubuh pasien

#### 4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Peregangan dan kompresi segera pada otot yang terkena akan mengurangi edema ekstremitas bawah pada minggu pertama. Karena hipertrofi otot rangka, beberapa jenis SC dapat menyebabkan luka sayatan.

#### 5) Perubahan sistem perkemihan

Distensi berlebihan terjadi akibat edema kandung kemih dan penurunan sensitivitasnya. DC dipasang untuk memantau keseimbangan cairan.

#### b. Adaptasi psikologis

##### 1) Fase dependen

Fase yang berlangsung selama satu hingga dua hari ini ditandai dengan ketergantungan ibu pada orang lain, egois, pasif, kurangnya keinginan untuk berhubungan dengan anaknya, terus berbaring, dan malas dalam menyusui. Pada kasus luka SC, ketergantungan ibu diperburuk oleh rasa sakit yang berhubungan dengan penyembuhan luka.

##### 2) Fase dependen-mandiri

Pada tahap ini, perhatian lebih diberikan pada bayi, kemandiriannya, dan inisiatifnya dalam menafkahi mereka. dimulai pada hari ketiga dan berakhir pada hari keempat atau kelima. Saatnya tepat untuk mulai mengajari

orang-orang tentang perawatan diri dan bayi.

3) Fase mandiri

Menyadari bahwa mereka berbeda dari anak-anaknya, para ibu mengambil peran dan tanggung jawab tambahan dan terus menjaga diri mereka sendiri dan anak-anak mereka.

**3. Pengkajian keperawatan**

a. Identitas Pasien dan penanggung jawab

berisi informasi tentang klien dan penanggung jawab, seperti nama, umur, alamat, nomor rekam medis, diagnosis, tanggal masuk rumah sakit, status perkawinan, pendidikan, agama, suku, dan tanggal penilaian.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan utama bermula dari pengalaman klien pada saat pengkajian pasien Pasca Operasi Caesar. Keluhan utama adalah ketidaknyamanan pada lokasi pembedahan.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pertama, mencantumkan riwayat kesehatan klien pada formulir riwayat kesehatan. Informasi ini harus berkaitan dengan kondisi saat ini atau potensi kondisi di masa depan. Selain itu, berisi riwayat seluruh obat yang

diminum yang berkaitan dengan penyakit yang dialami.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Meliputi apa yang dirasakan klien saat ini .

c. Riwayat Kehamilan

Meliputi masalah saat hamil, riwayat kb yang dipakai, riwayat menstruasi, keluhan selama kehamilan.

d. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)

1) Tanda-tanda Vital

Meliputi suhu, tekanan darah, nadi, respirasi kesadaran dan keadaan umum.

2) Pemeriksaan Kepala

a Kepala

Pemeriksaan kepala melihat bentuk kepala, kulit kepala, dan adanya benjolan atau lesi.

b Rambut

Periksalah kekuatan rambut klien karena kesehatan dan kekuatan rambut dipengaruhi oleh pola makan yang sehat selama hamil.

c Wajah

Tampak, nyeri tekan, nyeri yang terlihat atau ekspresi terbatas, edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya chloasma gravidarum pada ibu nifas.

d Mata

Konjungtiva, kornea, ketajaman penglihatan, kelompok mata, kelengkapan, dan simetri semuanya diperiksa dalam pemeriksaan mata. Klien yang pernah menjalani operasi caesar biasanya mengalami anemia pada konjungtiva akibat anemia atau pendarahan saat melahirkan.

e Hidung

Hidung terdiri dari tulang-tulang hidung, posisi septum hidung, pernapasan lobus hidung, keadaan lubang hidung, ada tidaknya sekret, penyumbatan saluran napas, perdarahan, dan polip.

f Telinga

Ukuran telinga, bentuk, ketegangan pada saluran telinga, kebersihan, dan ketajaman pendengaran semuanya diperiksa.

g Leher

Lokasi kelenjar tiroid, obstruksi vena jugularis, dan trakea semuanya diperiksa di leher. Setelah melahirkan, kelenjar biasanya membesar.

h Mulut dan gigi

Keadaan bibir, gigi, lidah, langit-langit mulut, orofaring, ukuran, dan warna amandel semuanya

diperiksa selama pemeriksaan mulut dan orofaringeal.

### 3) Dada dan thorax

#### a Inspeksi

Bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas.

#### b Palpasi

Penilaian vokal fremitus

#### c Perkusi

Melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis.

#### d Auskultasi

Bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan.

### 4) Payudara

Areola berwarna hitam, warna kulit tidak kemerahan, payudara simetris, keduanya tegang, nyeri tekan, dan kedua puting menonjol. Ibu yang ASInya dibekukan juga memiliki sedikit atau tidak ada ASI yang keluar dari payudaranya.

### 5) Abdomen

Selama pemeriksaan perut, luka operasi diperiksa untuk mencari tanda-tanda perdarahan atau hematoma, serta

indikasi adanya infeksi di sekitar luka sayatan. Fundus uterus (TFU) kira-kira setinggi satu jari di bawah bagian tengah pada hari pertama.

6) Lochea

Periksa lochea, perhatikan ciri-cirinya, warnanya, penyebab penggumpalan darah, dan baunya.

7) Parineum

Untuk melakukan pengkajian, ibu diposisikan senyaman mungkin, dan privasi dijaga dengan mencari indikasi "REEDA".

8) Eliminasi

Mengkaji pola eliminasi baik BAK dan BAB.

9) Ekstremitas

Fase postpartum adalah saat sistem muskuloskeletal ibu akan kembali ke adaptasi yang dialami selama kehamilan. Adaptasi ini mencakup pergeseran pusat kehamilan ibu sebagai respons terhadap pertumbuhan rahimnya, serta relaksasi dan hipermobilitas persendiannya. serta variasi ukuran kaki.

10) Pemeriksaan penunjang

- a. Hemoglobin atau hematokrit (Hb/Ht) dalam hitung darah lengkap mengevaluasi perubahan dari tingkat awal dan konsekuensi kehilangan

darah selama operasi.

- b. Urinalisis: meliputi kultur darah, urin, vagina dan lokea, dan tes tambahan bila diperlukan.

#### **D. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa yang diambil untuk ibu post sectio caesarea (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D. 0077)
2. Gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054)
3. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)

#### **A. Intervensi keperawatan**

Intervensi yang dapat di terapkan pada pasien sesuai (PPNI DPP SIKI Pokja, 2018) adalah sebagai berikut :

1. **Nyeri Akut (D.0077)**  
**Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I. 08238)**

- a. Observasi

- 1) Temukan lokasi nyeri dan catat ciri-cirinya, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitasnya; 2)
- 2) Kenali tanda-tanda nyeri nonverbal
- 3) Tentukan penyebab dan pereda nyeri
- 4) Mengidentifikasi keyakinan dan pengetahuan tentang nyeri

5) Waspadaai efek samping analgesik.

b. Terapeutik

1) Menawarkan metode non-farmakologis untuk manajemen nyeri

2) Mengontrol lingkungan untuk memperparah nyeri

3) memudahkan untuk rileks dan tidur

c. Edukasi

1) Jelaskan asal usul, waktu, dan penyebab nyeri.

2) Jelaskan mekanisme koping nyeri

3) Promosikan pemantauan rasa sakit secara mandiri

d. Kolaborasi

1) Kolaborasikan pemberian analgesik, jika perlu

2. **Gangguan mobilitas fisik (D.0054)**

**Intervensi Utama Dukungan Mobilisasi (I. 05173)**

a. Observasi

1) Verifikasi apakah Anda memiliki keterbatasan fisik, seperti nyeri.

2) Perhatikan seberapa besar toleransi fisik yang Anda miliki terhadap orang lain.

3) Verifikasi tekanan darah dan detak jantung sebelum mobilisasi awal.

4) Kaji keadaan umum selama mobilisasi

b. Terapeutik

- 1) Memanfaatkan teknologi bantu untuk mempermudah upaya mobilisasi
  - 2) Mendorong gerakan
  - 3) Membantu pasien menjadi lebih mobile
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah yang terlibat dalam mobilisasi
  - 2) Advokasi untuk mobilisasi yang cepat
  - 3) Memberikan saran mobilisasi sederhana yang perlu dilaksanakan.

### **3. Risiko infeksi (D. 0142)**

#### **Intervensi utama pencegahan infeksi (I. 14539)**

a. Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik

b. Terapeutik

- 1) Tetapkan batasan jumlah tamu
- 2) Rawat luka pada daerah yang bengkak.
- 3) tangan hendaknya dibersihkan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien dan lingkungan sekitar.
- 4) Saat merawat pasien risiko tinggi, pertahankan teknik aseptik

c. Edukasi

- 1) Jelaskan gejala dan indikator infeksi

- 2) Menjelaskan teknik mencuci tangan yang benar
- 3) Ajari tata cara batuk
- 4) Memberikan petunjuk cara pemeriksaan luka, termasuk luka bedah.
- 5) Menyarankan untuk meningkatkan konsumsi makanan
- 6) Sarankan untuk meningkatkan asupan hidrasi

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

## B. Evaluasi

Langkah terakhir, evaluasi, adalah menentukan berhasil atau tidaknya tindakan yang diambil untuk mengatasi suatu masalah. Perawat dapat menentukan derajat keberhasilan diagnosis, rencana tindakan, dan pelaksanaan pada tahap evaluasi (Sitanggang, 2018).

Menurut (Adinda, 2021) ada dua jenis Evaluasi dalam Asuhan Keperawatan antara lain : جامعته سلطان أبجوع الإسلامية

- 1) Evaluasi formatif (proses)

Sebagai komponen proses keperawatan, evaluasi formatif mengukur efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan. Untuk menentukan apakah intervensi tersebut efektif, evaluasi proses perlu dilakukan segera setelah rencana keperawatan diterapkan. Evaluasi proses perlu dilakukan berulang kali hingga tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Teknik pengumpulan data evaluasi

proses meliputi observasi klien, diskusi kelompok, wawancara, analisis rencana asuhan keperawatan, dan penggunaan formulir pengkajian.

## 2) Evaluasi Sumatif (hasil)

Rangkuman dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan sehubungan dengan waktu di tempat tujuan merupakan evaluasi sumatif. ditulis dalam laporan kemajuan. Pergeseran perilaku atau keadaan kesehatan klien di akhir panti asuhan merupakan fokus utama dari proses evaluasi sumatif. Penilaian semacam ini diselesaikan secara keseluruhan pada akhir panti asuhan.

Kesehatan klien di akhir panti asuhan atau perubahan perilaku merupakan subjek utama evaluasi sumatif. SOAP merupakan ilustrasi penilaian sumatif, dan didefinisikan sebagai berikut:

- a. *Subjective* (S) merupakan pernyataan juga keluhan yang dirasakan pasien
- b. *Objective* (O) merupakan data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga
- c. *Analys* (A) merupakan kesimpulan dari hasil *Subjective* dan *Objective*
- d. *Planning* (P) merupakan rencana untuk tindakan yang akan dilakukan berdasarkan *Analys*.

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Rancangan Studi Kasus**

Rancangan yang digunakan penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah *descriptive study*. Penulis mengelola masalah nyeri pada pasien ibu post SC dengan indikasi CPD dengan menerapkan relaksasi benson dan kompres dingin.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subyek Studi kasus yang digunakan penulis adalah mengaplikasikan pada ibu post SC dengan nama Ny. N yang berusia 23 tahun berjenis kelamin perempuan yang mengalami Nyeri saat menjalani perawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

#### **C. Fokus Studi**

Fokus studi yang digunakan oleh penulis adalah “ Implementasi relaksasi benson dan kompres dingin pada ibu post SC untuk mengurangi nyeri “

#### **D. Definisi Operasional**

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka konsep diatas maka definisi operasional dalam penelitian sebagai berikut :

Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Hasil Uji
Relaksasi Benson	Teknik relaksasi dengan cara duduk atau berbaring dengan mata terpejam, lalu dengan nafas dalam disertai dengan mengucapkan doa dengan tujuan pasien berelaksasi secara mendalam dibawah bimbingan atau pendampingan oleh peneliti dilakukan 2 kali sehari dengan durasi 10-20 menit tiap kali latihan relaksasi (Yusri, 2020).	Protokol atau panduan Tarik nafas dalam	Dilakukan
Kompres Dingin	Kompres dingin merupakan suatu metode dalam penggunaan suhu rendah yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis dengan memberikan es batu/air	Ice bag	Dilakukan

	dingin pada ice bag dalam waktu 5-10 menit diletakkan di daerah luka insisi (Yusri, 2020).		
Nyeri	Persepsi responden mengenai tingkat nyeri yang dirasakan sebelum dan sudah dilakukan perawatan luka yang ditunjukkan dengan cara responden melaporkan tingkat nyeri yang telah dijelaskan sebelumnya oleh peneliti dengan skala nyeri dari 0 sampai 10 (kategori tidak nyeri sampai nyeri berat) (Iii & Penelitian, 2019)(Yusri, 2020c)	<i>Numeric Rating Scale (NRS)</i>	Interpretasi skor untuk kriteria hasil antara lain : 1) 0 = tidak ada nyeri 2) 1-3 = nyeri ringan 3) 4-6 = nyeri sedang 4) 7-10= nyeri berat Pasien mengatkan skala nyeri 5 (nyeri Sedang)

## E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen yang digunakan untuk mengajarkan teknik relaksasi benson dan kompres dingin adalah panduan teknik relaksasi nafas dalam disertai dengan mengucapkan doa dan mengompres bagian luka insisi dengan air dingin/es batu. Instrumen yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri yang dirasakan klien dengan menggunakan skala NRS (*Numeric Rating Scale*) dan disertakan instrumen data demografi responden.

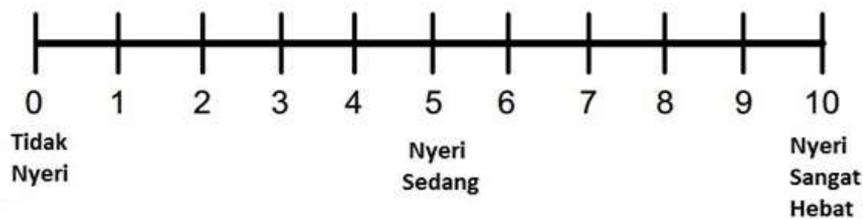
### 1. Data Demografi Responden

- a. Tanggal / Waktu Penelitian : 7-9 Februari 2024
- b. Nama Responden : Ny. N
- c. Usia : 23 tahun
- d. Jenis kelamin : Perempuan
- e. Jenis operasi : Sectio Caesarea

### 2. *Numeric Rating Scale* (NRS)

NRS merupakan sebuah instrumen yang digunakan untuk mengukur skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi benson dan kompres dingin adalah dengan skala nyeri jenis *Numeric Rating Scale* (NRS). Pasien diminta untuk melaporkan rasa sensasi nyeri apa adanya pada salah satu angka dari 0 sampai 10 yang dianggap paling tepat untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan. Skala ini merupakan pengukuran nyeri yang paling efektif digunakan pada pengkajian

skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi (Yusri, 2020).



0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan

4-6 : Nyeri sedang

7-10 : Nyeri berat

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa pertanyaan yang akan diajukan kepada responden. Pertanyaan tersebut mengenai Tingkat nyeri saat perawatan luka yang dirasakan oleh responden. Penulis mencatat sesuai dengan skala intensitas nyeri yang dirasakan responden.

## F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah adalah sebagai berikut :

1. Prosedur Administratif
  - a. Membuat surat permohonan ijin melakukan studi kasus dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang diajukan kepada pihak bagian diklat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

- b. Setelah mendapat ijin dari pihak Diklat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis menemui penanggung jawab ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang untuk mengajukan permohonan studi kasus yang akan dilakukan oleh penulis selama 3 hari.
- c. Setelah mendapatkan ijin dari pihak penganggung jawab ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Penulis memilih pasien dengan karakteristik responden yaitu pasien ibu post SC dengan indikasi CPD saat di rawat di Rumah Sakit Islam Sultan agung Semarang.

## 2. Prosedur Teknis

### a) Tahap persiapan

Penulis melakukan persiapan dengan memastikan semua alat sudah siap dan intervensi yang akan digunakan dalam pengambilan data studi kasus tersusun sebelum ke responden.

### b) Tahap pelaksanaan

- 1) Penulis terlebih dahulu menjelaskan tujuan studi kasus dan meminta ijin kepada pasien dan keluarga untuk dijadikan pasien sebagai subyek studi kasus / responden. penulis akan menerapkan asuhan keperawatan kepada responden selama 3 hari. Pasien dan keluarga berhak menyetujui atau menolak untuk

dijadikan responden dengan mengisi lembar yang telah disiapkan oleh penulis yaitu *informed consent*.

- 2) Apabila pasien dan keluarga menyetujui untuk dijadikan responden. maka penulis dapat memulai proses pengumpulan data dengan metode wawancara dan observasi langsung terhadap pasien dan keluarga.
- 3) Setelah itu penulis melakukan kontrak waktu, tempat, dan persetujuan untuk melakukan asuhan keperawatan kepada Responden
- 4) Penulis mengecek intensitas nyeri menggunakan NRS dengan skala nyeri 0 sampai 10 sebelum diberikan intervensi relaksasi benson dan kompres dingin.
- 5) Melakukan intervensi kepada responden sesuai dengan prosedur relaksasi benson dan kompres dingin.

c) Tahap Pra Interaksi

(1) Mengecek program terapi

(2) Mengidentifikasi pasien dengan benar

(3) Menyiapkan dan mendekatkan alat kedekat pasien

d) Tahap orientasi

(1) Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri

- (2) Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan
- (3) Menjelaskan tujuan prosedur tindakan
- (4) Menanyakan kesiapan pasien dan meminta kerja sama dengan pasien / keluarga

e) Tahap kerja

- (1) Menjaga privasi
- (2) Mengajak pasien membaca basmallah
- (3) Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai dengan kondisi pasien
- (4) Pantau luka insisi
- (5) Mengajak pasien merileks kan tubuh dengan cara berbaring kemudian tarik nafas dalam dan membaca doa
- (6) kemudian memasang pengalas dibawah bagian tubuh yang akan dikompres
- (7) masukkan es batu dan air kemudian meletakkan ice bag dibagian yang akan dikompres
- (8) Pasien diminta untuk melaporkan rasa sensasi nyeri apa adanya pada salah satu angka dari 0 sampai 10 yang dianggap paling tepat untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan.

f) Tahap terminasi

- (1) Melakukan evaluasi dan menyampaikan hasil pengkajian yang dilakukan.
- (2) Menyampaikan rencana tindak lanjut
- (3) Merapikan pasien dan lingkungan
- (4) Mengajak pasien membaca hamdalah
- (5) Berpamitan dengan pasien dengan menyampaikan kontrak yang akan datang
- (6) Membereskan dan merapikan alat
- (7) Mencuci tangan
- (8) Mencatat di lembar catatan keperawatan
- (9) Melakukan tindakan relaksasi benson dan kompres dingin selama 3 hari

**G. Lokasi dan waktu studi kasus**

Penulis menerapkan studi kasus, mengaplikasikan tindakan keperawatan mandiri di Ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 07 – 09 Februari 2024.

**H. Analisis data dan Penyajian data**

1. Analisis Data

Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta dan selanjutnya membandingkan teori yang ada, selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang

digunakan adalah dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk di interpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisa data adalah sebagai berikut :

a Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil dan dokumen. Hasil yang di dapatkan kemudian ditulis dalam bentuk catatan lapangan dan di salin dalam bentuk catatan terstruktur.

b Mereduksi data

Data hasil observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan terstruktur dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif serta data obyektif, kemudian dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik dan dibandingkan dengan nilai normal atau bahan yang menjadi acuan

c Kesimpulan

Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi, dimana data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi (Yusri, 2020).

## 2. Penyajian Data

Dalam penerapan studi kasus ini, penulis menyajikan data

secara tekstual/narasi yang disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dari subyek studi kasus yang merupakan data pendukungnya.

## I. Etika Studi Kasus

Menurut (Yusri, 2020) Etika penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk kegiatan penelitian yang melibatkan pihak penulis, subyek penelitian, serta Masyarakat yang akan mendapatkan dampak dari penelitian tersebut. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti terlebih dahulu mendapatkan rekomendasi dari institusi untuk mengajukan permohonan ijin kepada tempat penelitian. Etika penelitian adalah bentuk pertanggung jawaban penulis terhadap penelitian keperawatan yang dilakukan. Bahwa ada beberapa aturan etika yang harus ditaati oleh penulis dan berlaku bagi semua metode penelitian.

Etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

- 1) Informed consent (persetujuan menjadi klien) yaitu persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subyek penelitian

setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan terbuka dari penelitian, diberikan sebelum pengkajian. Penelitian melakukan beberapa hal yang berhubungan dengan informed consent antara lain :

- a. Memperisiapkan fomulir persetujuan yang kana ditandai dengan objek penelitian, isi fomulir informed consent mencakup.

- 1) Penjelasan dengan judul penelitian, tujuan dan manfaat penelitian.
  - 2) Permintaan kepada subyek untuk berpartisipasi dalam penelitian
  - 3) Penjelasan prosedur
  - 4) Gambaran tentang resiko dan ketidak nyamanan selama penelitian
  - 5) Penjelasan tentang keuntungan yang di dapat dengan berpartisipasi sebagai subyek penelitian
  - 6) Penjelasan tentang jaminan kerahasiian dan anonimitas
  - 7) Hak untuk mengundurkan diri dari keikut sertaan sebagai subyek penelitian, kapanpun sesuai dengan keinginan subyek
  - 8) Persetujuan penelitian untuk memberikan informasi yang jujur terikat dengan prosedur penelitian
  - 9) Pertanyaan persetujuan dari subyek untuk ikut serta dalam penelitian
- b. Memberikan penjelasan langsung kepada subyek mencakup seluruh penjelasan lain diperlukan untuk memperjelas subyek tentang penatalaksanaan penelitian.

- c. Memberikan kesempatan kepada subyek untuk bertanya tentang aspek-aspek yang belum dipahami dari penjelasan penelitian dan menjawab seluruh pertanyaan subyek yang terbuka
- d. Memberikan waktu yang cukup kepada subyek untuk menentukan pilihan mengikuti atau menolak ikut serta sebagai subyek peneliti
- e. Meminta subyek untuk menandatangani fomulir informed consent jika ia menyetujui ikut serta dalam penelitian

## 2) Anonymity (tanpa nama)

Penelitian tidak akan menampilkan informasi mengenai nama dan alamat asal responden dalam kuesioner maupun alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Oleh karna itu penelitian ini penulis akan menulis nama responden cukup dengan inisial dan memberikan nomor atau kode pada masing-masing lembar tersebut

## 3) Confidentiality (kerahasiaan)

Manusia sebagai subyek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Namun tidak bisa dipungkiri bahwa penelitian

menyebabkan terbukanya informasi tentang subyek, sehingga penulis perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subyek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain. Prinsip ini dapat diterapkan dengan cara meniadakan identitas seperti nama dan alamat subyek. Kemudian diganti dengan kode tertentu. Dengan demikian segala informasi yang menyangkut identitas subyek tidak terekspos luas

4) Non maleficence (tidak merugikan)

Mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (beneficence) kemudian meminimalisir resiko/dampak yang merugikan bagi penulis.

5) Justice (keadilan)

Pada penelitian ini mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, cepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Dalam hal ini kedua partisipan diberlakukan sama dengan melakukan tindakan keperawatan mengurangi rasa nyeri adapaun tindakan keperawatan lainnya

6) Accountability (akuntabilitas)

Akuntabilitas adalah standar yang pasti bahwa tindakan seseorang profesional dapat nilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda terkecuali, contoh pertanggung jawab pada diri sendiri, profesi, partisipan, sesama teman sejawat, karyawan, dan masyarakat. Jika perawat salah memberi dosis obat pada partisipan yang menerima obat, dokter yang memberi tugas delegatif, dan masyarakat yang menuntut kemampuan profesional.

7) Beneficiency (berbuat baik)

Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Contoh perawat menasehati partisipan tentang program pelatihan untuk memperbaiki Kesehatan.

8) Veracity (kejujuran)

Nilai ini bukan cuman dimiliki oleh perawat namun untuk dimiliki oleh seluruh pemberian layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap partisipan untuk meyakinkan agar partisipan mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komperensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya partisipan memiliki otonomi sehingga berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu

## BAB IV

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Studi Kasus

##### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan ini dilakukan pada tanggal 07 Februari 2024 pada pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan Asuhan keperawatan post Sectio Caesarea indikasi *Cephalo Pelvie Disporportion* (CPD) Pada Ny. N Diruang VK RSI Sultan Agung Semarang. Diperoleh Data/gambar pengkajian kasus sebagai berikut :

##### a. Identitas

###### 1) Identitas Klien

Klien Bernama Ny. N dengan usia 23 tahun. Alamat Rumah Slodong, Rt 01/04 sidogemah, sayung, Demak, klien beragama islam, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, diagnosa masuk P1A0 dengan CPD.

###### 2) Identitas penanggung jawab

Selama klien dirawat dirumah sakit orang yang bertanggung jawab adalah suaminya yang Bernama Tn. A, Alamat Rumah Slodong, Rt 01/04 sidogemah, sayung, Demak, beragama islam berusia 26 tahun, pekerjaan sebagai karyawan swasta

### 3) Status Obsetri

Klien dengan P1A0 kelahiran pertama secara sectio caesarea dengan kondisi sehat, berat badan 3.500 gram, umur 0 bulan

#### **b. Keluhan Utama**

Klien datang kerumah sakit dengan keluhan flek-flek banyak dan sakit perut pada tanggal 6 Februari 2024 jam 23.00 WIB dengan indikasi CPD. Setelah dilakukan operasi tepatnya pada tanggal 7 Februari 2024 klien mengatakan nyeri di area perut (luka insisi) dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi, pasien juga sulit tidur dan sering terbangun di Tengah malam. Nyeri terus menerus seperti tersayat-sayat apalagi saat bergerak.

#### **c. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Klien mengatakan nyeri di area perut (luka insisi) dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terus menerus seperti tersayat-sayat apalagi saat bergerak, klien juga mengalami cemas karena takut jahitannya robek . disertai tanda-tanda vital TD: 140/90 mmHg, Nadi: 98x/menit, Suhu: 36°C, SPO2: 100%. HTPL 01 Mei 2023.

#### **d. Masalah Kehamilan**

Terdapat masalah kehamilan pada anak ke satu yaitu melalui Tindakan SC karena CPD karena tinggi badan ibu hanya 145 cm dan

badan bayinya besar.

**e. Riwayat Menstruasi**

Pasien mengatakan siklus menstruasi 28 hari dengan lama menstruasi 7 hari dan menarche pada umur 12 tahun, pasien mengatakan tidak ada gangguan saat menstruasi.

**f. Riwayat KB**

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB dan klien mengatakan belum ada rencana ingin menambah anak lagi jadi klien mengatakan merencanakan program pil KB IUD.

**g. Pemeriksaan Fisik**

1) Tanda-tanda vital :

a) Tekanan darah : 124/81 mmHg

b) Nadi : 103x/menit

c) Suhu : 36,2°C

d) Respirasi : 22x/menit

2) Keadaan umum

Klien tampak lemas, lesu, mata sayu, tampak meringis menahan nyeri, tampak gelisah, dan klien tampak sulit untuk bergerak.

3) Kesadaran

Composmentis

## 4) Kepala, leher

## a) Kepala

Bentuk kepala mesocephal, tidak ada oedem, tidak teraba benjolan, tidak ada lesi, tidak ada luka

## b) Rambut

Rambut tampak lurus, berwarna hitam, bersih tidak lepek dan kotor

## c) Wajah

Pipi kanan dan kiri simetris, tidak lebam, tidak lesi, kulit bersih warna sawo matang.

## d) Mata

Mata kanan kiri simetris, tidak odema, tidak ada lesi, sklera tidak hikterik, konjungtiva tidak anemis dan tidak memakai alat bantu seperti kaca mata.

## e) Hidung

Berbentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping biderag, tidak ada nyeri tekan, tidak sinus dan fungsi penciuman baik.

## f) Telinga

Kanan kiri simetris, tidak ada lesi, tidak ada odem dan fungsi pendengaran baik.

## g) Lehar

Tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran

vena jugularis.

h) Mulut dan gigi

Mukosa mulut kering, tidak memakai gigi palsu, dan gigi bersih.

5) Thorax

a) Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada luka

b) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding dada teraba

c) Perkusi : Sonor

d) Auskultasi : Tidak ada suara nafas tambahan

6) Payudara

a) Inspeksi : bentuk kanan kiri simetris, menonjol, areola berwarna gelap, produksi ASI masih belum baik

b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

c) Colostrum : colostrum sudah keluar

7) Abdomen

a) Bentuk abdomen : cembung, terdapat luka pada perut (luka insisi SC) dengan bentuk horizontal terbuka panjang 12cm, lebar 1-2cm

b) Nyeri tekan : nyeri pada bagian post SC

(luka insisi) dibagian perut

8) Lochea (Rubra)

- a) Jumlah : 2 kali ganti pembalut
- b) Warna : merah terang kecoklatan
- c) Konsistensi : cair
- d) Bau : anyir

9) Perineum

- a) Keadaan : utuh
- b) Tanda REEDA : tidak ada
- c) Kebersihan : bersih tidak ada edema dan lesi
- d) Hemorhoid : tidak ada

10) Eliminasi

- a) Kesulitan BAK : Klien terpasang kateter, berwarna kuning, bau khas
- b) Kesulitan BAB : klien belum BAB setelah melahirkan
- c) Distensi VU : Terpasang Kateter

11) Ekstremitas

- a) Atas : terpasang infus RL/20 tpm
- b) Bawah : kaki kanan kiri simetris, tidak ada luka dan odem
- c) Varises : tidak ada

d) Tanda homans : Negatif

#### h. Pengkajian kebutuhan Khusus

1) Oksigenasi : adakah keluhan sesak nafas pusing setelah beraktivitas

Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas

2) Nutrisi : Asupan makanan ibu

Pasien memakan nasi habis setengah porsi

3) Cairan : klien terpasang infus RL 20 tpm

4) Eliminasi :

a) adakah keluhan keringat berlebih, dan Upaya mengatasinya?

Tidak ada

b) BAK pertama setelah melahirkan  
Sekitar jam 17.20

c) Adakah keluhan BAK, Jelaskan

Tidak ada

d) BAB pertama setelah persalinan

Belum BAB

e) Adakah keluhan BAB, Jelaskan

Tidak ada

5) Kenyamanan : klien mengatakan nyeri dibagian bawah perut luka post SC dan klien tampak meringis

P : klien mengatakan nyeri, jika bergerak nyeri bertambah

Q : klien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat

R : klien mengatakan nyeri dibagian abdomen luka insisi

S : klien mengatakan nyeri dengan skala 5

T : klien mengatakan nyeri terus menerus

6) Istirahat dan tidur :

klien mengatakan pola tidurnya sedikit terganggu, karena harus terbangun untuk menyusui bayinya

**i. Pemeriksaan Fisik Bayi**

a) BB : 3.500 gram

b) PB : 52 cm

c) LD : 37 cm

d) LK : 36 cm

e) LL : 12 cm

f) GDS : 57

**j. Pemeriksaan penunjang**

Tanggal : 06 Februari 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>Darah rutin 1</b>				
Hemoglobin	12,5	11,7-15,5	g/dL	
Hematokrit	37,4	33,0 – 45,0	%	
Leukosit	H 14,69	3,60 – 11.00	Ribu/uL	
trombosit	182	150 - 440	Ribu/uL	

Pemeriksaan laboratorium klinik

Tanggal 07 Februari 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	keterangan
<b>URINALISA</b>				
Urin lengkap				
<b>Makroskopis</b>				
Warna	Kuning			
kejernihan	Jernih	Jernih		
<b>Kimia urin</b>				
Berat jenis	L 1.007	1.015 – 1.025		
Reaksi/pH	6,0	4,8 – 7,4		
Protein	Negatif	Negatif	mg/dL	
Reduksi	Negatif	Negatif	mg/dL	

Benda keton	1+	Negatif	mg/dL
Darah (Blood)	3+	Negatif	Eri/UL
leukosit	Negatif	Negatif	Leu/uL
Nitrit	Negatif	Negatif	
Bilirubin	Negatif	Negatif	mg/dL
Urobilinogen	Negatif	Negatif	Mg/dL
<b>Mikroskopis</b>			
Eritrosit	H 242,0	< 23	/uL
Leukosit	8,2	< 25	/uL
Epitel total	12,5	< 31	/uL
Epitel squamus	10.1	< 31	/uL
Epitel non squamus	H 2,3	< 1	/uL
Epitel transisional	0,0	< 1	/uL
Epitel renal tubular	H 2,3	< 1	/uL
Silinder total	0,1	< 1	/uL
Silinder hyalin	0,1	< 1	/uL
Silinder patologis	0,0	< 1	/uL

Pemeriksaan laboratorium klinik

Tanggal: 07 Februari 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	keterangan
Bakteri	217.4	< 1200	/uL	
Kristal	0.0	< 10	/uL	

Jamur	0.4	< 1	/uL
Mucus	0.0	< 1	/uL

### k. Therapy

Nama obat	Aturan pakai	Cara pemberian
Cefadroxil	2x500	Oral
Asam mefenamat	3x500	Oral
Keterolak	3x1	Oral
Cefotaxime	1 amp	IV
Ketropofa supp	1 amp	IV
Oxytocin	1 amp	IV
Infus RL	18 tpm	IV

### l. Diit

Klien mengatakan makan habis satu porsi nasi

### 2. Analisa Data

Pada tanggal 7 Februari 2024 pukul 18.00 WIB di dapatkan data subyektif yang pertama yaitu klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas SC, klien mengatakan nyeri terus menerus dan jika bergerak nyerinya bisa bertambah dengan skala nyeri 5 nyeri seperti disayat-sayat, klien juga mengatakan bagaimana cara mengatasi nyeri dengan cara tidak meminum obat, sedangkan data obyektifnya klien tampak meringis dengan keadaan lemah, tampak menahan rasa sakitnya, dengan tekanan darah 124/81 mmHg,

Nadi 103x/menit, suhu 36,5°C dan respirasi 22x/menit. Dari data yang diperoleh di atas penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Kemudian data fokus yang kedua di dapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan merasa cemas bila badannya digerakkan maka mengganggu luka SC klien mengatakan cemas bila jahitannya robek dan nyeri akan bertambah, klien mengatakan enggan untuk bergerak dan mengatakan badanya tidak bugar. Sedangkan data obyektif klien tampak lemah klien sangat sulit untuk berpindah tempat dan posisi klien tampak meringis dan keadaan umum tampak lemas. Dari data yang di peroleh di atas penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan.

Di data fokus yang ketiga di dapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan terdapat luka insisi SC dengan jenis horizontal, klien juga mengatakan luka SC terbuka dengan panjang luka 12cm dan lebar 1-2cm klien mengatakan perih pada luka SC. Pada data obyektif didapatkan klien tampak meringis dan klien tampak mengeluh nyeri. Didapat tanda-tanda vital dengan tekanan darah 115/75 mmHg, Nadi 76x/menit, suhu 36,7°C, dan respirasi 22x/menit. Dari data yang diperoleh di atas penulis menegakkan diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

### 3. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (D. 0077)
2. Gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054)
3. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)

### 4. Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 7 Februari 2024 disusun Intervensi keperawatan berdasarkan Intervensi yang sudah dilakukan. Diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan yang direncanakan selama 3 kali 24 jam tetapi klien kurang kooperatif maka intervensi dilakukan hanya 1x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun. Intervensi utama yang diterapkan yaitu manajemen nyeri yang pertama observasi dengan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri. Kemudian identifikasi skala nyeri dan identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pada tahap terapeutik berikan posisi yang nyaman kemudian berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (Relaksasi benson dan kompres dingin). Selanjutnya pada edukasi jelaskan bagaimana strategi meredakan nyeri melalui teknik non farmakologi seperti yang sudah di terapkan sebelumnya serta kolaborasi pemberian analgesic.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan. Tujuan dan kriteria hasil yang diterapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil nyeri menurun, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi utama yang diterapkan yaitu dukungan mobilisasi dengan observasi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama mobilisasi. Untuk tahap terapeutik yakni fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Pada tahap edukasi jelaskan tujuan dan proses mobilisasi anjurkan untuk mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya duduk di tempat tidur. Selanjutnya kolaborasikan pemberian obat tidur, jika perlu.

Diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil area luka membaik, kebersihan badan meningkat dan nyeri menurun. Intervensi utama yang ditetapkan adalah pencegahan infeksi dengan observasi yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Kemudian pada tahap terapeutik yaitu berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan

pasien. Pada tahap edukasi yaitu menjelaskan tanda dan gejala infeksi misalnya terdapat kemerahan, ajarkan cara cuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. Selanjutnya kolaborasikan pemberian imunisasi, jika perlu.

## 5. Implementasi

Pada tanggal 7 Februari 2024 pukul 20.00 WIB dilakukan implementasi dari Intervensi diagnosa yang pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Relaksasi Benson diberikan 4-6 jam setelah pemberian obat analgesik. Selanjutnya di dapat respon data subjektif klien mengatakan nyeri dibagian perut luka jahit bekas operasi dengan skala 5, sedangkan data objektif didapat klien tampak meringis, lemas, klien tampak menahan sakit, dan tampak luka insisi di perut klien. Selanjutnya pada pukul 20.05 WIB dilakukan implementasi yang kedua yaitu mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri di dapat respon data subjektif klien mengatakan nyeri berkurang saat digunakan tidur, data objektif klien tampak meringis.

Pada pukul 20.10 WIB dilakukan implementasi yang ketiga yaitu memberikan posisi yang nyaman selanjutnya di dapatkan data subjektif klien mengatakan posisinya sudah nyaman dan data objektif klien tampak rileks, dilanjutkan dengan pemberian teknik non farmokologi untuk mengurangi nyeri dengan relaksasi benson dan kompres dingin : tarik nafas dalam

dengan posisi tubuh rileks dan berbaring di tempat tidur sembari mengucapkan doa dan kompres menggunakan air es di bagian luka yang nyeri. Di dapat respon klien data subjektif klien mengatakan sedikit dapat melakukan Teknik yang diajarkan data objektif klien tampak rileks saat tarik nafas dalam dan membaca “ astaghfirullah “.

Pada pukul 20.30 WIB dilanjutkan implementasi dari diagnosa yang kedua yakni gangguan mobilitas fisik yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya selanjutnya didapatkan respon subjektif klien mengatakan sulit untuk miring kanan kiri dan duduk, klien mengatakan cemas jika banyak bergerak takut jahitannya robek. Data objektif klien tampak sulit menggerakkan ekstremitas bawah, klien tampak meringis gelisah. Pada pukul 20.35 penulis memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi di dapatkan data subjektif klien mengatakan dadanya berdebar data objektif klien tampak lemas dan pucat dengan tekanan darah 124/81 mmHg, nadi 103x/menit.

Dilanjutkan kembali pada pukul 20.40 WIB implementasi menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan menganjurkan mobilisasi dini secara pelan-pelan di dapat respon subjektif klien mengatakan bersedia untuk melakukan mobilisasi dengan data objektif klien tampak kooperatif. Pada implementasi terakhir pada hari pertama pukul 20.45 penulis memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur di dapatkan data subjektif klien mengatakan bersedia untuk merubah posisinya.

Untuk implementasi dari diagnosa ketiga yakni risiko infeksi pada

pukul 21.00 WIB penulis memonitor tanda dan gejala infeksi selanjutnya didapati data subjektif klien mengatakan bersedia lukanya dilihat dengan respon objektif klien tampak mengizinkan perawat melakukan monitor terhadap lukanya. Dilanjutkan dengan implementasi kedua pada pukul 21.05 penulis menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan tanda-tanda apabila di sekitar luka jahitan terdapat kemerahan di dapatkan data subjektif klien emngatakan tidak tau tanda dan gejala infeksi dan data objektif klien nampak memahami apa yang dijelaskan perawat. Pada pukul 21.10 penulis menjelaskan cara mencuci tangan dengan 6 langkah benar di dapatkan data subjektif klien mengatakan ingin tau bagaimana cara mencuci tangan dengan benar agar saat memegang lukanya tangan sudah bersih data objektif klien tampak memahami dan memperhatikan perawat yang sedang praktek cuci tangan dengan benar. Kemudian pukul 21.15 WIB penulis mengajurkan cara memeriksa kondisi luka apakah lukanya terdapat nanah atau tidak di dapatkan data subjektif klien mengatakan tidak tau cara merawat luka operasi data objektif klien tampak memahami dengan apa yang di sampaikan perawat. Impelemntasi yang terakhir di hari pertama pukul 21.20 WIB penulis mengkomunikasikan dengan perawat penanggung jawab apakah pasien mendapatkan imunisasi atau tidak di dapatkan data objektif pasien tampak diberikan obat antibiotik.

Impelemntasi pada hari kedua tepatnya pada tanggal 8 Februari 2024 pada diagnosa nyeri akut pukul 09.00 WIB penulis mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan

mengidentifikasi skala nyeri di dapat respon subjektif klien mengatakan nyeri saat tersengol atau terpegang saja dengan nyeri seperti di sayat-sayat di sekitar luka SC dengan skala 3 dan nyeri hilang timbul. Didukung data objektif klien tampak sedikit meringis kesakitan dengan TTV tekanan darah 120/80mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36°C dan respirasi 22x/menit. Dilanjutkan pukul 09.05 dengan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri selanjutnya di dapat respon subjektif klien mengatakan saat duduk atau berpindah masih sedikit nyeri dengan data objektif klien tampak sedikit tenang. Pada pukul 09.10 WIB memberikan posisi yang nyaman dan di dapati respon subjektif klien mengatakan sudah bisa berpindah posisi miring dan duduk meskipun masih merasakan sedikit nyeri dan saat akan duduk masih di bantu oleh keluarganya.

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik hari kedua dilakukan implementasi yakni mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya selanjutnya di dapati respon subjektif klien mengeluh nyeri di area abdomen tetapi klien mengatakan sudah mulai bisa untuk miring kanan kiri data objektifnya klien tampak bisa menggerakkan kakinya perlahan dan klien tampak meringis gelisah. Dilanjutkan implementasi pada pukul 09.35 WIB penulis mengajarkan mobilisasi dini pelan-pelan miring kanan kiri pelan-pelan dan belajar duduk di dapatkan data subjektif klien mengatakan bersedia untuk miring kanan-kiri dan sudah tidak cemas jahitannya robek data objektif klien nampak kooperatif klien nampak sudah bisa miring kanan kiri dan duduk meskipun masih merasakan sakit dan di bantu sebagian oleh

keluarganya.

Untuk diagnosa ketiga yakni risiko infeksi pada pukul 10.00 WIB penulis memonitor tanda dan gejala infeksi di dapatkan data subjektif klien mengatakan luka post SC tampak kemerahan data objektif klien tampak khawatir dengan lukanya. Pada pukul 10.05 penulis menganjurkan memeriksa kondisi luka dengan cara memencet-mencet area luka apakah terdapat pus atau tidak di dapatkan data subjektif saat di bersihkan luka post SC klien tampak bersih tidak ada pus data objektif klien tampak senang dan tidak cemas. Pada pukul 10.15 penulis menanyakan apakah sudah di berikan obat antibiotik oleh perawat atau belum di dapatkan data subjektif klien mengatakan telah di berikan obat antibiotik dan setelah meminum obat tersebut klien mengatakan lukanya tidak kemerahan data objektif klien tampak diberikan obat antibiotik.

Implementasi di hari ketiga pada diagnosa pertama, tanggal 9 Februari 2024 pukul 09.00 WIB penulis mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri di dapatkan data subjektif yakni klien mengatakan nyerinya berkurang, hanya nyeri jika bergerak saja dengan nyeri sedikit tersayat-sayat di sekitar luka bekas SC skala 2 hilang timbul. Data objektif klien tampak kesakitan dengan TTV tekanan darah 120/85mmHg nadi 89x/menit suhu 36,5°C respirasi 22x/menit. Dilanjutkan pada pukul 09.05 penulis mengidentifikasi ulang faktor yang memperberat dan emperingan nyeri, kemudian di dapatkan hasil subjektif klien mengatakan

sudah tidak nyeri saat hendak duduk maupun miring kanan kiri serta hasil objektif klien tampak tenang. Pada pukul 09.10 WIB penulis memberikan posisi yang nyaman dan hasil subjektif klien mengatakan sudah bisa berpindah posisi miring kekanan saat mau menyusui anaknya dan duduk berarti nyeri menurun. Pada pukul 09.20 penulis memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan kompres dingin di dapatkan data subjektif klien mengatakan lega saat setelah dilakukan kompres menggunakan es dan air data objektif klien tampak rileks.

Pada diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik, pukul 09.30 penulis mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, kemudian di dapatkan hasil subjektif klien mengatakan sudah tidak nyeri di area abdomen dan klien sudah bisa miring kanan kiri data objektifnya klien sudah bisa menggerakkan kakinya. Untuk implementasi kedua dilakukan pada pukul 09.35 WIB penulis memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi di dapatkan data subjektif klien mengatakan dadanya sudah tidak berdebar TTV dengan tekanan darah 120/85mmHg nadi 89x/menit data objektif klien tampak sedikit lemas. Dilanjut implementasi pada pukul 09.40 penulis menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan menganjurkan mobilisasi dini pelan-pelan di dapatkan data subjektif klien mengatakan bersedia untuk melakukan mobilisasi data objektif klien tampak kooperatif klien tampak sudah bisa miring kanan. Untuk implemntasi berikutnya di lakukan pada pukul 09.50 penulis memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur di dapatkan data subjektif klien

mengatakan bersedia untuk mencoba merubah posisi tidur.

Untuk diagnosa terakhir di hari terakhir yakni risiko infeksi, pada pukul 10.00 WIB penulis memonitor tanda dan gejala infeksi di dapatkan data subjektif klien mengatakan luka bekas SC sudah tidak kemerahan data objektif jahitan klien tampak bagus dan bersih klien tampak tersenyum. Dilanjutkan implementasi berikutnya pada pukul 10.05 penulis menanyakan kepada klien apakah hari ini sudah di berikan obat antibiotik di dapatkan data subjektif klien mengatakan sudah mendapatkan obat antibiotik klien mengatakan jahitannya sudah bagus data objektif klien tampak tidak cemas dengan lukanya dan berharap lukanya cepat mengering.

## 6. Evaluasi

Pada 7 Februari 2024 pukul 20.00 hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan catatan perkembangan subjektif klien mengatakan nyeri dibawah bagian abdomen. Penyebab nyeri saat digunakan bergerak, kualitas nyeri seperti di sayat-sayat di daerah luka sekitar SC, skala 5, secara terus-menerus. Data objektif klien tampak meringis lemas dengan TTV tekanan darah 124/85mmH, nadi 103x/menit suhu 36,5<sup>o</sup>c, respirasi 22x/menit. Hasil assesment masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan posisi yang nyaman, berikan teknik non-

farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi benson)

Pada 7 Februari 2024 pukul 20.30 WIB hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan kedua yakni gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan di dapati perkembangan subjektif klien mengeluh sulit untuk miring kanan kiri dan duduk klien cemas jika bergerak jahitannya akan robek data objektif klien tampak sulit menggerakkan ekstremitas bawah, klien tampak meringis gelisah. Hasil Assesment masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor tekanan jantung dan darah sebelum memulai mobilisasi, Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan menganjurkan mobilisasi dini pelan-pelan, anjurkan mobilisasi dini pelan-pelan miring kanan kiri pelan-pelan.

Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan ketiga yakni risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif pada pukul 21.00 WIB di dapati perkembangan subjektif klien mengatakan bersedia lukanya untuk dilihat klien mengatakan luka post SC nya tampak kemerahan data objektif klien tampak mengizinkan perawat melakukan monitor terhadap lukanya klien tampak khawatir. Hasil Assesment masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi memonitor tanda dan gejala infeksi, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, jelaskan cara cuci tangan dengan benar, anjurkan cara memeriksa kondisi luka, kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

Pada hari kedua tanggal 8 Februari 2024 pukul 09.00 WIB hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan catatan perkembangan subjektif klien mengatakan

nyeri sudah mulai menurun, hanya nyeri ketika tersenggol atau terpegang saja, dengan nyeri seperti di sayat-sayat di area sekitar luka bekas SC skala 3, dan hilang timbul dan data objektif klien tampak sedikit meringis kesakitan jika lukanya tersenggol. Hasil Assasement masalah teratasi sebagian kemudian lanjutkan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan posisi yang nyaman.

Selanjutnya untuk hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, pada pukul 09.30 WIB di dapatkan catatan perkembangan klien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri sedikit demi sedikit dan nyerinya sudah mulai berkurang. Data objektif klien tampak bisa menggerakkan kakinya secara perlahan. Hasil Assasement masalah teratasi sebagian kemudian lanjutkan intervensi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor tekanan jantung dan darah sebelum memulai mobilisasi, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan menganjurkan mobilisasi dini pelan-pelan, anjurkan mobilisasi dini pelan-pelan miring kanan kiri pelan-pelan dan duduk.

Untuk diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, pada pukul 10.00 WIB di dapat hasil perkembangan subjektif klien mengatakan bekas luaknya kemerahan klien sudah tau cara membersihkan luka. Data objektif klien tampak khawatir. Hasil Assasement masalah teratasi Sebagian lanjutkan Intervensi monitor tanda dan gejala

infeksi, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Jelaskan cara cuci tangan dengan benar, anjurkan cara memeriksa kondisi luka, kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

Evaluasi di hari ketiga untuk diagnosa nyeri akut tanggal 9 Februari 2024 pukul 10.00 WIB di dapat catatan perkembangan pasien mengatakan nyerinya membaik dan hanya nyeri jika bergerak saja dengan nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri disekitar luka bekas SC skala 2 dan hilang timbul. Data objektif klien tampak sudah tidak meringis. Hasil Assasement masalah teratasi dan hentikan Intervensi.

Untuk diagnosa kedua yakni gangguan mobilitas fisik, pukul 10.30 WIB didapati catatan perkembangan subjektif klien mengatakan tidak merasakan nyeri di daerah abdomen, klien mengatakan sudah bisa miring kekanan. Data objektif klien tampak sudah bisa menggerakkan kakinya. Hasil Assasement masalah teratasi hentikan Intervensi.

Pada pukul 11.00 WIB evaluasi untuk risiko infeksi didapati catatan perkembangan subjektif klien mengatakan luka bekas SC sudah tidak kemerahan klien sudah paham cara merawat luaknya dengan data objektif jahitan luka klien tampak bersih. Hasil Assasement masalah teratsi dan hentikan Intervensi.

## **B. Pembahasan**

Studi kasus ini akan mengkaji dan mengevaluasi kasus asuhan keperawatan yang melibatkan penerapan relaksasi Benson dan kompres dingin pada ibu pasca SC yang memiliki indikasi CPD guna mengurangi

nyeri. Sejumlah komponen asuhan keperawatan menjadi landasan pembahasan, antara lain pengkajian, penetapan diagnosis yang sebaiknya dimasukkan dalam asuhan keperawatan, rencana tindakan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Sebagai persiapan untuk tiga shift perawatan yang dijadwalkan berlangsung mulai 7 Februari hingga 9 Februari 2024. Tiga diagnosis perawatan prioritas nyeri akut, gangguan penulanan fisik, dan risiko infeksi ditetapkan dalam perawatan pelindung ini.

#### **A. Pengkajian**

Tahap pertama dari proses ini, yaitu penilaian, memerlukan pertimbangan data dasar primer dan sekunder. Langkah mendasar dalam keseluruhan proses keperawatan adalah penilaian keperawatan, yang mengumpulkan data dan informasi pasien untuk mengidentifikasi kebutuhan klien dalam hal kesehatan fisik, mental, sosial, dan lingkungan serta permasalahannya. Data primer adalah informasi yang dapat diperoleh langsung dari klien; data sekunder adalah informasi yang dapat diperoleh dari sumber lain. Penilaian data dasar meliputi informasi dari rekam medis klien, hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan diagnostik, serta informasi dari keluarga dan teman terdekat klien (Derpana, 2021).

Menurut informasi yang diterima dari pasien Ny. N, klien melaporkan mengalami nyeri pada daerah perut akibat luka sayatan, kesulitan bergerak atau berganti posisi, dan sulit terjatuh.

ketidaknyamanan yang berkelanjutan, mirip seperti tersayat, terutama saat bergerak. Selain itu, klien juga mengalami kecemasan karena takut jahitannya robek. Pada tanggal 6 Februari 2024 pukul 23.00 WIB klien tiba di RS dengan keluhan banyak flek dan nyeri lambung disertai tanda CPD. Setelah prosedur dilakukan, tepatnya pada tanggal 7 Februari 2024, pasien melaporkan kesulitan bergerak atau mengubah posisi serta nyeri pada daerah perut (tempat sayatan). Nyeri terus menerus seperti tersayat terutama saat bergerak, dan tanda vital TD: 140/90 mmHg, SPO2: 100%, suhu: 36°C, denyut nadi: 98 kali per menit. 1 Mei 2023 (HTPL 01).

Penulis melakukan kesalahan dalam penilaian payudara; Secara khusus, dia tidak menilai secara tepat pemeriksaan payudara untuk menentukan apakah puting susu harus menonjol atau tidak. Sebaliknya, penulis menilai ada atau tidaknya payudara tersebut.

Penulis mengamati bahwa klien memasang kateter saat mengevaluasi eliminasi di BAK; namun, penulis tidak menghitung keluaran cairan dalam hal ini.

Urinalisis serta pemeriksaan laboratorium klinis dilakukan sebagai pemeriksaan penunjang. Urinalisis pra operasi menunjukkan hasil normal, dan jumlah trombosit tidak berbeda dari pembacaan referensi.

Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada tanggal 7 Februari 2024 pukul 14.00 WIB pada Ny. N post SC disertai indikasi

*Cephalopelvic Disproportion* (CPD) diruang VK RSI Sultan Agung Semarang. *Sectio caesarea* (SC) atau bisa disebut operasi sesar merupakan suatu persalinan yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi dengan mengeluarkan sang bayi melalui pembedahan (sayatan) pada perut atau abdomen.

berdasarkan indikasi *Sectio caesar* (SC), salah satunya bersamaan dengan indikasi *Cephalopelvic disproportion* (CPD). Ukuran panggul yang mengecil, janin yang terlalu besar, atau, yang lebih sering, kombinasi keduanya, dapat menyebabkan CPD. Distosia selama persalinan dapat terjadi akibat berkurangnya kapasitas panggul akibat penyempitan diameter panggul. Setelah melakukan evaluasi antropometri klien, penulis menemukan bahwa tinggi badan ibu 145 cm, berat badan 48 kg, dan BMI berada dalam kisaran normal yaitu 22,8. Menurut (Utami et al., 2023) Tinggi badan kurang dari 145 cm merupakan salah satu gejala CPD, menurut data pengkajian, namun penulis tidak melihat data antropometri yang dikumpulkan sebelum dan sesudah melahirkan.

Permasalahan seputar Ny. Hasil evaluasi dan analisis data memungkinkan untuk menentukan hal-hal berikut: nyeri akut, penurunan mobilitas fisik, dan risiko infeksi. Namun data pemeriksaan ROM tidak dimasukkan oleh penulis untuk mendukung diagnosis gangguan mobilitas fisik. Berikut pembahasan masalah kesehatan berikut ini:

## **B. Diagnosa keperawatan**

### **1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)**

Nyeri akut adalah suatu perasaan menyangkut emosional dan sensori, berhubungan dengan adanya indikasi jaringan fungsional yang rusak pada tubuh, waktu munculnya keluhan secara lambat atau tiba-tiba, dengan Tingkat ringan sampai berat yang berlangsung dalam waktu kurang dari 3 bulan. Penyebab nyeri akut dapat disebabkan oleh 3 agen yaitu agen pencedera fisik contohnya prosedur operasi, abses, trauma, terbakar, amputasi, Latihan fisik berlebihan, akibat mengangkat berat dan terpotong, agen pencedera kimiawi misalnya terkena bahan kimiawi dan terbakar, dan agen pencedera fisiologis contohnya iskemia, neoplasma dan inflamasi, ditandai dengan gejala mayor dan minor. Gejala mayor secara subyektif terdapat keluhan nyeri. Secara objektif menunjukkan sikap gelisah, kesulitan tidur, ekspresi wajah meringis, bersikap menghindari nyeri dan peningkatan frekuensi nadi. Dalam gejala minor dengan data objektif yaitu meningkatkan tekanan darah, perubahan nafsu makan, diaforesis (keringat berlebih), perubahan pola nafas, terganggunya proses berpikir atau kurang fokus, fokus pada diri sendiri dan menarik diri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,

2017)

Dalam asuhan keperawatan ini penulis menegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif dengan menghindari posisi nyeri. Penyebab agen pencedera fisiologis didapatkan dari pengkajian persepsi-sensori menggunakan P,Q,R,S,T. pasien mengeluh saat bergerak maupun tidak, nyeri terasa tajam. Skala nyeri 5 dan nyeri di rasa terus-menerus sejak 6 Februari 2024. Dalam intervensi keperawatan penulis menyusun intervensi utama yaitu manajemen nyeri. Tujuan intervensi yang dilakukan setelah dilakukan selama 3x7 jam yaitu bertujuan mengurangi, memperbaiki dan menghilangkan rasa nyeri dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, meringis cukup menurun, sikap protektif cukup menurun (tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Dalam implementasi yang dilakukan penulis yaitu manajemen nyeri dengan menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi. Salah satu terapi komplementer non farmakologi untuk mengurangi nyeri yang dapat dilakukan secara diajarkan dan mandiri yaitu relaksasi benson dan kompres dingin.

Teknik Benson berfokus pada kata atau kalimat

tertentu yang diucapkan dengan ritme dan pengulangan yang teratur. Menghembuskan napas dalam waktu lama dapat menghasilkan energi yang cukup karena melepaskan karbon dioksida (CO<sub>2</sub>) dan memberi Anda oksigen yang sangat dibutuhkan saat Anda menarik napas (Manurung, 2019). Salah satu cara untuk memanfaatkan suhu lokal yang rendah, yang dapat menimbulkan berbagai efek fisiologis, adalah melalui kompres dingin. Terapi dingin diyakini dapat bertindak sebagai analgesik dengan menurunkan kecepatan transmisi impuls saraf ke otak (Amalia Yunia Rahmawati, 2020). Dalam hal ini penulis menerapkannya dengan memperingatkan klien untuk melepas leleh, kemudian menarik napas dalam-dalam, membacakan kitab suci dengan suara keras, dan mengoleskan dingin atau es pada area sekitar luka.

Sebuah artikel jurnal yang diterbitkan pada tahun 2019 oleh Fithrian membahas bagaimana relaksasi Benson membantu pasien yang baru pulih dari operasi caesar merasakan lebih sedikit rasa sakit. Berdasarkan hasil, pemberian relaksasi Benson selama 10-15 menit sebanyak 3 kali dalam sehari atau pada saat neyri saja pada pasien pasca SC berdampak pada penurunan nyeri. Berdasarkan temuan peneliti, pada hari ketiga, sejumlah responden melaporkan

bahwa pasien merasa nyaman dan tenteram setelah melakukan latihan relaksasi Benson selama sepuluh hingga lima belas menit. Relaksasi Benson tidak hanya mengurangi rasa sakit setelah operasi, tetapi juga menghambat aktivitas saraf simpatis, sehingga menurunkan konsumsi oksigen tubuh. Hal ini menyebabkan otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan sensasi menenangkan dan nyaman. (Remadani, 2020).

Kompres dingin merupakan metode yang mempunyai resiko sangat rendah, bersifat murah, simple, efektif tanpa efek yang merugikan dan dapat meningkatkan kepuasan selama persalinan. Kompres dingin dapat dilakukan di punggung bawah dan perut bawah dengan menggunakan kantong es untuk menghilangkan nyeri. Prosedur ini berlangsung sekitar 10-15 menit dengan suhu antara 13-16°C dan ini akan membuat daerah yang di kompres terasa baal karena memperlambat transmisi impuls tambahan melalui neuron-neuron sensorik. Selain itu kompres dingin dapat mengurangi pembengkakan dan menyejukkan kulit (Pratama, 2021). Pemberian kompres dingin dilakukan dengan menggunakan SOP yaitu cara memakai handscone kemudian membersihkan area yang akan dikompres, tempatkan area yang akan dikompres beberapa detik

(Alakbari, 2022).

Menyusul penerapan rencana tindakan terapeutik untuk intervensi manajemen nyeri primer pada kasus ini, yang melibatkan penggunaan metode non-farmakologis gangguan relaksasi Benson setiap dua puluh empat jam sekali, pada tanggal 7 Februari. Setelah skala nyeri klien turun dari skor dari lima hingga tiga pada hari evaluasi kedua, kompres dingin digunakan. 9 Februari, hari terakhir skala nyeri tiga banding dua.

Di sini penulis akan menjelaskan bagaimana intervensi tunggal selama 24 jam dapat menurunkan nyeri dari skala 5 menjadi 3. Temuan penelitian Wahyu (2018) yang menggunakan terapi relaksasi Benson dapat menurunkan nyeri pada 22 pasien pasca operasi caesar. , menguatkan temuan penelitian ini. Studi tersebut menunjukkan penurunan sebesar 82% pada nyeri sedang hingga nyeri ringan. Relaksasi Benson, suatu teknik yang digunakan untuk menurunkan ambang nyeri seseorang, bekerja dengan mengalihkan perhatian subjek dari nyeri dengan berusaha menciptakan lingkungan yang nyaman. Hal ini menyebabkan proses analgesia endogen tubuh meningkat, yang kemudian diperkuat dengan afirmasi atau kata-kata percaya diri klien sendiri, yang dapat mengendurkan otot dan

memberikan efek menenangkan (Andari et al., 2021).

Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, klien tampak kurang kooperatif . Sehingga intervensi belum dapat dilakukan dalam 3x24 jam.

## **2. Gangguan mobilitas Fisik b.d Kecemasan (D.0054)**

Keterbatasan kemampuan ekstremitas untuk bergerak secara mandiri dikenal dengan istilah gangguan mobilitas fisik. Ketidakaktifan fisik, perubahan metabolisme, hilangnya massa otot, kontrol dan kekuatan, malnutrisi, kerusakan integritas struktur tulang, gangguan neuromuskular, sensorik-persepsi, kognitif, dan muskuletal, BMI di atas persentil spesifik usia >75, kekurangan paparan, nyeri, efek samping obat-obatan, kecemasan, keengganan bergerak, kontraktur informasi, dan kelemahan sendi merupakan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan mobilitas fisik. ditandai dengan gejala signifikan dan gejala minor. Gejala subjektif primer adalah keluhan kesulitan menggerakkan ekstremitas; berkurangnya kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) adalah hasil yang diinginkan. Gejala ringan yang muncul secara obyektif antara lain gerakan terbatas dan tidak terkoordinasi, persendian kaku, dan kelemahan fisik; Gejala subjektif berupa perasaan nyeri saat bergerak, cemas saat bergerak, dan keengganan untuk

bergerak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Penulis menyoroti prioritas kedua dalam perawatan ini yaitu penurunan kekuatan otot, penurunan rentang gerak, keterbatasan gerak, dan kelemahan fisik sebagai indikator gangguan mobilitas fisik terkait kecemasan. Hal ini didapat karena pasien mengungkapkan rasa cemasnya saat menggerakkan tubuhnya karena takut jahitannya robek dan menimbulkan nyeri pada bekas luka operasi. Dengan sangat hati-hati, klien memeriksa ekstremitas atas dan bawah pasien, diketahui bahwa pasien kesulitan duduk, ingin berdiri, dan ingin berjalan. Oleh karena itu, perlunya bantuan orang lain ketika melakukan tugas tertentu, misalnya menggunakan kamar kecil. Intervensi pendukung mobilitas primer dalam rencana yang telah disiapkan terdiri dari tindakan observasi untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, intoleransi fisik terhadap identifikasi gerakan, pemantauan frekuensi jantung terkait kecemasan, dan pemantauan kondisi umum selama mobilisasi. Dengan menggunakan pagar tempat tidur dan melibatkan keluarga klien, penulis memfasilitasi mobilisasi alat bantu klien melalui tindakan terapeutik. Dalam instruksinya, uraikan tujuan dan protokol mobilisasi dan anjurkan untuk memulainya sesegera mungkin.

Setelah memberikan tiga kali intervensi keperawatan selama 7 jam, tujuannya adalah untuk mengurangi atau menghilangkan sepenuhnya masalah mobilitas fisik pasien akibat ketidaksehatan fisiknya. Kriteria hasil meliputi peningkatan pergerakan ekstremitas bawah, otot ekstremitas atas dan bawah yang lebih kuat, dan peningkatan rentang gerak moderat. kelemahan dan rentang gerak (ROM). agak memburuk secara fisik (tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019) sebuah strategi yang digunakan untuk memerangi gangguan mobilitas fisik, yang melibatkan meminta keluarga untuk membantu pasien lebih banyak bergerak dengan membantu mereka mempertahankan mobilitas fisik dalam situasi sehari-hari seperti duduk di tempat tidur atau miring ke kanan dan kiri (PPNI DPP SIKI Pokja, 2018).

Untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik, implementasinya dilakukan dengan mengajak keluarga pasien untuk berperan dalam membantunya lebih banyak bergerak, bahkan dengan cara sederhana seperti duduk di tempat tidur atau miring ke kanan dan kiri (PPNI DPP SIKI Pokja, 2018).

Tahapan mobilisasi dini bagi ibu yang baru pulih dari operasi SC antara lain tirah baring selama enam jam pertama setelah prosedur, di mana ibu dapat menggerakkan lengan,

tangan, ujung kaki, tumit, otot betis, dan kaki. Untuk menghindari trombosis dan tromboemboli, ibu harus bisa miring ke kiri dan ke kanan setelah enam sampai sepuluh jam. Disarankan agar ibu mulai belajar duduk setelah seharian penuh. Ibu diperbolehkan duduk setelah itu. selama ibu belajar berjalan. Pasien yang mengalami tirah baring lama beresiko mengalami kontraktur karena posisi yang tidak berubah membuat penurunan fungsi sensorik, perubahan emosional atau perilaku (Yusri, 2020). Sehingga penulis menegakkan diagnosa untuk membantu klien bermobilisasi mandiri agar klien tidak beresiko mengalami kontraktur.

Pada saat jantung bekerja darah mengalir kesemua anggota badan, darah beredar kesemua bagian tubuh dan kembali lagi menuju jantung, apabila ada orang yang miring kanan tekanan tubuh akan menekan pembuluh darah yang nantinya kepmbali kepada jantung. Begitu sebaliknya pada posisi tidur yang miring kiri dengan tidak menjepit tubuh pada bagian kanan mampu meningkatkan aliran darah yang akan kembali pada jantung, sehingga kinerja jantung menjadi lebih ringan dan tekanan darah tidak melonjak. Posisi saat istirahat literal kanan menjadi intervensi keperawatan yang berguna untuk mempertahankan status hemodinamik (Kusumanegari, 2021). Pada 10 jam pertama penulis

mengukur tekanan darah hasilnya klien tidak hipotensi dilanjutkan dengan menganjurkan klien untuk belajar duduk sedikit-sedikit.

Saat memberikan implementasi berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat. Obat cefatoxime untuk antibiotik. Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat adalah salah satu faktor penunjang agar pasien cepet sembuh dan pulih.

Setelah dilakukan implementasi dalam tiga pertemuan dengan dukungan mobilisasi. Didapatkan evaluasi keperawatan pasien sudah mampu miring kanan kiri dan duduk di tempat tidur. Namun, masih dibantu oleh keluarganya. Masalah dapat teratasi terlihat pasien anmpak bisa melakukan mobilisasi dini dengan gerakan miring kanan kiri dan duduk, klien mampu patuh dalam minum obat yang telah diberikan untuk kesembuhan klien. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga tidak ada kendala dalam pemberian tindakan keperawatan.

### **3. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)**

Risiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada tanggal 7 Februari 2024

penulis melakukan pengkajian didapatkan data faktor-faktor risiko yang mendukung yaitu data pertama dari data subjektif klien mengatakan perih pada luka post SC, terdapat luka insisi dengan jenis horizontal, luka SC terbuka dengan Panjang kurang lebih 12cm dan lebar 1-2cm. data obyektif klien tampak meringis dari TTV didapatkan TD: 115/75mmHg, Nadi: 76x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,7°C, leukosit 8,2 ribu/uL pasien terpasang infus RL

Batasan karakteristik dalam standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI) yaitu menunjukkan terdapat rasa perih, kemerahan pada luka post SC dan tampak meringis.

Dalam kasus ini penulis menegakkan diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, karena Batasan karakteristik diagnosa ini sesuai dengan kondisi yang dialami pasien yaitu terdapat luka bekas invasif. infeksi luka operasi menjadi suatu hal yang menyulitkan pada Wanita yang dapat menyebabkan dampak kualitas hidup. Untuk menghindari terjadinya infeksi penulis melakukan implementasi berupa pencegahan infeksi.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu intervensi utama

pencegahan infeksi berdasarkan kriteria hasil: area luka membaik, kebersihan badan meningkat, kebersihan tangan meningkat, nyeri menurun.

Diet yang disarankan untuk pasien post sectio caesarea adalah makanan yang mengandung cukup energi, lemak, protein dan zat-zat gizi. Hindari makanan yang merangsang (pedas, asam), suhu makanan lebih baik bersuhu dingin, porsi makan dalam sehari disesuaikan dengan kemampuan pasien (Briyan, 2023).

Adapun intervensi yang dilakukan untuk diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat.

Implementasi dilakukan selama tiga hari dimulai tanggal 7 Februari 2024 sampai dengan 9 Februari 2024.

Penulis melakukan implementasi 3x7 jam implementasi, pada implementasi pertama yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Implementasi ke dua mengajarkan klien mencuci tangan dengan benar. Implementasi yang ke tiga yaitu mengkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat cefadroxil yaitu obat anti infeksi.

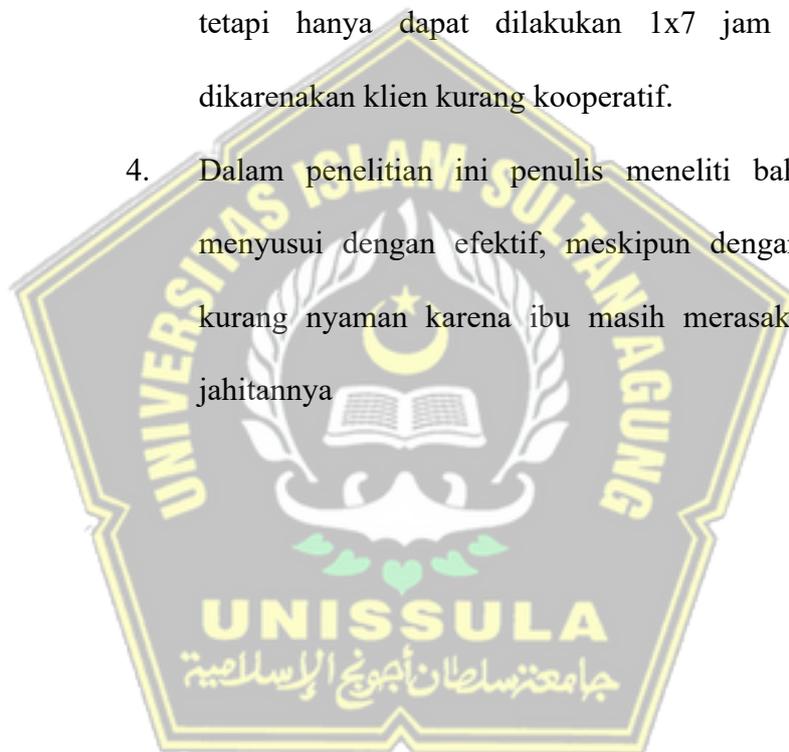
Evaluasi dilakukan selama tiga hari dimulai pada tanggal 7 Februari 2024 sampai dengan 9 Februari 2024. Hasil evaluasi setelah dilakukan implementasi keperawatan selama tiga hari didapatkan data subyektif klien mengatakan luka sekitar post SC sudah tidak kemerahan. Data obyektif jahitan klien tampak bagus dan bersih. Masalah tidak terjadi sesuai dengan kriteria hasil yang telah di tentukan.

#### **I. Keterbatasan Studi Kasus**

Setiap penelitian tidak luput dari keterbatasan dan kekurangan, demikian pula dengan penelitian ini. Secara teknis dalam penelitian ini memiliki keterbatasan:

1. Dalam penelitian ini penulis hanya melakukan observasi terhadap klien ibu post sc dengan indikasi CPD dengan nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan risiko infeksi. Observasi tersebut dilakukan mulai dari catatan hasil dan pengkajian, data diagnosa, data intervensi, data implemementasi, dan data evaluasi keperawatan, sehingga untuk mendapatkan hasil penelitian yang akurat sangat sulit didapatkan karena penulis tidak dapat melakukan validasi data ke klien, keluarga klien, karena mereka nampak keberatan dimintai sebagai responden.

2. Dalam penelitian ini penulis kesulitan implementasi relaksasi benson dan kompres dingin. Yang direncanakan 3x24 jam tetapi hanya dapat dilakukan 1x7 jam selama 2hari dikarenakan klien kurang kooperatif.
3. Dalam penelitian ini penulis kesulitan implementasi relaksasi benson dan kompres dingin. Yang direncanakan 3x24 jam tetapi hanya dapat dilakukan 1x7 jam selama 2hari dikarenakan klien kurang kooperatif.
4. Dalam penelitian ini penulis meneliti bahwa Ibu bayi menyusui dengan efektif, meskipun dengan posisi yang kurang nyaman karena ibu masih merasakan sakit pada jahitannya



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam bab V ini sebagai penutup, penulis dapat menyimpulkan dari implelementasi relaksasi benson dan kompres dingin untuk mengurangi nyeri pada ibu post *sectio caesarea* dengan indikasi CPD. Dapat diambil kesimpulan dari data pengkajian yang dilakukan pada tanggal 7 Februari 2024 sebagai akhir bab dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, dapat diperoleh beberapa kesimpulan yang digunakan untuk pertimbangan bagi pemberi implementasi pasien post *sectio caesarea* dengan indikasi CPD.

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang penulis paparkan mengenai “Implementasi relaksasi benson dan kompres dingin untuk mengurangi nyeri pada ibu Post *sectio carsarea* dengan indikasi CPD” maka penulis mengemukakan simpulan yang terkait langsung dengan rumusan masalah dan tujuan studi kasus selama melakukan implementasi asuhan keperawatan terhadap Ny. N. Dapat diambil kesimpulan antara lain :

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara mengumpulkan data yang diperoleh dari wawancara dan melihat data dari rekam medis pasien. Penulis melakukan pengkajian komprehensif sesuai dengan keadaan Ny. N dengan asuhan keperawatan post SC
2. Diagnosa keperawatan yang diperoleh yaitu diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dibuktikan dengan kondisi pembedahan, klien mengeluh nyeri, tampak meringis.

Diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan dibuktikan dengan klien merasa cemas apabila badan digerakkan, takut jahitannya robek, dan klien mengatakan badanya tidak bugar. Diagnosa ketiga risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dibuktikan dengan terdapat luka insisi dengan jenis horizontal dengan panjang luka 12cm dan lebar 1-2cm klien mengatakan perih pada luka SC.

3. Intervensi yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa post SC dengan indikasi CPD telah disesuaikan dengan kebutuhan klien.
4. Implementasi telah dirangkai dapat dilakukan dalam tindakan sesuai masalah dan kebutuhan pada klien post sectio caesarea dengan indikasi CPD.
5. Evaluasi, respon klien kurang kooperatif, klien memahami dan melaksanakan anjuran dari penulis, sehingga mendapatkan hasil yaitu masalah dialami klien post SC dengan indikasi CPD dapat teratasi dan kebutuhan dapat terpenuhi.

## **B. Saran**

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi dapat menilai kompetensi dan meninjau sejauh mana mahasiswa mengerti dan menguasai materi keperawatan dan melakukan implementasi asuhan keperawatan pada klien post SC dengan indikasi CPD di dalam lingkungan praktol atau masyarakat.

## 2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan lahan praktek sebagai tempat penerapan ilmu yang didapatkan, dan selalu menerapkan perubahan ilmu kesehatan yang terkini. Selain itu lebih meningkatkan asuhan keperawatan pada klien post SC sesuai dengan standar asuhan keperawatan guna meningkatkan mutu di pelayanan masyarakat

## 3. Bagi profesi keperawat

Diharapkan perawat dapat melaksanakan Impelemntasi asuhan keperawatan pada klien post SC dengan indikasi CPD dengan teliti, tepat dan memperhatikan keadaan/keselamatan dari ibu dan bayi. Saat klien akan pulang perawat harus memberikan informasi dan meningkatkan klien untuk melakukan kontrol sesuai jadwal yang telah di tentukan oleh dokter.

## 4. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat lebih mengetahui dan meningkatkan pengetahuan mengenai CPD lalu masyarakat dapat melakukan pencegahan atau mendeteksi dini dari bahaya CPD

## DAFTAR PUSTAKA

- Adinda, D. (2021). Komponen Dan Jenis-Jenis Evaluasi Dalam Asuhan Keperawatan. *Jurnal Manajemen: Untuk Ilmu Ekonomi Dan Perpustakaan*, 4(1), 141–149.
- Alakbari. (2022). *341499132-Sop-Tabel-Kompres-Dingin-Basah 2*.
- Amalia Yunia Rahmawati. (2020). *Konsep Dasar Kompres Dingin*. July, 1–23.
- Andari, F. N., Santri, R. A., & Nurhayati, N. (2021). Terapi Benson Untuk Penurunan Nyeri Rheumatoid Arthritis Lansia. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 4(2), 345–356. <https://doi.org/10.33369/jvk.v4i2.19103>
- Ansori. (2022). Asuhan keperawatan ansietas pada pasien pre operasi sectio caesarea diruang belimbing RSUD Klungkung. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- Briyan. (2023). Diet pasien pembedahan sectio caesarea. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 1(April), 7–30.
- Derpana, I. P. (2021). *Suhan Keperawatan Ansietas Pada Pasien Pre Operasi Apendiktomi Di Ruang Instalasi Kamar Operasi Rsd Mangusada Tahun 2021*. 2504, 1–9.
- Febiantri, N., & Machmudah, M. (2021). Penurunan Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea Menggunakan Terapi Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda*, 2(2), 31. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6239>
- Hasibuan, S. F. (2021). *Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC di RSUD Sipirok Tapanuli Selatan*. 41.
- Hospitals, tim medis siloam. (2023). *Cephalopelvic Disproportion (CPD):*

*Penyebab & Penanganannya.*

<https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/apa-itu-cephalopelvic-disproportion>

Iii, B. A. B., & Penelitian, A. D. (2019). *Tabel 1: Desain penelitian two group pre-post test Keterangan : O.*

Isnaeni, Ana Pertiwi, D., & Iriantom, A. and A. (2020). Pengaruh Pemberian Terapi Relaksasi Abdominal Breathing terhadap Nyeri Post Sectio Caesarea dengan Spinal Anastesi di PKU Muhammadiyah Gamping. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*, 6(6), 9–33. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1134/4/4>. Chapter 2.pdf

Iverson, B. L., & Dervan, P. B. (2022). *pathwat post sectiio caesarea*. 7823–7830.

Kesehatan, J. I., Husada, S., Wardoyo, A. V., & Zakiah Oktarlina, R. (2019). Tingkat Pengetahuan Masyarakat Terhadap Obat Analgesik Pada Swamedikasi Untuk Mengatasi Nyeri Akut. *Association Between the Level of Public Knowledge Regarding Analgesic Drugs And Self-Medication in Acute Pain*, 10(2), 156–160. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.138>

Komarajah, N., Stiawandari, & Waroh, Y. K. (2023). Determinan Kejadian Persalinan Sectio Caesarea (Sc) Di Rsud Syamrabu Bangkalan. *Seminar Nasional Hasil Riset Dan Pengabdian*, 2513–2522. <https://snhrp.unipasby.ac.id/prosiding/index.php/snhrp/article/view/833>

Kristanti, A. N., & Faidah, N. (2022). Tingkat Kecemasan Pada Pasien Preoperasi Sectio Caesarea di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. *Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR)*, 5(2), 110–116. <https://doi.org/10.35473/ijnr.v5i2.1461>

Kurniarum, A. (2019). BAB I Konsep Dasar. *Prawiroharjo*, 1999, 2019, 1–9.

Kusumanegari, F. N. (2021). *Asuhan Keperawatan Ny. E Dengan G3 P2 a0*

*Post Sectio Caesarea Indikasi Peb Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan* ....

[http://repository.unissula.ac.id/23654/2/40901800034\\_fullpdf.pdf](http://repository.unissula.ac.id/23654/2/40901800034_fullpdf.pdf)

Manurung, M. (2019). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Post Appendixotomy Di Rsu D Porsea. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2), 61. <https://doi.org/10.34012/jukep.v2i2.541>

Maryuni, H. &. (2018). *Perubahan Fisiologis Pos Partum*. 4(1), 1–23.

Merida Simanjuntak, & Sri Wulandari. (2020). Asuhan Keperawatan pada Ny.N post partum dengan indikasi sectio caesarea atas indikasi chepalopelvic disporption (CPD) di ruang delima RSUD pasar rebo jakarta timur. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 1(1), 30–38. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v1i1.25>

Ningrum, D. alif wildani. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Partus Tak Maju Di Ruang Baitunnisa 2 Rsi Sultan Agung Semarang. In *Asuhan keperawatan pada ny.s dengan post sectio caesarea indikasi partus tak maju di ruang baitunnisa 2 RSI sultan agung semarang*.

Nisak, A. Z., Kusumastuti, D. A., & Munawati. (2023). Perbedaan Metode Konvensional dan Eracs dengan Tingkat Nyeri pada Pasien Post Sectio Cesarea. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 14(1), 261–268.

Nursika et al, . (2023). SENTRI : Jurnal Riset Ilmiah. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1275--1289.

Nurul, N. (2023). *Nazla Nurul U - ABSTRAK.pdf*. 2023.

Popy Freytsia Ramadanty. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Diruang Mawar RSUD A.W Sjahranie Samarinda. *Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan*, 1–125.

- PPNI DPP SIKI Pokja, T. (2018). Standar Intervensi. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, 1, 21.
- Pratama, R. N. (2021). Pemberian Kompres Dingin Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 13(2), 81–88. <https://doi.org/10.36729/bi.v13i2.836>
- Putri, F. (2019). *Hubungan Intensitas Nyeri Dengan Produksi Asi Pada Ibu Post Sectio Caesaria Di Rumah Sakit 'Aisyiyah Muntilan*. 1–53. <http://eprintslib.ummg.ac.id/id/eprint/1251>
- Rahmayani, M. (2022). Penurunan Nyeri Post Sectio Caesarea Menggunakan Aroma Terapi Lavender di Rumah Sakit Permata Medika Ngaliyan Semarang. *Ners Muda*, 3(3). <https://doi.org/10.26714/nm.v3i3.8377>
- Remadani, N. (2020). *Politeknik Kesehatan Palembang Lubuklinggau Tahun 2020*.
- Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.
- SukContoh BIssa JTabarearno, N. M., Wirawan, P. W., Adhy, S., Andi, S., Mukhlasin, H., Muhaemin, M., Nurhayati, S., Untuk, D., Salah, M., Syarat, S., Gelar, M., Teknik, S., Studi, P., Elektro, T., גרינבלט, י., Martinench, A., Network, N., Php, W., Algoritma, M., ... Adhitya Putra, D. K. T. (2019). penataksanaan non farmakologis. *Rabit : Jurnal Teknologi Dan Sistem Informasi Univrab*, 1(1), 2019.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2394/3/BAB II.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2394/3/BAB%20II.pdf)
- tim pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *SLKI*.
- Utami, P., Rajab, M. Al, & Munsir, N. (2023). Hubungan Tinggi Badan

Dengan Kejadian Cephalopelvicdisproportion (Cpd) Pada Ibu Bersalin Di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari. *Jurnal Pelita Sains Kesehatan*, 4(3), 23–31.

Wijaya, A. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y Dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Preeklampsia*. 1–74.  
[http://repository.unissula.ac.id/31150/1/Keperawatan%28D3%29\\_40902000006\\_fullpdf.pdf](http://repository.unissula.ac.id/31150/1/Keperawatan%28D3%29_40902000006_fullpdf.pdf)

Yuki, K. T. I. A. (2020). *Kti akper yuki 1*. 1–6.

Yusri, A. Z. dan D. (2020a). BAB 4 Metode Penelitian. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.

Yusri, A. Z. dan D. (2020b). definisi operasional relaksasi benson. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.

Yusri, A. Z. dan D. (2020c). definisi operasional variabel. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.

Yusri, A. Z. dan D. (2020d). etika penelitian. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.

Yusri, A. Z. dan D. (2020e). mobilisasidini ibu post sc. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.