

**IMPLEMENTASI PAIN MANAJEMEN BERBASIS
SPIRITUALITAS PADA IBU POST SECTIO CAESAREA
DI RUANG MAHMUDAH MAWARDI RSI NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

MUSTIKA SARI INNAYAH

40902200039

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

2025

**IMPLEMENTASI PAIN MANAJEMEN BERBASIS
SPIRITUALITAS PADA IBU POST SECTIO CAESAREA
DI RUANG MAHMUDAH MAWARDI RSI NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



**Disusun Oleh :
MUSTIKA SARI INNAYAH**

40902200039

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

SEMARANG

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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



Semarang, 07 Mei 2025
Yang menyatakan,

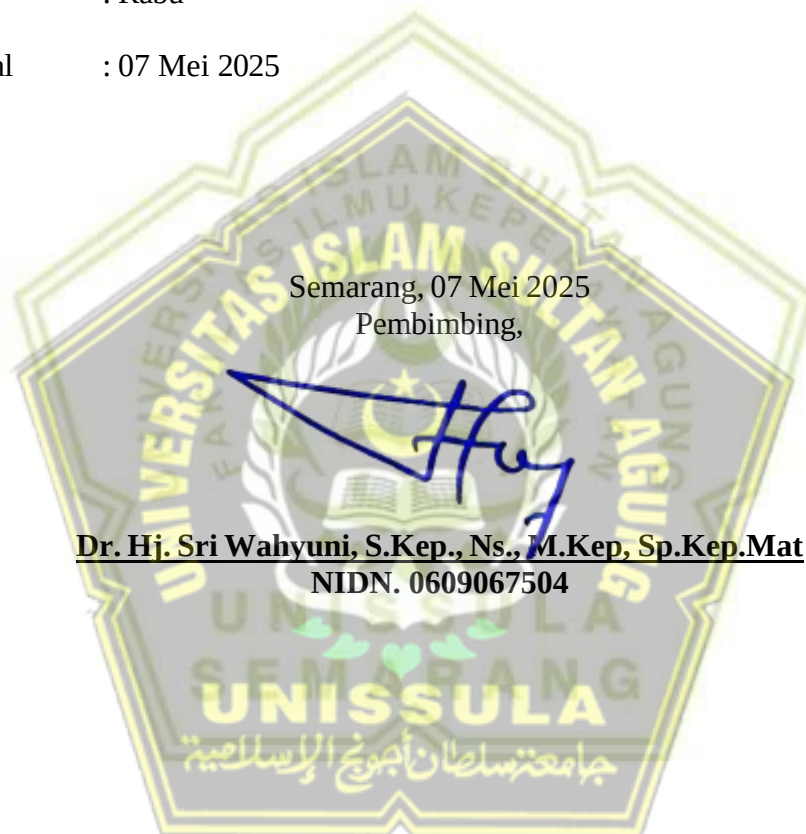
(Mustika Sari Innayah)
NIM: 40902200039

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 07 Mei 2025



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

Semarang, 16 Mei 2025

Penguji 1


(Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep. Sp.Kep.Mat)
NIDN. 0624027403

Penguji II


(Dr. Hj. Sri Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat)
NIDN. 0609067504

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan




(Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep)
NIDN. 0622087404

IMPLEMENTASI PAIN MANAJEMEN BERBASIS SPIRITUALITAS PADA IBU POST SECTIO CAESAREA DI RUANG MAHMUDAH MAWARDI RSI NU DEMAK

ABSTRAK

Mustika Sari Innayah

Program Studi DIII Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Operasi *Caesar* merupakan prosedur bedah yang bertujuan untuk mengeluarkan janin melalui prosedur dengan membuat sayatan pada bagian perut dan rahim, proses ini dapat menyebabkan nyeri akibat perubahan jaringan yang berkesinambungan. Upaya pengurangan nyeri dapat dilakukan melalui manajemen berbasis spiritual, seperti terapi pernapasan dalam, aromaterapi lavender dan dzikir. Tujuan dari penelitian tujuannya adalah meredakan nyeri yang dirasakan oleh ibu setelah menjalani operasi Caesar. Metode dalam penulisan ini merupakan pendekatan studi kasus deskriptif. Hasil studi kasus ini membuktikan bahwa terdapat dua pasien yang mengalami penurunan skala 4 menjadi 2 dan pasien lainnya mengalami penurunan dari skala 3 menjadi 2. Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa penerapan terapi pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir mampu meredakan nyeri setelah operasi Caesar, Studi ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa keperawatan dalam mengembangkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam memberikan asuhan, serta dalam merancang modifikasi terapi spiritual pada penelitian yang akan datang.

Kata kunci : Operasi Caesar, Nyeri pasca operasi, spiritual, aromaterapi, dzikir

Daftar Pustaka : 45 sumber (2019-2025)

**IMPLEMENTATION OF PAIN MANAGEMENT BASED ON
SPIRITUALITY IN MOTHERS POST SECTIO CAESAREA IN
MAHMUDAH MAWARDI ROOM RSI NU DEMAK**

ABSTRACT

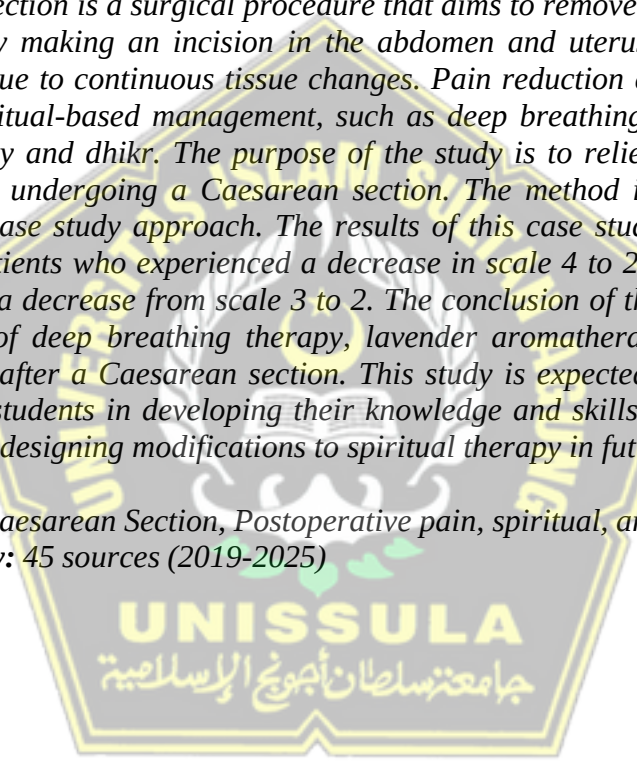
Mustika Sari Innayah

**Diploma III Nursing Study Program, Sultan Agung Islamic University,
Semarang**

Caesarean section is a surgical procedure that aims to remove the fetus through a procedure by making an incision in the abdomen and uterus, this process can cause pain due to continuous tissue changes. Pain reduction efforts can be done through spiritual-based management, such as deep breathing therapy, lavender aromatherapy and dhikr. The purpose of the study is to relieve pain felt by the mother after undergoing a Caesarean section. The method in this writing is a descriptive case study approach. The results of this case study prove that there were two patients who experienced a decrease in scale 4 to 2 and other patients experienced a decrease from scale 3 to 2. The conclusion of this study is that the application of deep breathing therapy, lavender aromatherapy, and dhikr can relieve pain after a Caesarean section. This study is expected to be a reference for nursing students in developing their knowledge and skills in providing care, as well as in designing modifications to spiritual therapy in future research.

Keywords: Caesarean Section, Postoperative pain, spiritual, aromatherapy, dhikr

Bibliography: 45 sources (2019-2025)



KATA PENGANTAR



Puji dan syukur penulis haturkan kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan karunia-Nya, Berkat anugerah-Nya, penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Implementasi Pain Manajemen Berbasis Spiritualitas Pada Ibu Post Sectio Caesarea Diruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak.”** Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar
2. Bapak Prof. Dr. Gunarto, SH., M. Hum. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep., Sp.Kep.An selaku Kaprodi D-III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
5. Ibu Dr. Hj. Sri Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat Selaku Dosen Pembimbing yang selalu membimbing penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku penguji.
7. Kepada seluruh Dosen Pengajar beserta Pasien kelolaan atas bantuan dan kerjasama.
8. Pelindung hidupku, Ayah Slamet sumber penguat dalam setiap langkah perjuanganku, sosok figur tangguh yang tak pernah berhenti memberikan dukungan dan keyakinan, menuntunku untuk terus melangkah kedepan yang lebih baik.

9. Pintu surgaku, Mamah Istiqomah cahaya di setiap langkahku, doa yang tak pernah putus serta kesabaran luar biasa dalam mendidikku dan alasan terbesar di balik setiap keberhasilanku
10. Semangatku, Adik Pram, kehadiranmu dirumah selalu menghadirkan kebahagiaan dihidupku.
11. Untuk para sahabatku, serta teman kuliahku khususnya Adinda Salsa Vinabila, Terima kasih atas dukungan, semangat, dan kebersamaan hingga selesainya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Untuk kamu, yang namanya tak dapat kusebut namun hadir sebagai penyemangat dalam hidupku terima kasih atas kesabaran dan dukungan yang tulus sepanjang perjalanan ini.
13. Terakhir namun tak kalah penting, Untuk diri saya sendiri. Terima Kasih telah bertanggung jawab menyelesaikan apa yang telah dimulai, tetap berjuang tanpa menyerah, dan mampu menjalani setiap proses meski tak selalu mudah.

Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat untuk proses pelaksanaan penulisan Karya Tulis Ilmiah selanjutnya.

Semarang, Mei 2025

Penulis,



Mustika Sari Innayah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Studi kasus	6
D. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Dasar Operasi Caesar	8
1. Definisi	8
2. Etiologi	8
3. Patofisiologi	9
4. Jenis Insisi Operasi Caesar	10
5. Komplikasi.....	12
6. Penatalaksanaan Medis	13
7. Data Penunjang	14
8. Pathways	16
B. Konsep Asuhan Keperawatan Operasi Caesar	17
1. Pengkajian.....	17

2.	Diagnosa	22
3.	Intervensi	22
4.	Implementasi.....	23
5.	Evaluasi.....	24
C.	Konsep Dasar Nyeri Operasi Caesar	24
1.	Definisi Nyeri	24
2.	Klasifikasi Nyeri	25
3.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri.....	26
4.	Pengkajian Nyeri.....	29
5.	Pengukuran Intensitas Nyeri	30
D.	Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI (Pain Manajemen Berbasis Spiritualitas)	32
1.	Pengertian	32
2.	Indikasi	34
3.	Prosedur Intervensi	34
BAB III METODE PENULISAN		37
A.	Desain Atau Rancangan Studi Kasus	37
B.	Subyek Studi Kasus.....	37
C.	Fokus Studi.....	37
D.	Definisi Operasional.....	37
E.	Tempat dan Waktu.....	38
F.	Instrumen Studi Kasus.....	38
1.	Observasi	38
2.	Wawancara.....	39
3.	<i>Numeric Rating Scale (NRS)</i>	39
G.	Metode Pengumpulan Data	40
1.	Wawancara.....	40
2.	Observasi	41
3.	Pemeriksaan Fisik	41
4.	Dokumentasi	41
H.	Analisis Dan Penyajian Data.....	41

I.	Etika Studi Kasus	42
1.	<i>Informed consent</i> (lembar persetujuan).....	42
2.	<i>Anonymity</i> (tanpa nama).....	42
3.	<i>Confidential</i> (kerahasiaann)	42
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN		43
A.	Hasil Studi Kasus	43
1.	Pengkajian Keperawatan.....	43
2.	Pemeriksaan Fisik	45
3.	Pengkajian Kebutuhan Khusus	49
4.	Pemeriksaan Fisik Bayi.....	51
5.	Pemeriksaan Penunjang	53
6.	Analisa Data.....	54
7.	Diagnosa keperawatan	56
8.	Intervensi	56
9.	Implementasi.....	59
10.	Evaluasi.....	73
B.	Pembahasan	81
1.	Pengkajian.....	82
2.	Diagnosa Keperawatan	84
3.	Intervensi	90
4.	Implementasi.....	94
5.	Evaluasi.....	101
C.	Keterbatasan	103
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		104
A.	Kesimpulan.....	104
B.	Saran.....	106
DAFTAR PUSTAKA		107
LAMPIRAN		112

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi	22
----------------------------	----

Tabel 4.1 Pemeriksaan penunjang pasien 1	53
Tabel 4.2 Pemeriksaan penunjang pasien 2	53



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	16
Gambar 2.2 <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS).....	30
Gambar 2.3 <i>Visual Analog Scale</i> (VAS)	31
Gambar 3.1 Numerical Rating Scale (NRS).....	39



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin

Lampiran 2. Lembar Konsultasi Bimbingan KTI

Lampiran 3. Asuhan Keperawatan (Askep)



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah tindakan yang dirasakan oleh wanita hamil, ditandai oleh keluarnya janin dari rahim ke dunia luar. Proses ini dimulai dengan terjadinya kontraksi rahim dan berakhir ketika plasenta dikeluarkan secara utuh. Dalam situasi persalinan yang tidak berjalan normal, operasi caesar (sectio caesarea) sering kali menjadi pilihan utama untuk memfasilitasi kelahiran, khususnya saat melahirkan spontan tidak dapat dilakukan atau memiliki potensi besar terhadap keselamatan ibu dan bayi. (Abdullah et al., 2024). Operasi *Caesar* adalah suatu prosedur bedah dengan tujuan mengeluarkan janin dengan cara menyayat dinding perut dan rahim. Tindakan ini biasanya dianjurkan jika terdapat indikasi tertentu, seperti prolaps tali pusat, persalinan yang terhambat, disproporsi sepelopelvik, dan berbagai kondisi lainnya. Meskipun operasi ini seringkali menjadi solusi yang diperlukan, prosesnya dapat menyebabkan nyeri akibat perubahan kontinuitas jaringan yang terjadi selama pembedahan. (Ningsih et al., 2023)

Berdasarkan data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Proses melahirkan dengan tindakan operasi *caesar* menunjukkan kenaikan signifikan secara global. satu dari lima kelahiran (21%) dilakukan melalui operasi sectio caesarea, Angka ini diperkirakan akan terus mengalami peningkatan dalam sepuluh tahun ke depan, diproyeksikan mencapai hampir satu pertiga dari total kelahiran, yaitu sekitar 29%, pada tahun 2030. Berdasarkan Riset

Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2021, di wilayah Indonesia tercatat sebanyak 927.000 kelahiran (17%) dilakukan melalui operasi sectio caesarea dari total 4.039.000 kelahiran, dengan indikasi terbanyak adalah ketuban pecah dini (5,6%) Sebanyak 88,2% ibu yang menjalani operasi sectio caesarea (CS) mengalami nyeri, dengan rincian 58,8% berada pada tingkat nyeri ringan (skor 1–3), 35,3% Sebanyak 5,9% dari responden merasakan nyeri yang tergolong berat dengan skor antara 7 hingga 10. (Pramudita et al., 2024).

Setelah operasi Caesar, nyeri sering kali muncul di area laparotomi akibat kerusakan jaringan pada dinding perut dan rahim mengalami perubahan (histerektomi). Rasa nyeri yang muncul akibat prosedur ini dapat menimbulkan ketidaknyamanan bagi ibu setelah melahirkan. Umumnya, nyeri setelah operasi Caesar mulai dirasakan sekitar dua jam setelah proses persalinan dan dapat mencapai tingkat yang cukup parah (Hartati et al., 2023).

Ketidaknyamanan yang ditimbulkan oleh nyeri pasca operasi ini dapat berdampak pada berbagai sistem tubuh, termasuk paru-paru, sistem kardiovaskular, saluran pencernaan, sistem hormonal, sistem imun, serta sistem stres. Rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menyebabkan depresi dan menghambat pasien dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari. Jika tidak ditangani dengan baik, nyeri ini dapat berlanjut dan berkembang menjadi nyeri kronis yang memerlukan waktu cukup panjang. (Pramudita et al., 2024).

Penatalaksanaan nyeri dapat dibedakan menjadi dua kategori, yakni pendekatan farmakologis dan non-farmakologis. Dalam pendekatan

farmakologis, penggunaan obat-obatan analgesik dapat mempercepat pengurangan nyeri. Namun, terapi ini juga memiliki kelemahan, yaitu penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan efek samping, termasuk gangguan pada fungsi ginjal. (Mulahaera et al., 2024). Maka dari itu, diperlukan kombinasi terapi non- farmakologis yang dapat meredakan nyeri dengan bertahap sehingga tidak menimbulkan dampak negatif, baik dalam waktu dekat maupun dalam durasi panjang. Salah satu pendekatan non-farmakologis yang terbukti efektif dalam manajemen nyeri adalah melatih pasien untuk melakukan terapi berbasis spiritualitas, seperti teknik pernapasan dalam, aromaterapi dengan lavender, serta dzikir. (Yanti & Kristiana, 2019).

Untuk mengurangi dampak yang mungkin timbul, tugas perawat menjadi begitu penting pada saat memberikan layanan keperawatan yang menyeluruh kepada ibu pasca operasi caesar. Asuhan tersebut mencakup tahapan pengkajian, penetapan diagnosa, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan, serta evaluasi. Dengan penerapan proses keperawatan yang tepat, berbagai masalah yang mungkin muncul dapat dicegah. intervensi yang dapat diberikan adalah terapi non-farmakologis berbasis spiritual dengan tarik nafas dalam, aromaterapi lavender dan dzikir. Metode ini berguna untuk meredakan nyeri pada ibu sectio caesarea, membantu melemaskan otot, serta memperbaiki pola pernapasan, yang semuanya merupakan bagian dari implementasi asuhan keperawatan (Arda & Hartaty, 2021).

Pendekatan Inovatif dalam keperawatan melalui Pain Manajemen berbasis spiritualitas bertujuan mendukung kedekatan pasien dengan Tuhan dan menciptakan ketenangan dalam menghadapi penyakit. Dalam Islam, doa yang ikhlas dapat meredakan nyeri dan menenangkan batin. Pendekatan spiritual juga terbukti mampu menenangkan pikiran, mengurangi nyeri persalinan, menurunkan stres, dan meningkatkan kesejahteraan janin (Pitriani et al., 2020). Dengan terapi tarik nafas dalam bermanfaat untuk mengurangi nyeri dengan melatih pasien untuk bernapas secara perlahan saat menarik dan menghembuskan napas, disertai upaya melepaskan rasa nyeri. Terapi ini meningkatkan aliran oksigen ke paru-paru dan pusat nyeri, serta membantu meredakan ketegangan otot, rasa cemas, dan kebosanan. Efektivitas teknik ini dipengaruhi oleh posisi tubuh yang tepat, kondisi pikiran yang rileks, dan suasana lingkungan yang mendukung (Tri Chesariyanto et al., 2024).

Dengan aromaterapi lavender bekerja dengan mengalihkan fokus pasien dari rasa nyeri, menciptakan rasa nyaman, dan membuat tubuh menjadi lebih rileks. Efek ini diperkuat melalui dzikir dan doa yang menumbuhkan ketenangan batin (Morita et al., 2020). Aromaterapi lavender efektif dalam mengurangi nyeri, terutama pasca operasi caesar, karena saat dihirup, aroma lavender merangsang indera penciuman yang kemudian diteruskan ke sistem limbik di otak pusat pengatur emosi seperti nyeri, kecemasan, dan stres (Yuniarti & Rahmawati, 2020). Dan dzikir dapat dilafalkan melalui kalimat-kalimat tasbeih yang sederhana namun penuh makna, seperti “Subhanallah, Alhamdulillah, Allahu akbar, La ilaha illallah”

pengucapan dzikir ini dapat memberikan ketenangan, yang berdampak pada penekanan sistem saraf simpatis dan aktivasi sistem saraf parasimpatik yang berperan dalam mengurangi nyeri. Selain itu, terapi dzikir sebagai metode relaksasi komplementer juga terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri setelah operasi (Jannah & Riyadi, 2021).

Pada uraian diatas, Oleh karena itu, penulis bermaksud untuk melakukan penelitian dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul “Implementasi Pain Manajemen Berbasis Spiritualitas Pada Ibu Post Sectio Caesarea.”

B. Rumusan Masalah

Operasi *Caesar* merupakan tantangan yang sering dihadapi oleh ibu setelah melahirkan. Penanganan nyeri yang kurang optimal dapat memengaruhi pemulihan fisik dan psikologis pasien. Meskipun pendekatan farmakologis banyak digunakan, terapi ini memiliki keterbatasan, terutama akibat efek samping yang mungkin muncul dalam jangka panjang. Oleh karena itu, pendekatan non-farmakologis yang berbasis spiritualitas, seperti teknik pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir, dapat menjadi alternatif yang menjanjikan untuk meredakan nyeri secara alami, aman, dan penuh makna secara spiritual. Namun, efektivitas implementasi manajemen nyeri berbasis spiritualitas ini dalam mengurangi nyeri pada ibu pasca-sectio caesarea masih memerlukan penelitian lebih lanjut. Dengan demikian, pernyataan masalah yang diangkat dalam penulisan ilmiah adalah, “Bagaimanakah Pelayanan Keperawatan dalam Implementasi Manajemen

Nyeri Berbasis Spiritualitas pada Ibu Pasca Sectio Caesarea di RSINU Demak?

C. Tujuan Studi kasus

1. Tujuan Umum

Memperlihatkan pelayanan keperawatan dan implementasi “Pain Manajemen Berbasis Spiritualitas Pada Ibu Posca Operasi Caesar.”

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan proses pengkajian keperawatan pada ibu post operasi Caesar.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada ibu post operasi Caesar.
- c. Merencanakan Tindakan keperawatan pada ibu post operasi Caesar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan bagi ibu yang telah menjalani operasi Caesar.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan terhadap ibu yang menjalani operasi Caesar.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Masyarakat

Menambah wawasan masyarakat tentang cara mengatasi pengurangan rasa sakit pada ibu melahirkan melalui pemberian informasi yang tepat. “Implementasi Pain Manajemen Berbasis Spiritualitas Pada Ibu Post Sectio Caesarea”.

2. Bagi Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Memperluas pengetahuan serta penerapan sistem teknologi di lapangan keperawatan, khususnya selama pelaksanaan intervensi mandiri perawat, dapat dilakukan melalui terapi berbasis spiritualitas. Salah satunya adalah dengan menerapkan teknik pernapasan dalam, aromaterapi lavender, serta dzikir.

3. Bagi Penulis

Mendapatkan pengalaman langsung dalam mengimplementasikan terapi berbasis spiritualitas dengan dengan melakukan terapi tarik nafas dalam, aromaterapi lavender dan dzikir pada ibu setelah operasi caesar.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Operasi Caesar

1. Definisi

Operasi *Caesar* merupakan suatu tindakan bedah yang dilakukan dalam praktik kebidanan baik untuk alasan medis maupun non-medis, yang melibatkan pembedahan jaringan guna mengeluarkan bayi. Prosedur ini dapat mengaktifkan reseptor nyeri di area insisi, di mana tingkat nyeri umumnya meningkat setelah efek anestesi mulai berkurang (Adeliani et al., 2025). Sectio caesar merupakan tindakan operasi yang dilakukan melalui pembedahan yang menyayat dinding perut dan rahim guna mengangkat janin serta plasenta. Tindakan ini bisa dilakukan atas dasar indikasi medis maupun non-medis (Febiantri & Machmudah, 2021).

2. Etiologi

Operasi Caesar dilakukan atas indikasi yaitu:

a. Indikasi dari ibu

Operasi *caesar* dapat menjadi alternatif pada ibu hamil pertama (primigravida) yang mengalami posisi janin tidak normal, ketidaksesuaian antara ukuran janin dan panggul ibu (CPD), riwayat kehamilan atau persalinan bermasalah, serta kondisi medis seperti diabetes melitus atau gangguan jantung. Faktor lain yang juga menjadi pertimbangan meliputi perbedaan ukuran kepala janin dan

panggul ibu, hambatan dalam persalinan seperti adanya mioma uteri atau kista ovarium, keracunan kehamilan berat, komplikasi seperti preeklamsia dan eklamsia, maupun atas permintaan pribadi dari ibu itu sendiri (Liviana et al., 2023).

b. Indikasi dari janin

Beberapa kondisi seperti gawat janin, gangguan pada tali pusat seperti lilitan atau prolaps, serta posisi dan letak janin yang tidak normal termasuk janin berukuran besar (giant baby), dapat menjadi alasan dilakukannya tindakan bedah. Selain itu, masalah yang berkaitan dengan plasenta seperti plasenta previa, solusio plasenta, Vasa previa, plasenta akreta, dan kegagalan persalinan yang memerlukan bantuan vakum, serta kehamilan kembar juga menjadi pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk melakukan operasi Sectio Caesarea (Arda & Hartaty, 2021).

3. Patofisiologi

Beberapa kondisi yang dapat menghambat proses persalinan normal antara lain ketidakseimbangan antara ukuran kepala janin dan panggul ibu, preeklamsia atau eklamsia berat, keracunan kehamilan, jika posisi janin tidak normal, seperti sungsang atau melintang, dapat menyebabkan melahirkan yang berkepanjangan. Selain itu, kondisi-kondisi seperti perpisahan plasenta, yaitu lepasnya plasenta lebih awal, dan plasenta previa juga dapat menjadi faktor yang mengganggu proses persalinan. kehamilan pada usia ibu yang lebih tua, kehamilan ganda,

ketuban pecah dini disertai keterlambatan kelahiran lebih dari 24 jam, serta kontraksi uterus yang kurang efektif (Liviana et al., 2023).

Tindakan Caesar dilakukan di bawah pengaruh anestesi, yang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan bergerak sementara dan salah satu efek sampingnya adalah sembelit. Proses pembedahan yang melibatkan pemotongan pada dinding perut dan rahim akan memutus jaringan serta merangsang area sensorik, menimbulkan rasa nyeri atau ketidaknyamanan (Febiantri & Machmudah, 2021).

Setelah operasi, luka sayatan yang tertutup tetap berisiko mengalami infeksi apabila tidak dirawat secara optimal. Selama masa nifas, penurunan hormon progesteron dan estrogen dapat menghambat kontraksi dan proses involusi uterus, sehingga meningkatkan risiko perdarahan, syok, penurunan hemoglobin, kekurangan oksigen, tubuh terasa lemas, dan dapat mengganggu kemampuan ibu dalam merawat dirinya sendiri (Isnaeni et al., 2020).

4. Jenis Insisi Operasi Caesar

Jenis insisi yang sering digunakan pada caesar berdasarkan lokasinya menurut (Lestari et al., 2021) adalah:

a. Insisi Abdominal

1) Insisi garis tengah sub umbilikal

Jenis operasi dengan sayatan ini memiliki keunggulan karena prosesnya yang sederhana, cepat, serta hanya menyebabkan sedikit pendarahan. Meskipun bekas lukanya tidak tampak mencolok,

sayatan tersebut tetap bisa menimbulkan ketidaknyamanan setelah operasi..

2) Insisi transversal (Pfannenstiel)

Jenis sayatan ini lebih enak dilihat, menyebabkan lebih sedikit jahitan dan rasa tidak nyaman, serta memungkinkan mobilitas yang lebih baik. Dalam operasi berulang, jenis sayatan ini sulit dilakukan.

b. Insisi Uterus

1) Caesar sebagai segmen bawah

Insisi melintang biasanya dilakukan di bagian bawah rahim yang sedang mengandung, tepat di belakang peritoneum uterovesika. Insisi ini memiliki beberapa kelebihan, seperti perdarahan yang minimal karena area tersebut relatif miskin pembuluh darah, menurunkan risiko infeksi menyebar ke rongga perut, serta mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur di area insisi. Namun, teknik ini juga memiliki kekurangan, seperti potensi kerusakan yang lebih besar terutama pada prosedur operasi ulang karena letaknya yang dekat dengan kandung kemih, serta kemungkinan peningkatan perdarahan jika insisi meluas ke sisi lateral atau area belakang kandung kemih.

2) Sectio caesarea klasik

Sayatan operasi caesar klasik umumnya dilakukan dengan sejajar dengan garis lurus di bagian tengah rahim. Jenis irisan ini

umumnya dipilih dalam kondisi tertentu, seperti ketika kehamilan pada usia gestasi dini di mana segmen bawah rahim belum berkembang optimal, adanya fibroid yang menghalangi akses ke segmen bawah, posisi janin melintang, plasenta previa di bagian depan, kanker serviks, serta situasi darurat yang memerlukan tindakan segera, misalnya setelah ibu mengalami kematian mendadak.

5. Komplikasi

Menurut (Sudarsih et al., 2023) ada beberapa komplikasi yang disebabkan oleh tindakan Post SC yaitu sebagai berikut:

- a. Nyeri di area sayatan
- b. Perdarahan awal yang terjadi akibat kegagalan mencapai keseimbangan homeostasis baik disebabkan oleh sayatan pada rahim arena sayatan rahim maupun karena atonia uteri
- c. Sepsis pasca operasi, memiliki frekuensi dan komplikasinya yang lebih tinggi terutama jika dilakukan operasi caesar pada waktu melahirkan maupun jika terjadi infeksi di dalam rahim.
- d. Cedera pada kolon, kandung kemih besar dan ureter,
- e. Infeksi pada area luka setelah operasi
- f. Pembengkakan pada bagian ekstremitas bawah
- g. Masalah pada proses pemberian ASI
- h. Penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul menurun.

6. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada pasien yang menjalani operasi caesar perlu dilakukan dengan cermat dan tepat. (Sitorus, 2021) yakni:

a. Perawatan Awal

1) Tempatkan pasien dalam tahap penyembuhan

Lakukan pemantauan terhadap kondisi umum pasien serta periksa tanda-tanda vital setiap 15 menit selama satu jam pertama, lalu setiap selama jam kedua, lakukan pemantauan selama 30 menit, Setelah itu, periksa tingkat kesadaran pasien setiap 15 menit hingga pasien benar benar sadar sepenuhnya.

2) Pemberian Cairan

Setelah menjalani operasi caesar, pasien diharuskan untuk berpuasa selama enam jam pertama. Pada masa ini, sangat penting untuk memberikan larutan infus dengan kandungan elektrolit guna menghindari terjadinya penurunan suhu tubuh, kekurangan cairan tubuh, maupun gangguan di dalam organ tubuh. Jenis larutan infus dengan biasanya digunakan antara lain D5 10%, NaCl, dan Ringer Laktat, yang diberikan secara bergantian sesuai dengan kebutuhan pasien. Jika kadar hemoglobin pasien terdeteksi rendah, transfusi darah akan dilakukan berdasarkan kondisi klinis pasien.

b. Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi.

1) Diit

Pemberian cairan melalui infus umumnya dihentikan setelah pasien mulai buang angin. Selanjutnya, pasien diperbolehkan mengonsumsi minuman dan makanan secara oral. Minuman biasanya diberikan dalam jumlah kecil, sekitar 6–8 jam setelah tindakan operasi caesar, seperti air putih atau teh.

2) Kateterisasi

Penyimpanan urin yang terisi penuh dapat menyebabkan sakit dengan ketidaknyamanan bagi pasien, selain itu, kondisi ini berpotensi menghambat proses pengecilan rahim (involusi) dan meningkatkan risiko terjadinya perdarahan. Oleh karena itu, pemasangan kateter biasanya dilakukan dalam rentang waktu 24 hingga 48 jam atau lebih, tergantung pada jenis prosedur yang dilakukan dan kondisi medis pasien.

3) Pemberian Pengobatan

- a) Obat antibakteri
- b) Obat penghilang rasa sakit
- c) Obat dosis yang dimasukkan melalui dubur

7. Data Penunjang

Menurut studi yang dilakukan oleh (Astuti, 2020), terdapat beberapa pengecekan penunjang utama dalam prosedur operasi sectio caesarea, antara lain:

a. Pemantauan EKG

Digunakan untuk memantau aktivitas jantung pasien selama tindakan berlangsung, sekaligus mendeteksi kemungkinan gangguan irama jantung (aritmia) atau kelainan lainnya.

b. Pemeriksaan Hemoglobin/Hematokrit (Hb/Ht)

Penelitian ini bertujuan untuk menilai perubahan kadar darah sebelum dan setelah operasi, serta menilai tingkat kehilangan darah selama prosedur. Informasi ini sangat berguna dalam menentukan apakah diperlukan transfusi darah.

c. Leukosit (WBC)

Digunakan untuk mengidentifikasi adanya kemungkinan infeksi. Peningkatan kadar leukosit biasanya menjadi indikator adanya proses inflamasi akibat infeksi atau akibat tindakan bedah itu sendiri.

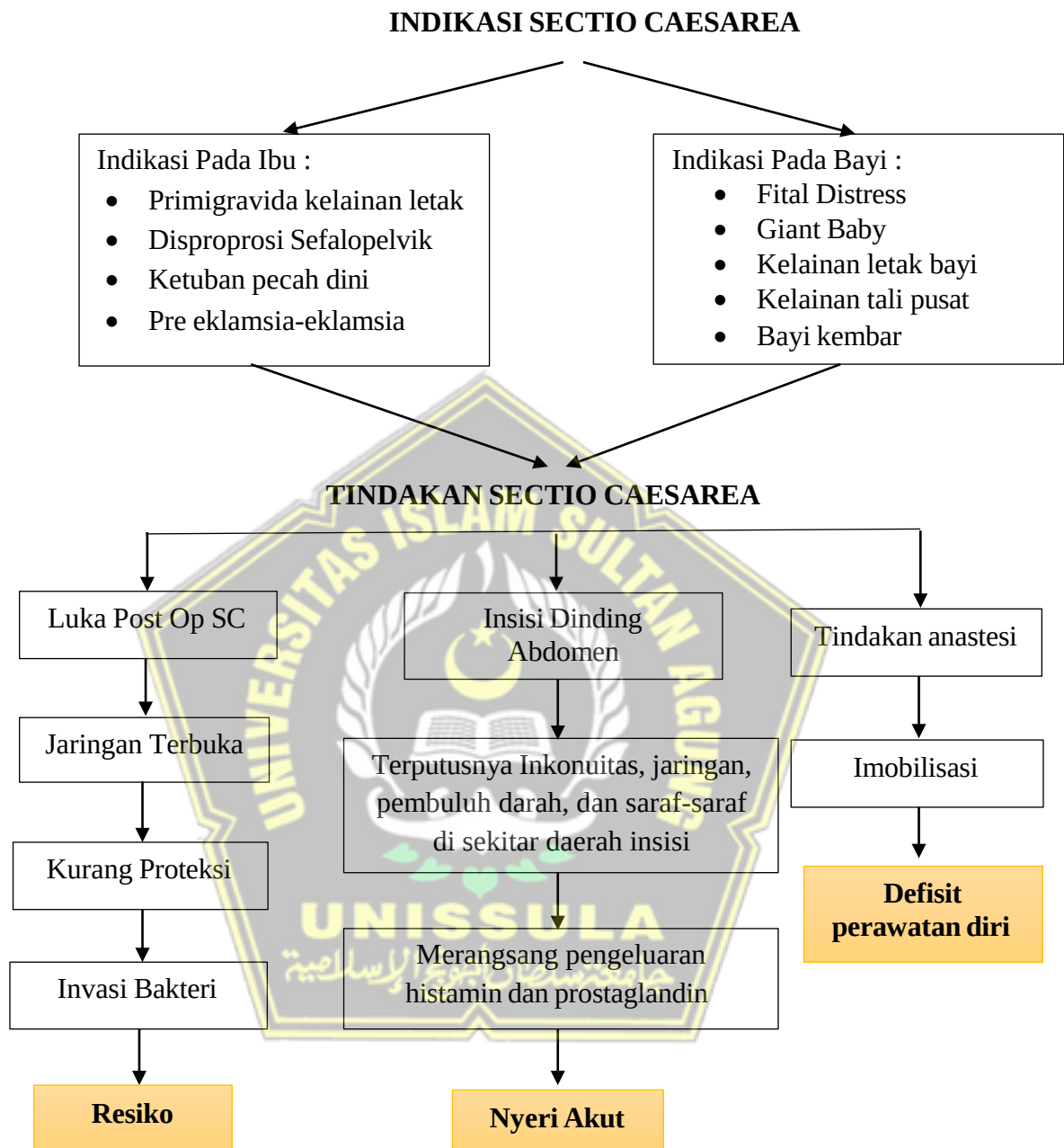
d. Uji Golongan Darah, Durasi Perdarahan, dan Waktu Koagulasi Darah

Pemeriksaan ini penting dalam mempersiapkan kemungkinan transfusi darah dan mengukur kemampuan tubuh dalam menghentikan perdarahan, untuk menghindari risiko perdarahan selama dan sesudah operasi.

e. Elektrolit

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memastikan keseimbangan elektrolit tubuh tetap terjaga, guna mencegah gangguan cairan tubuh selama masa pemulihan pasca operasi.

8. Pathways



Gambar 2.1 Pathway

Sumber : (Sitorus, 2021), (Susanto, 2018), (SDKI, 2017)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Operasi Caesar

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Proses ini meliputi beberapa tahap, yaitu pengumpulan data, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta penilaian hasil. (Wiratama, 2019).

1. Pengkajian

- a. Data identitas mencakup berbagai informasi penting seperti nama, usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, alamat tempat tinggal, status pernikahan, suku, nomor registrasi pasien, tanggal masuk rumah sakit, serta diagnosis yang diterima.
- b. Keluhan Utama, yang sering dialami oleh Ibu setelah menjalani tindakan operasi Caesar adalah nyeri pada area luka bekas operasi. Karakteristik nyeri tersebut dievaluasi menggunakan metode Provocation, Quality, Region, Severity, Time.
- c. Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan saat ini mencakup data hasil penilaian yang digunakan untuk mengidentifikasi alasan dilakukannya operasi caesar, hal ini mencakup faktor-faktor seperti letak janin yang tidak sesuai misalnya letak janin dengan kepala tidak di bawah atau melintang, kondisi di mana leher rahim tertutupi oleh plasenta (plasenta previa), kehamilan kembar, preeklamsia, serta ketuban

pecah dini. Informasi ini akan menjadi dasar dalam merancang rencana tindakan yang tepat bagi pasien.

d. Riwayat Menstruasi

- 1) Umur Menarche
- 2) Siklus Menstruasi
- 3) Durasi Menstruasi
- 4) Gangguan Menstruasi

e. Riwayat Kontrasepsi

- 1) Jenis Kontrasepsi
- 2) Durasi Penggunaan Kontrasepsi
- 3) Keluhan Terkait Kontrasepsi
- 4) Rencana Penggunaan Kontrasepsi

f. Pemeriksaan Fisik

- 1) Tanda- Tanda Vital

Termasuk pengukuran tekanan darah, suhu tubuh , frekuensi nadi, laju pernafasan serta kondisi umum pasien.

- 2) Pemeriksaan Kepala

- a) Kepala

Mencakup bentuk kepala, warna rambut, kebersihan, kerontokan, dan keneradaan ketombe.

b) Rambut

Menilai kekuatan rambut pasien, karena asupan nutrisi yang baik selama kehamilan dapat memengaruhi kondisi dan kesehatan rambut.

c) Wajah

Tampilan fisik menunjukkan ekspresi wajah yang tampak pucat atau menunjukkan tanda-tanda menahan rasa sakit, adanya nyeri saat ditekan, pembengkakan pada pipi atau edema tekan di dahi, serta munculnya kloasma gravidarum pada ibu pasca persalinan.

d) Mata

Pemeriksaan mata mencakup penilaian terhadap struktur dan simetri mata, posisi bola mata, kondisi konjungtiva, kornea, serta ketajaman penglihatan pada pasien Post Operasi Sectio Caesarea, umumnya ditemukan konjungtiva yang tampak pucat akibat anemia atau karena kehilangan darah selama proses persalinan.

e) Hidung

Pemeriksaan area hidung mencakup penilaian terhadap bentuk tulang hidung dan letak sekat hidung, serta mengamati pergerakan selain itu, juga diperhatikan kondisi lubang hidung, keberadaan secret, potensi sumbatan, saluran pernapasan, pendarahan, atau polip yang mungkin ada.

f) Telinga

Pemeriksaan telinga mencakup evaluasi terhadap bentuk dan ukuran telinga, kondisi lubang telinga termasuk ketegangannya, tingkat kebersihan, serta kemampuan pendengaran

g) Leher

Pemeriksaan leher mencakup penilaian terhadap posisi trakea, kondisi kelenjar tiroid, dan adanya pembesaran vena jugularis. Pada ibu pasca persalinan, umumnya dapat ditemukan pembesaran kelenjar.

h) Mulut dan gigi

Pemeriksaan pada mulut dan orofaring mencakup kondisi bibir, gigi, lidah, langit-langit mulut (palatum), bagian orofaring, serta penilaian ukuran dan warna tonsil.

3) Dada/Thorax

a) Inspeksi

Struktur dada, peran otot bantu pernapasan, serta pola pernapasan.

b) Palpasi

Pemeriksaan getaran vokal

c) Perkusi

Lakukan perkusi di seluruh area paru, dimulai dari bagian atas tulang selangka hingga ke bagian bawah, dengan memperhatikan setiap ruang interkostal.

d) Auskultasi

Suara pernapasan, suara napas, dan suara tambahan.

4) Payudara

Pemeriksaan payudara pada ibu dengan bendungan ASI mencakup bentuk simetris, kedua payudara tegang, nyeri tekan, puting susu menonjol, areola gelap, kulit tidak kemerahan, dan ASI belum keluar atau hanya sedikit.

5) Abdomen

Pemeriksaan abdomen meliputi pengamatan terhadap luka operasi guna adanya infeksi, perdarahan, atau hematoma. Pada hari pertama, tinggi fundus terletak di bawah pusat.

6) Lochea

Pengkajian lochea mencakup karakter, jumlah, warna, adanya bekuan darah, dan bau yang ditimbulkan.

7) Parineum

Pengkajian dilakukan dengan memastikan posisi ibu nyaman dan menjaga privasi, lalu mengamati tanda-tanda “REEDA”.

8) Eliminasi

Mengkaji pola eliminasi BAB dan BAK

9) Eksremitas

Perubahan sistem muskuloskeletal saat hamil akan kembali normal di masa nifas, termasuk sendi yang lebih rileks dan lincah, pergeseran pusat gravitasi karena rahim membesar, serta perubahan ukuran kaki.

2. Diagnosa

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

3. Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan keluhan nyeri menurun. Kriteria hasil : a) Keluhan nyeri menurun b) Meringis menurun c) Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b) Identifikasi skala nyeri. c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b) Kontrol lingkungan yang memperkuat dan memperberat rasa nyeri c) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : a) Jelaskan penyebab, periode, dan nyeri b) Jelaskan strategi meredakan nyeri c) Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
2.	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil : a) Demam menurun b) Kemerahan menurun c) Nyeri menurun	Pengendalian infeksi (L.14539) Observasi a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik Terapeutik a) Batasi jumlah pengunjung b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Edukasi a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi b) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
3.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D.0054)	Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat Kriteria hasil : a) Pergerakan ekstremitas meningkat b) Kekuatan otot meningkat c) Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. b) Fasilitasi melakukan pergerakan. c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

4. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah proses perawat dalam menjalankan intervensi untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatannya menuju kondisi yang lebih optimal. Tindakan ini mencakup perawatan langsung maupun tidak langsung. Tahap implementasi juga

mencakup rangkaian aktivitas yang bertujuan membantu klien mencapai status kesehatan yang lebih optimal sesuai dengan tujuan yang diinginkan (Potter & Perry, 2019).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah tindakan keperawatan dilakukan. Evaluasi ini menggunakan pendekatan SOAP, Menurut (Hartati et al., 2023) yaitu:

- a. S (Subjektif): berisi informasi dari pasien atau keluarga yang diperoleh melalui wawancara langsung.
- b. O (Objektif): berupa hasil observasi, analisis, dan interpretasi data yang tampak.
- c. A (Assessment): simpulan dari data yang telah dikumpulkan, meliputi diagnosa aktual, potensi masalah, atau kondisi yang tidak memerlukan intervensi segera.
- d. P (Planning): rencana tindak lanjut yang mencakup tindakan mandiri, kolaboratif, pemeriksaan penunjang, atau konseling.

C. Konsep Dasar Nyeri Operasi Caesar

1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman yang melibatkan sensasi fisik dan perasaan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau rangsangan yang dapat menyebabkan kerusakan lebih lanjut. Fenomena nyeri mencakup reaksi fisik, mental, dan emosional seseorang. Sebagai suatu bentuk ketidaknyamanan, nyeri dapat dirasakan dengan cara yang

mendalam dan kompleks. Nyeri disebabkan oleh kerusakan jaringan pada area tertentu. Ini merupakan pengalaman sensorik yang bersifat multidimensi dengan tingkat yang bervariasi dari ringan, sedang hingga berat serta kualitas tumpul, terbakar, atau tajam nyeri juga dapat tersebar di area dangkal, dalam, atau lokal dengan durasi yang dapat bersifat intermiten atau persisten yang bervariasi tergantung pada kondisi tertentu (Ningtyas, 2023).

2. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Ningtyas, 2023) Secara umum nyeri dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya muncul secara tiba-tiba dan sering kali berkaitan dengan cedera tertentu. Nyeri ini sering kali bersifat sementara dan dapat mengindikasikan adanya kondisi yang memerlukan perhatian medis. Setelah tindakan pembedahan. Kecuali disebabkan oleh kondisi penyakit sistemik, nyeri akut biasanya mereda seiring dengan proses penyembuhan jaringan yang rusak. Secara umum, nyeri akut berlangsung dalam jangka waktu kurang dari enam bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah jenis nyeri yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama, baik secara terus-menerus maupun muncul secara periodik. Berbeda dengan nyeri akut, nyeri kronis bertahan lebih lama dari waktu pemulihan yang diharapkan dan sering kali tidak dapat

dihubungkan dengan penyebab atau cedera tertentu secara jelas. Kondisi ini dapat berlangsung atau kambuh selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Beberapa ahli mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Ningtyas, 2023) ada beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu:

- a. Kondisi lemah dapat memperparah persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan seseorang dalam mengelolanya. Saat tubuh berada dalam keadaan lelah, terutama saat istirahat, sensasi nyeri cenderung terasa lebih kuat. Namun, nyeri umumnya akan mereda setelah tubuh mendapatkan tidur atau istirahat yang memadai.
- b. Jenis Kelamin
Secara umum, wanita cenderung merasakan nyeri lebih banyak dibandingkan pria. Perbedaan persepsi nyeri ini dipengaruhi oleh faktor biologis dan psikologis. Termasuk hormon-hormon seperti estrogen dan progesteron memainkan peran penting dalam tubuh manusia. Estrogen dapat meningkatkan kepekaan terhadap nyeri di tingkat pusat dan perifer, sementara progesteron membantu menurunkan ambang rasa nyeri. Oleh karena itu, wanita biasanya mengalami intensitas nyeri yang lebih tinggi dibandingkan pria.

c. Usia

Usia berperan dalam memengaruhi persepsi dan ekspresi nyeri seseorang. Tahap perkembangan mulai dari anak-anak hingga dewasa dan lanjut usia sangat memengaruhi cara individu merasakan nyeri. Anak-anak, misalnya, sering kesulitan dalam mengenali dan menjelaskan lokasi nyeri karena keterbatasan kemampuan komunikasi mereka. Akibatnya, pengalaman nyeri pada anak biasanya disampaikan melalui pengamatan orang tua atau tenaga kesehatan.

d. Genetik

Faktor genetik yang diwariskan dari kedua orang tua dapat mempengaruhi sensitivitas seseorang terhadap nyeri, baik dengan memperkuat maupun mengurangnya. Gen yang dimiliki seseorang merupakan hasil kombinasi dari gen ayah dan ibu, di mana gen yang dominan akan membentuk karakteristik fisik dan psikologis individu tersebut.

e. Faktor Psikologis

Aspek psikologis turut memengaruhi bagaimana seseorang mengekspresikan dan merasakan nyeri. Tingginya tingkat depresi dan kecemasan, terutama pada wanita, menunjukkan adanya perbedaan gender dalam intensitas nyeri yang dirasakan. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh makna yang diberikan individu terhadap rasa nyeri tersebut. Kecemasan dapat memperparah persepsi nyeri, sementara

nyeri itu sendiri juga bisa menimbulkan kecemasan. Respons emosional terhadap nyeri melibatkan bagian otak seperti girus singulat anterior dan korteks prefrontal kanan. Selain itu, jalur serotonin dan norepinefrin berperan dalam mengatur rangsangan sensorik, yang berpengaruh terhadap bagaimana depresi dan penggunaan antidepresan memodifikasi persepsi terhadap nyeri.

2. Persepsi Nyeri

Persepsi terhadap nyeri adalah suatu mekanisme di mana rangsangan nyeri dikirimkan dari lokasi terjadinya ke pusat sistem saraf (Lautenbacher et al., 2019). Proses ini umumnya diawali melalui tahapan berikut:

- a. Terjadinya kontak dengan rangsangan, yang bisa berupa tekanan, tusukan, suhu ekstrem, zat kimia, maupun luka bakar.
- b. Penerimaan rangsangan (reception), yaitu proses saat ujung-ujung saraf mendeteksi atau menangkap stimulus yang masuk.
- c. Proses transmisi adalah tahapan di mana impuls nyeri dikirimkan oleh saraf ke sistem saraf pusat. Dalam proses ini, beberapa neuron di sistem saraf pusat berperan dalam menyampaikan informasi tersebut hingga mencapai pusat pengolahan nyeri. Setelah sinyal diterima oleh otak, otak akan memproses dan memberikan respon kepada organ tubuh untuk bertindak.

4. Pengkajian Nyeri

Penilaian nyeri dapat dilakukan dengan memahami elemen-elemen (PQRST) yang membantu pasien mengungkapkan keluhan mereka secara menyeluruh, yaitu sebagai berikut (Afandi & Rejeki, 2020).

a. Provocates (P)

Informasi mengenai asal mula nyeri serta pengobatan yang dapat meredakan atau justru memperburuk nyeri.

b. Quality (Q)

Kualitas nyeri adalah pengalaman subjektif yang dirasakan oleh penderita, seperti nyeri yang akut, tumpul, panas, berdenyut, terasa tertekan, tajam, atau ditusuk, dan lain-lain.

c. Region (R)

Mengevaluasi lokasi nyeri yang dialami pasien dan arah penyebaran nyeri tersebut. Untuk menentukan lokasi nyeri dengan lebih tepat, perawat dapat mengidentifikasi area nyeri mulai dari titik yang paling terasa sakit.

d. Severity (S)

Menilai tingkat intensitas nyeri yang dialami pasien, biasanya dengan menggunakan skala 1-10 untuk mengukur derajat nyeri, mulai dari nyeri ringan, sedang, hingga berat.

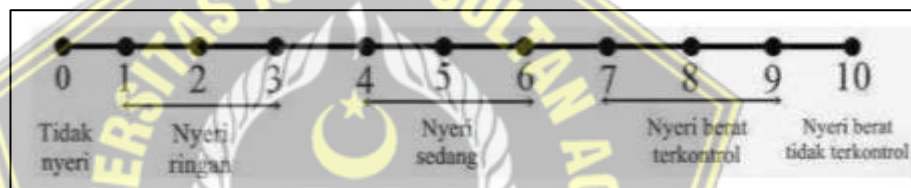
e. Time (T)

Menilai waktu munculnya nyeri, durasi nyeri, dan pola nyeri dengan cara menanyakan kepada pasien.

5. Pengukuran Intensitas Nyeri

a. Skala Penilaian Numerik (Numerical Rating Scale/NRS)

Adalah alat alternatif yang digunakan untuk menggambarkan tingkat rasa sakit. Dalam skala ini, pasien diminta untuk memberikan penilaian terhadap nyeri yang mereka alami dengan rentang nilai dari 0 hingga 10. Pasien dijelaskan bahwa nilai 0 menunjukkan "tidak ada nyeri sama sekali," sedangkan nilai 10 menggambarkan "nyeri terburuk yang dapat mereka bayangkan." Skala ini banyak digunakan dalam praktik klinis.



Gambar 2.2 Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber: Kemenkes, 2022

Keterangan :

- 1) 0 : Tidak Ada Nyeri
- 2) 1-3: Nyeri ringan: klien dapat berkomunikasi dengan baik dan tidak menunjukkan gejala yang mencolok.
- 3) 4-6: Nyeri sedang, pada tahap ini klien tampak mendesis, menyeringai, mampu menunjukkan lokasi nyeri, serta mendeskripsikan rasa sakitnya secara jelas. Klien juga dapat mengikuti instruksi dengan baik meskipun frekuensi pernapasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil menunjukkan peningkatan.

- 4) 7-9: Nyeri berat, Dalam kondisi ini klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah, tetapi masih mampu memberikan respons terhadap rangsangan. Klien bisa menunjukkan letak nyeri, tetapi tidak mampu menjelaskannya secara verbal. Rasa nyeri tidak mereda meskipun sudah dilakukan perubahan posisi, teknik pernapasan dalam, atau distraksi. Ciri-cirinya antara lain wajah tampak pucat, otot tegang, serta klien tampak lelah dan letih.
- 5) 10 : Nyeri yang lebih parah biasanya ditunjukkan oleh pasien yang tidak dapat lagi mampu berkomunikasi dan menunjukkan respons seperti memukul.

b. Skala Penilaian Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) adalah alat untuk mengukur nyeri yang mirip dengan NRS, VAS berupa garis horizontal sepanjang 100 mm, di mana titik 0 mm menggambarkan tidak ada nyeri, sedangkan 100 mm menunjukkan nyeri yang sangat hebat.



Gambar 2.3 Visual Analog Scale (VAS)

D. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI (Pain Manajemen Berbasis Spiritualitas)

Pain manajemen berbasis spiritualitas adalah mendukung kedekatan pasien dengan Tuhan dan menciptakan ketenangan dalam menghadapi penyakit. Dalam Islam, doa yang ikhlas dapat meredakan nyeri dan menenangkan batin. Pendekatan spiritual juga terbukti mampu menenangkan pikiran, mengurangi nyeri persalinan, menurunkan stres, dan meningkatkan kesejahteraan janin (Innab et al., 2023). spiritual perlu dikombinasikan dengan terapi tarik napas dalam, aromaterapi lavender dan dzikir guna mengurangi nyeri setelah operasi caesar

1. Pengertian

a. Terapi Tarik Nafas Dalam

Terapi tarik nafas dalam adalah metode keperawatan yang melatih klien untuk melakukan pernapasan dalam dan lambat, termasuk menahan nafas Selama mungkin. Tetapi ini tidak hanya membantu mengurangi tingkat Nyeri, tetapi juga membuat klien merasa lebih tenang dan rileks. Relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi ketegangan serta membantu tubuh kembali ke kondisi seimbang (Sunarno, 2021). Metode ini bermanfaat dalam meningkatkan konsentrasi pasien, mempermudah pengaturan napas, meningkatkan kadar oksigen dalam darah, serta menciptakan rasa tenang. terapi napas dalam yang sederhana dan bisa dilakukan secara mandiri ini umumnya diterima baik oleh

pasien karena mampu meredakan stres, memberikan rasa rileks, serta membantu mengurangi dan mengatasi ketegangan fisik maupun emosional (Tri Chesariyanto et al., 2024).

b. Aromaterapi Lavender

Aromaterapi adalah jenis terapi komplementer non-farmakologis, yang memanfaatkan minyak esensial yang berasal dari tanaman beraroma dapat membantu menjaga kesehatan serta meningkatkan kualitas hidup (Hartati et al., 2023). Lavender banyak dipilih sebagai bahan aromaterapi karena mengandung senyawa aktif seperti linalyl, asetat dan linalool, yang memberikan efek relaksasi. Aromaterapi lavender memberikan manfaat tidak hanya pada aspek fisik, tetapi juga berdampak pada kondisi emosional. Beberapa manfaatnya meliputi penurunan kecemasan, nyeri sendi, detak jantung, insomnia, dan stres. Selain itu, aromaterapi ini juga dapat meningkatkan hormon melatonin, dan serotonin, memberikan efek menenangkan, serta menciptakan rasa nyaman (Yuniarti & Rahmawati, 2020).

c. Dzikir

Dzikir adalah salah satu metode relaksasi yang dipercaya dapat meredakan kecemasan. Pendekatan ini termasuk dalam aspek spiritual dan keagamaan, yang bertujuan membantu individu membangun persepsi dan keyakinan positif dalam menghadapi tekanan dan stressor. Dzikir

dapat dilafalkan melalui kalimat-kalimat tasbih yang sederhana namun penuh makna, seperti “subhanallah, Alhamdulillah, Allahu akbar, La ilaha illallah” pengucapan dzikir ini dapat memberikan ketenangan, yang berdampak pada penekanan sistem syaraf dimpatis dan aktifitas sistem sarap parasimpatik yang berperan mengurangi nyeri. (Jannah & Riyadi, 2021).

2. Indikasi

- a. Pasien merasakan nyeri akut setelah menjalani operasi
- b. Pasien mengalami nyeri akut dengan tingkat skala ringan hingga sedang
- c. Pasien mengalami nyeri kronis dengan tingkat skala ringan hingga sedang
- d. Pendekatan pasien terhadap terapi berbasis spiritualitas

3. Prosedur Intervensi

- a. Tahap Sebelum Interaksi
 - 1) Memeriksa rencana terapi
 - 2) Membersihkan tangan sebelum melakukan tindakan
 - 3) Identifikasi pasien dengan baik dan benar
 - 4) Siapkan dan dekatkan alat ke dekat pasien
- b. Tahap Orientasi
 - 1) Ucapkan salam kepada klien, sapa pasien dengan ramah dan memperkenalkan diri kepada klien.
 - 2) Melakukan kontrak sebelum tindakan akan dilakukan

- 3) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai tujuan dan tahapan pelaksanaan prosedur.
- 4) Tanyakan kesiapan pasien serta meminta kerja sama pasien

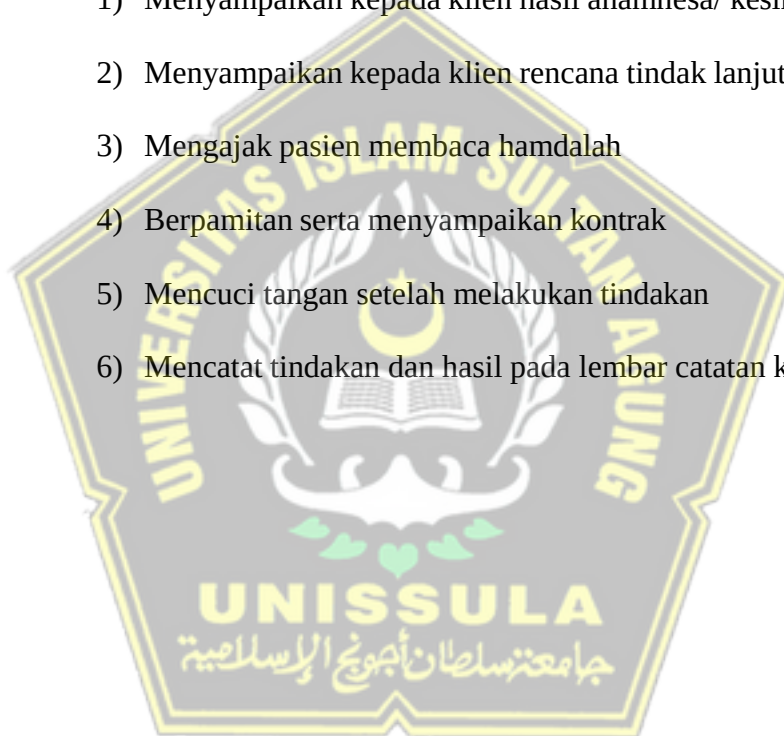
c. Tahap Kerja

- 1) Menjaga kerahasiaan klien
- 2) Posisikan klien di tempat yang tenang dan nyaman.
- 3) Mengajak pasien membaca basmallah
- 4) Ciptakan suasana yang mendukung, dengan mengurangi gangguan, dan memastikan pencahayaan serta suhu ruangan yang nyaman jika memungkinkan.
- 5) Pastikan klien dengan posisi yang mendukung kenyamanan, misalnya duduk bersandar atau berbaring.
- 6) Anjurkan pasien untuk rileks dan menikmati efek relaksasi.
- 7) Latih pasien melakukan teknik pernapasan dalam dengan langkah-langkah berikut:
 - a) Arahkan pasien untuk menutup mata dan fokus penuh
 - b) Ajarkan menarik nafas perlahan melalui hidung
 - c) Latih menghembuskan napas pelan-pelan melalui mulut yang dimonyongkan
 - d) Tunjukkan pola pernafasan dengan menarik napas selama 4 detik, menahan selama 2 detik, dan menghembuskan napas selama 8 detik sambil menghirup aroma terapi lavender.

- e) Selama proses ekspirasi, arahkan pasien untuk melafalkan kalimat dzikir seperti Subhanallah, Alhamdulillah, Allahu Akbar, laa ilaha illallah, dan astagfirullah
- f) Amati dengan evaluasi respons pasien selama intervensi berlangsung

d. Tahap Terminasi

- 1) Menyampaikan kepada klien hasil anamnesa/ kesimpulan
- 2) Menyampaikan kepada klien rencana tindak lanjut (RTL)
- 3) Mengajak pasien membaca hamdalah
- 4) Berpamitan serta menyampaikan kontrak
- 5) Mencuci tangan setelah melakukan tindakan
- 6) Mencatat tindakan dan hasil pada lembar catatan keperawatan.



BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Atau Rancangan Studi Kasus

Desain studi kasus ini diterapkan dengan karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan penelitian deskriptif. metode deskriptif merupakan pendekatan yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis data hasil penelitian tanpa bertujuan menarik kesimpulan yang berlaku secara umum. Penelitian deskriptif bertujuan utama untuk memberikan gambaran atau pemaparan mengenai suatu kondisi atau objek yang diteliti (Sugiyono, 2019).

B. Subyek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini, penulis menerapkan intervensi kepada dua pasien yang mengalami gangguan nyeri melahirkan melalui operasi sectio caesarea yang dirawat di ruang Nahmudah Mawardi RSI NU Demak.

C. Fokus Studi

Fokus studi penulis yaitu Implementasi Pain Manajemen Berbasis Spiritualitas pada ibu yang menjalani operasi Caesar.

D. Definisi Operasional

1. Nyeri adalah suatu pengalaman yang tidak nyaman, baik secara fisik maupun emosional, yang bisa disebabkan oleh kerusakan jaringan yang telah terjadi atau yang berisiko terjadi. Dalam penelitian ini, tingkat nyeri diukur menggunakan Skala Numerik Nyeri (Numeric Rating Scale/NRS), yang memiliki rentang nilai dari 0 hingga 10 : 0 menunjukkan tidak ada

nyeri, skala 1-3 menunjukkan nyeri ringan, skala 4-6 menunjukkan nyeri sedang, dan skala 7-10 menunjukkan nyeri berat.

2. Tarik nafas dalam adalah teknik pernapasan yang melibatkan pergerakan udara ke dalam perut dengan frekuensi yang lambat dan teratur, saat melakukannya, sebaiknya memejamkan mata untuk menciptakan suasana nyaman dan tenang.
3. Aromaterapi Lavender adalah terapi yang memanfaatkan minyak esensial dari tanaman lavender, terkenal karena kemampuannya menenangkan serta memberikan efek relaksasi yang dapat membantu meredakan rasa nyeri.
4. Dzikir dapat dilafalkan melalui kalimat-kalimat tasbih yang sederhana namun penuh makna, seperti “subhanallah, Alhamdulillah, Allahu akbar, La ilaha illallah” pengucapan dzikir ini dapat memberikan ketenangan.

E. Tempat dan Waktu

Dilaksanakan di ruang Mahmudah Mawardi di RSI NU Demak pada bulan Februari 2025.

F. Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus pada karya tulis ilmiah ini yaitu:

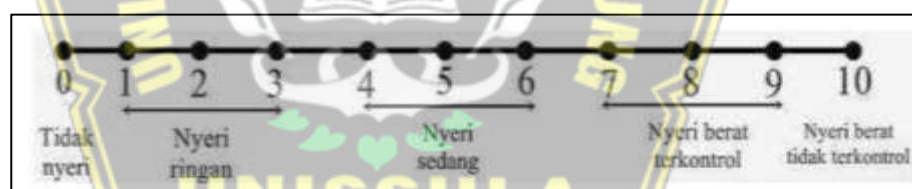
1. Observasi

Mengobservasi dan mencatat keluhan pasien terhadap kesehatannya, pada luka post operasi diperut, terutama pada keluhan nyeri.

2. Wawancara

Pada saat melakukan pengumpulan data dengan wawancara penulis mengkaji data umum, kesehatan, riwayat kehamilan, riwayat KB, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan lingkungan dan pola kesehatan fungsional yang meliputi pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola eliminasi, aktivitas dan latihan, pola istirahat dan tidur, pola nutrisi metabolic, pola kognitif perseptual sensori, pola persepsi diri dan konsep diri, mekanisme koping, seksual reproduksi, peran hubungan dengan orang lain serta pola nilai dan kepercayaan. Dalam melakukan wawancara penulis menggunakan format yang penulis peroleh pada buku panduan PBK.

3. *Numeric Rating Scale (NRS)*



Gambar 3.1 Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber: Kemenkes, 2022

Skala intensitas *Numeric Rating Scale* (NRS) adalah skala penilaian nyeri dengan nilai 0-10. Dalam penilaian ini, pasien diminta menunjukkan rasa sakit yang dirasakan, Tingkat nyeri dapat dikalsifikasikan sebagai berikut:

- 1) 0 : Tidak terdapat Nyeri
- 2) 1-3: Nyeri ringan: klien dapat berkomunikasi dengan baik dan tidak menunjukkan gejala yang mencolok.

- 3) 4-6: Nyeri sedang, pada tahap ini klien tampak mendesis, menyeringai, mampu menunjukkan lokasi nyeri, serta mendeskripsikan rasa sakitnya secara jelas. Klien juga dapat mengikuti instruksi dengan baik meskipun frekuensi pernapasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil menunjukkan peningkatan.
- 4) 7-9: Nyeri berat, Dalam kondisi ini klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah, tetapi masih mampu memberikan respons terhadap rangsangan. Klien bisa menunjukkan letak nyeri, tetapi tidak mampu menjelaskannya secara verbal. Rasa nyeri tidak mereda meskipun sudah dilakukan perubahan posisi, teknik pernapasan dalam, atau distraksi. Ciri-cirinya antara lain wajah tampak pucat, otot tegang, serta klien tampak lelah dan letih.
- 5) 10 : Nyeri yang lebih parah biasanya ditunjukkan oleh pasien yang tidak dapat lagi mampu berkomunikasi dan menunjukkan respons seperti memukul.

G. Metode Pengumpulan Data

Metode yang dilakukan sebagai bahan proses pencatatan data dalam studi kasus ini adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Hasil data yang diperoleh wawancara dari pasien dan keluarga pasien yang memuat informasi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit

sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan lain-lain.

2. Observasi

Observasi yang dapat dilakukan yaitu melihat peningkatan kesehatan pasien setiap harinya dengan melaksanakan pengelolaan keperawatan secara langsung kepada pasien.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh (head to toe) kepada pasien untuk memperoleh data, membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah, dan merencanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan diagnosis pasien berupa hasil laboratorium, serta catatan rekam medis pasien.

H. Analisis Dan Penyajian Data

Analisis data dalam asuhan keperawatan terhadap ibu post melahirkan dilakukan selama pelaksanaan survei lapangan, dimulai dari proses pengumpulan hingga seluruh data diperoleh secara lengkap dan menyeluruh. Proses analisis ini bertujuan untuk mengungkap fakta yang relevan, membandingkannya dengan teori terkini, serta menyaring data yang tidak relevan untuk menghindari kesalahan dalam pembahasan selanjutnya. Analisis tersebut juga berfungsi untuk menjelaskan hasil temuan penelitian

yang diperoleh dari wawancara secara menyeluruh, yang digunakan untuk menjawab rumusan masalah dalam penelitian. Selain itu, teknik ini mendukung observasi peneliti dan penelaahan dokumen, kemudian hasilnya dibandingkan dengan teori yang ada untuk memperkuat interpretasi dan memberikan rekomendasi intervensi yang sesuai (Putri, 2020) .

I. Etika Studi Kasus

Etika yang diterapkan dalam penelitian keperawatan merupakan aspek yang sangat penting. Pada penelitian Karya Tulis Ilmiah diberikan kebebasan kepada responden agar dapat memilih atau menolak kesediaannya untuk penelitian ini tanpa adanya paksaan kepada responden tersebut (Asmara, 2022)

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Responden yang akan digunakan sebagai subyek penelitian telah menyetujui informed consent sebelum dilakukannya intervensi.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, penulis hanya akan mengungkapkan inisial nama serta kode enkripsi dari lembar pengumpulan data yang disusun oleh peneliti. Dengan cara ini, privasi pemohon tetap terjaga dari pengetahuan masyarakat umum.

3. *Confidential* (kerahasiaann)

Peneliti menjaga informasi yang diberikan responden tetap rahasia hanya peneliti dan responden yang mengetahuinya.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Dalam studi kasus ini, penulis akan membahas asuhan keperawatan pada pasien pasca operasi caesar dengan penerapan Manajemen Nyeri Berbasis Spiritual di Ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak. Penelitian ini melibatkan dua pasien sebagai subjek, yaitu Pasien I (Ny. M) dan Pasien II (Ny. N), yang dilakukan pada bulan Februari 2025. Asuhan keperawatan ini mencakup tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisis data, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pasien 1

Klien bernama Ny. M dengan usia 22 tahun, Alamat Rumah Karangrejo RT 02/01 Wonosalam, Demak. Klien beragama islam pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dengan status obstetric Nifas hari ke 1 P1A0 kehamilan anak pertama secara sectio caesarea dengan indikasi CPD dalam kondisi bayi sehat, berat badan 3.500 gram umur 0 bulan. Klien mengatakan nyeri luka operasi post sc dan masih sulit menggerakkan ekstremitas bawah. Keluhan sekarang Klien mengatakan kehamilan anak pertama dilakukan tindakan operasi caesar akibat indikasi CPD (Cephalopelvis Disproportion) saat dilakukan pengkajian klien mengeluh kesulitan bergerak disertai rasa nyeri yang di dialami digambarkan seperti semsasi tertusuk, dengan

tingkat keparahan mencapai angka 6 dari skala 10, dan sifatnya muncul hilang. Klien juga mengeluh kesulitan menggerakkan ekstremitas bawah dan mengalami keterbatasan dalam bergerak. Masalah kehamilan klien memiliki indikasi CPD (Cephalopelvic Disproportion) dikarenakan ukuran panggul klien yang sempit sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan normal dan dilakukan indikasi operasi caesar. Klien mengatakan menstruasi yang pertama umur 16 tahun, siklus menstruasi normal dengan lama menstruasi 7 hari klien mengatakan tidak mempunyai gangguan dalam menstruasi. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat KB dan rencana menggunakan KB dengan IUD

b. Pasien 2

Klien bernama Ny. N dengan usia 24 tahun, Alamat Rumah Jl.Diponegoro RT 09/07 Wonosalam, Demak. Klien beragama islam pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dengan status obstetric Nifas hari ke 1 P1A0 kehamilan anak pertama secara sectio caesarea dengan indikasi CPD dengan kondisi bayi sehat, berat badan 3.700 gram umur 0 bulan. Klien mengatakan nyeri luka operasi post sc terutama saat mobilitas berpindah posisi, berdiri maupun berjalan. Keluhan sekarang Klien mengatakan kehamilan anak pertama dilakukan tindakan operasi sectio caesarea (SC) akibat indikasi CPD (Cephalopelvis Disproportion) saat dilakukan pengkajian terhadap klien mengeluhkan nyeri pada area luka bekas sayatan tindakan

operasi caesar ini terasa seperti ditikam-tikam, dengan tingkat nyeri mencapai 5 pada skala 0 hingga 10. bersifat hilang timbul dan mengatakan mengeluh kesulitan dalam tutup dalam duduk, berpindah posisi dan berjalan. Masalah kehamilan Klien memiliki indikasi CPD (Cephalopelvic Disproportion) dikarenakan ukuran panggul klien yang sempit sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan normal dan dilakukan indikasi operasi caesar. klien mengatakan menstruasi yang pertama umur 14 tahun, siklus menstruasi teratur dengan lama menstruasi 7 hari Mengatakan nyeri haid pada hari pertama cara mengatasinya dengan tiduran menggunakan kompres sangat elektrik untuk meredakan nyeri. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat KB dan rencana menggunakan KB dengan suntik

2. Pemeriksaan Fisik

a. Pasien 1

Pada pemeriksaan fisik Ny. M, didapatkan hasil sebagai berikut: tekanan darah 130/81 mmHg, nadi 82 kali/menit, suhu 36,20°C, dan frekuensi pernapasan 20 kali/menit. Pasien dalam keadaan sadar penuh (Compos Mentis, E4M5V6). Keadaan umum menunjukkan bahwa bentuk kepala simetris (mesocephal) dengan rambut yang bersih, berwarna hitam, rontok beberapa helai, dan tidak ada ketombe. Selain itu, tidak ditemukan benjolan atau lesi di kepala. Pada pemeriksaan mata, terlihat simetris di kedua sisi, dengan

konjungtiva yang tidak anemis dan sklera yang tidak ikterik. Pasien juga tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Pemeriksaan hidung menunjukkan bahwa hidung bersih tanpa sekresi atau polip, dan tidak terdapat napas via cuping hidung. Tidak ada pemasangan oksigen. Pada pemeriksaan telinga, pendengaran baik, pasien tidak menggunakan alat bantu, dan telinga bersih tanpa tanda-tanda infeksi. Dalam pemeriksaan mulut, mukosa bibir tampak kering, gigi bersih, dan pasien tidak mengalami kesulitan saat mengunyah. Pemeriksaan leher menunjukkan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran tonsil, dan tidak terdapat nyeri saat menelan. Thorak: Pemeriksaan Paru-paru Saat melakukan inspeksi, dinding dada pasien terlihat simetris. Pada palpasi, fremitus taktil di kanan dan kiri menunjukkan kesetaraan. Dalam pemeriksaan perkusi, terdengar suara sonor. Melalui auskultasi, suara nafas versikuler terdeteksi dengan jelas. Jantung Pada inspeksi, dinding dada juga terlihat simetris. Saat palpasi, ictus cordis teraba pada interkostal ke-5, tepat di garis mid klavikula sinistra. Perkusi menunjukkan suara sonor, sementara auskultasi mengungkapkan bunyi jantung "lup dup." Payudara Bentuk payudara simetris, dengan puting mammae yang menonjol. Areola tampak berwarna hitam, tanpa adanya luka ataupun nyeri tekan. Colostomi sudah keluar dengan baik. Abdomen Saat inspeksi, abdomen tampak distensi, dan terdapat luka sayatan operasi pasca-section di bagian bawah abdomen. Kondisi jahitan terlihat tertutup.

Pada palpasi, ditemukan nyeri tekan dan edema. Fundus uteri teraba tinggi 13 cm, dengan posisi dua jari di bawah pusar dan dalam keadaan kontraksi yang keras. Perkusi menghasilkan suara pekak, dan auskultasi menunjukkan bising usus dalam jumlah normal, yaitu 15 kali per menit. Lokhia Jumlah lokhia mencapai 300 cc, berwarna merah kecoklatan, dengan konsistensi cair bercampur gumpalan kecil serta aroma khas darah. Perinium Keadaan perinium terlihat utuh, tanpa tanda-tanda REEDA, serta tampak bersih dan bebas dari hemoroid. Eliminasi Pasien melaporkan tidak mengalami kesulitan dalam berkemih (BAK) meskipun terpasang kateter. Selain itu, pasien juga tidak mengalami kesulitan dalam buang air besar (BAB), meskipun selama di rumah sakit belum melakukan BAB dan tidak ada distensi vesika urinaria. Ekstremitas Terdapat tidak ada varises atau tanda Homans. Ekstremitas atas terpasang infus di tangan kiri, namun pergerakan ekstremitas terbatas

b. Pasien 2

Pada pemeriksaan fisik Ny. N, didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 kali per menit, suhu tubuh 36,5°C, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Pasien dalam keadaan sadar baik (compos mentis) dengan skala E4 M5 V6. Kondisi umum kepala dan rambut menunjukkan bentuk kepala yang simetris, rambut bersih berwarna hitam, tidak rontok atau berketombe, serta tidak ada benjolan atau lesi. Pada pemeriksaan mata, kedua sisi simetris, konjungtiva

tampak tidak anemis, dan sklera tidak ikterik, tanpa perlu alat bantu. Kehidupan pendengaran dalam keadaan baik tanpa alat bantu, dan telinga bersih tanpa tanda-tanda infeksi. Hidung tampak bersih tanpa sekresi maupun polip, serta tidak ditemukan gejala nafas cuping hidung atau pemasangan oksigen. Pemeriksaan mulut menunjukkan mukosa bibir lembab, gigi bersih, dan pasien tidak mengalami kesulitan dalam mengunyah. Pada leher tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid maupun tonsil, serta tidak terdapat keluhan nyeri saat menelan. Saat dilakukan pemeriksaan toraks, dinding dada terlihat simetris. Saat palpasi, fremitus taktil kanan dan kiri teraba sama. Pada perkusi, terdengar suara sonor, dan auskultasi menunjukkan suara nafas vesikuler. Inspeksi jantung menunjukkan dinding dada simetris. Ictus cordis teraba pada interkostal ke-5 di bawah mid klavikula sinistra. Perkusi jantung menunjukkan suara sonor, dan auskultasi menghasilkan bunyi lub-dub. Pemeriksaan payudara menunjukkan bentuk simetris, puting mammae menonjol, areola berwarna hitam tanpa luka atau nyeri tekan. Colostomi sudah terpasang. Pada pemeriksaan abdomen, terlihat distensi dengan adanya luka operasi pasca SC di bagian bawah abdomen. Kondisi jahitan dalam keadaan tertutup. Pada palpasi, terdapat nyeri tekan dan edema yang tampak sedikit kemerahan, serta tinggi fundus uteri 10 cm dengan posisi dua jari di bawah pusar dan kontraksi keras. Pada perkusi, terdengar pekak, sementara auskultasi menunjukkan bunyi usus normal sebanyak 15

kali per menit. lokea yang diperiksa sebanyak 200 cc, berwarna merah kecoklatan, dengan konsistensi cair dan bercampur gumpalan kecil serta bau amis khas darah. Pada pemeriksaan perineum, keadaan tampak utuh, bersih, tanpa tanda-tanda reeda, dan tidak ada hemoroid. Mengenai eliminasi, klien melaporkan tidak mengalami kesulitan dalam berkemih meskipun tampak terpasang kateter. Klien tidak mengalami kesulitan saat berak, dan selama di rumah sakit belum pernah BAB serta tidak menunjukkan distensi vesika urinaria. Pemeriksaan ekstremitas menunjukkan tidak ada varises atau tanda positif Homans. Ekstremitas atas terpasang infus di tangan kiri, dan pergerakan mobilitas tampak terbatas.

3. Pengkajian Kebutuhan Khusus

a. Pasien 1

Pada pengkajian kebutuhan Ny. M, diperoleh informasi sebagai berikut: Oksigenasi: Klien menyatakan tidak mengalami sesak napas dan tidak merasa pusing setelah beraktivitas. Nutrisi: Klien mengungkapkan bahwa mereka mengonsumsi makanan tiga kali sehari dengan menu bubur sayur dan buah. Nafsu makan klien baik dan tidak ada makanan yang harus dihindari. Cairan: Klien melaporkan bahwa mereka minum air putih sebanyak 1,5 liter per hari dan tidak ada batasan pada asupan cairan. Eliminasi: Klien tidak mengeluhkan adanya keringat berlebih. Buang air kecil pertama setelah persalinan dilakukan dengan kateter, dan klien juga menyatakan tidak ada keluhan

saat buang air besar. Kenyamanan: Klien melaporkan nyeri pada luka operasi caesar di bagian bawah abdomen dan mengalami keterbatasan dalam pergerakan ekstremitas. Untuk nyeri yang dirasakan: P (Provokasi): Nyeri saat bergerak. Q (Qualitas): Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk. R (Region): Terletak di abdomen bawah. S (Severity): Skala nyeri 6. T (Time): Nyeri bersifat hilang timbul.

b. Pasien 2

Dalam pengkajian kebutuhan Ny. M, ditemukan beberapa informasi penting terkait kondisinya. Untuk aspek oksigenasi, klien menyatakan tidak mengalami keluhan sesak napas dan tidak merasakan pusing setelah beraktivitas. Dalam hal nutrisi, klien menjelaskan bahwa mereka mengonsumsi makanan tiga kali sehari, dengan menu utama berupa bubur sayur dan buah. Selain itu, nafsu makannya baik dan tidak ada makanan yang perlu dihindari. Mengenai cairan, klien melaporkan bahwa mereka minum air putih sebanyak satu liter per hari dan tidak mengalami pembatasan dalam asupan cairan. Dalam hal eliminasi, klien tidak melaporkan keluhan keringat berlebih, dan meski BAK pertama setelah persalinan dilakukan dengan kateter, klien mengungkapkan tidak ada masalah saat BAB. Untuk kenyamanan, klien mengaku merasakan nyeri pada luka sayatan pasca operasi caesar dan mengalami kesulitan dalam mobilitas, seperti saat berpindah posisi, duduk, maupun berjalan. Nyeri yang dirasakan saat mobilitas adalah nyeri yang digambarkan seperti tersayat-sayat,

terlokalisir di bagian abdomen bawah, dengan skala nyeri sekitar 5, dan bersifat hilang timbul.

4. Pemeriksaan Fisik Bayi

a. Bayi 1 (Ny.M)

Keadaan umum bayi normal, jenis kelamin laki laki, kesadaran baik, Bayi responsif terhadap rangsangan gerakan ekstremitas baik dan menangis dengan kuat, didapatkan suhu 36°C nadinya 140x/menit, respirasi 40x/menit, berat badan 3.500 gram, lingkar kepala 33cm, lingkar dada 33 cm. dengan bentuk kepala normal (mesocephalic), Rambut lebat, berwarna hitam dan dalam keadaan bersih. Tidak ada kelainan pada kedua mata dan, bayi menunjukkan sensitivitas cahaya yang baik. konjungtiva normal, tidak ada secret, adanya reflek berkedip respon terhadap sentuhan. Telinga simetris, tidak ada secret, adanya reflek terkejut, Tidak terdapat sekret, cuping hidung tidak tampak kembang-kempis, dan pola pernapasan dalam batas normal. Mulut tampak simetris, gusi berwarna merah muda, dan refleks hisap baik. Leher memiliki bentuk normal tanpa pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan jantung, bentuk dada simetris, ictus cordis tidak teraba, tidak ditemukan nyeri tekan, suara jantung terdengar redup dengan irama normal (“lup-dup”). Pemeriksaan paru menunjukkan ekspansi dada yang simetris tanpa tanda-tanda edema atau nyeri tekan suara Sonar atau (redup) suara nafas versikuler tiada ada. nafas tambahan. Punggung simetris

tidak ada benjolan maupun edema, gerakan aktif dan simetris pada keempat ekstremitas, jari kaki kanan lengkap dan reflek saat menggenggam, Genetalia bayi normal, tidak ada kelainan, Anus dan rektum normal, bayi telah BAB mekonium pertama setelah lahir, warna kulit bayi normal (merah muda) bersih dan tidak ada kelainan.

b. Bayi 2 (Ny. N)

Keadaan umum bayi normal, jenis kelamin laki-laki, kesadaran baik, Bayi responsif terhadap rangsangan gerakan ekstremitas baik dan menangis dengan kuat, didapatkan suhu 36,1°C nadinya 130x/menit, respirasi 40x/menit, berat badan 3.700 gram, lingkar kepala 34cm, lingkar dada 33 cm. dengan bentuk kepala normal (mesocephalic), Rambut lebat, berwarna hitam dan dalam keadaan bersih. Tidak ada kelainan pada kedua mata dan, bayi menunjukkan sensitivitas cahaya yang baik. Lingkar konjungtiva normal, tidak ada secret, adanya reflek berkedip respon terhadap sentuhan. Telinga simetris, tidak ada secret, adanya reflek terkejut, Tidak terdapat sekret, cuping hidung tidak tampak kembang-kempis, dan pola pernapasan dalam batas normal. Mulut tampak simetris, gusi berwarna merah muda, dan refleks hisap baik. Leher memiliki bentuk normal tanpa pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan jantung, bentuk dada simetris, ictus cordis tidak teraba, tidak ditemukan nyeri tekan, suara jantung terdengar redup dengan irama normal (“lup-dup”). Pemeriksaan paru menunjukkan ekspansi dada yang simetris

tanpa tanda-tanda edema atau nyeri tekan suara Sonar atau (redup) suara nafas versikuler tiada ada. nafas tambahan. Punggung simetris tidak ada benjolan maupun edema, gerakan aktif dan simetris pada keempat ekstremitas, jari kaki kanan lengkap dan reflek saat menggenggam, Genetalia bayi normal, tidak ada kelainan, Anus dan rektum normal, bayi telah BAB mekonium pertama setelah lahir, warna kulit bayi normal (merah muda) bersih dan tidak ada kelainan.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pasien 1

Tabel 4.1 Pemeriksaan penunjang pasien 1

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal	
	Nilai	Satuan	Min	Max
Hematologi				
Hemoglobin	12	g/dl	12.0	15.0
Hematocrit	37.9	%	37	47
Leukosit	23.500	mm ³	4.000	10.000
Trombosit	159.000	mm ³	150.000	400.000

b. Pasien 2

Tabel 4.2 Pemeriksaan penunjang pasien 2

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal	
	Nilai	Satuan	Min	Max
Hematologi				
Hemoglobin	13.8	g/dl	12.0	15.0
Hematocrit	38.8	%	37	47
Leukosit	19.500	mm ³	4.000	10.000
Trombosit	219.000	mm ³	150.000	400.000

6. Analisa Data

a. Pasien 1

Pada pengkajian yang dilakukan terhadap Ny. M pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 10. 00 WIB, diperoleh data subyektif yang pertama. Klien melaporkan merasakan nyeri pada luka pasca operasi caesar (SC). Ia mengungkapkan bahwa rasa nyeri terasa lebih kuat saat bergerak, terletak di daerah perut bagian bawah dengan tingkat nyeri mencapai skala 6. Nyeri tersebut bersifat hilang timbul dan terasa seperti tertusuk-tusuk. Dalam data objektif, klien tampak meringis, gelisah, dan menunjukkan sikap protektif. Tanda vitalnya menunjukkan tekanan darah 130/81 mmHg, nadi 82 kali per menit, suhu 36,2°C, dan respirasi 20 kali per menit. Berdasarkan data yang diperoleh, penulis menetapkan diagnosis nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencidera fisik.

Selanjutnya, untuk fokus data kedua, ditemukan data subyektif di mana klien juga melaporkan rasa nyeri. Dalam data objektif, terlihat adanya pembengkakan di sekitar luka pasca SC, dengan hasil pemeriksaan leukosit mencapai 23. 500 mm³. Dari informasi yang ada, penulis menetapkan diagnosis risiko infeksi yang ditandai dengan efek dari prosedur invasif.

Di data fokus yang ketiga didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan tidak banyak melakukan aktivitas karna mengalami keterbatasan dalam bergerak atau mobilitas. Pada data objektif

didapatkan klien. Klien dibantu oleh keluarga jika akan bergerak, rentang gerak klien menurun. Berdasarkan data yang diperoleh, penulis mendiagnosis adanya gangguan mobilitas fisik yang berkaitan dengan nyeri.

b. Pasien 2

Pada tanggal 12 Februari 2025, pukul 10. 00 WIB, dilakukan pengkajian terhadap Ny. N. Dari hasil pemeriksaan, diperoleh data subyektif pertama di mana klien melaporkan mengalami nyeri pada luka sayatan pasca operasi caesar. Klien merasakan nyeri yang muncul terutama saat bergerak, dengan intensitas di bagian perut bawah mencapai skala 5. Nyeri yang dialami klien terasa seperti tusukan yang hilang timbul. Dalam data objektif, klien terlihat meringis, gelisah, dan bersikap protektif terhadap area yang nyeri. Tanda vitalnya menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 kali per menit, suhu 36,5 °C, dan respirasi 20 kali per menit. Berdasarkan informasi tersebut, penulis menegakkan diagnosis nyeri akut yang berkaitan dengan agen pencederaan fisik.

Selanjutnya, pada data fokus kedua, diperoleh data subyektif tambahan di mana klien mengeluhkan nyeri di bekas operasi dan merasakan sedikit sensasi panas. Dari segi objektif, terlihat adanya kemerahan ringan di sekitar luka insisi pasca operasi caesar, serta hasil pemeriksaan leukosit menunjukkan angka 19. 500 mm³. Dengan

data tersebut, penulis menentukan diagnosis risiko infeksi yang ditandai dengan adanya efek dari prosedur invasif.

Pada data fokus ketiga, klien mengungkapkan bahwa mobilitasnya terbatas akibat nyeri pada luka insisi operasi caesar. Dalam pengamatan objektif, klien membutuhkan bantuan dari keluarga saat melakukan gerakan, dan rentang geraknya mengalami penurunan. Dari informasi yang didapat, penulis menegakkan diagnosis gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri.

7. Diagnosa keperawatan

Pasien 1 (Ny. M) dengan pasien 2 (Ny. N) berdasarkan analisa data subjektif dan data objektif didapatkan diagnose keperawatan sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)

8. Intervensi

a. Pasien 1

1) Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik

Setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama tiga sesi masing-masing delapan jam, diharapkan terdapat penurunan tingkat nyeri pada pasien. Kriteria keberhasilan yang diharapkan meliputi: berkurangnya keluhan nyeri, penurunan ekspresi meringis, menurunnya tingkat kegelisahan, serta berkurangnya

sikap protektif. Tindakan keperawatan yang akan dilakukan meliputi identifikasi skala nyeri, pemberian relaksasi dengan teknik tarik napas dalam, penggunaan aromaterapi lavender dan dzikir, pengajaran teknik relaksasi pernapasan, serta kolaborasi dengan dokter terkait dalam pemberian analgetik.

2) Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Setelah melakukan tindakan keperawatan selama tiga kali delapan jam, diharapkan terjadinya penurunan tingkat nyeri yang di sebabkan oleh infeksi dengan kriteria hasil yang sebagai berikut: nyeri semakin berkurang, pembengkakan berkurang, dan kadar sel darah putih menunjukkan perbaikan. Tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan meliputi pemantauan Tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan setelah berinteraksi dengan pasien serta lingkungannya, serta mengedukasi pasien mengenai teknik mencuci tangan yang benar.

3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah melakukan tindakan keperawatan selama tiga sesi masing-masing delapan jam, diharapkan terjadinya mobilitas fisik pasien akan meningkat. Kriteria hasil yang diharapkan mencakup peningkatan pergerakan ekstremitas serta peningkatan rentang gerak (ROM). Tindakan keperawatan yang akan diterapkan meliputi pengidentifikasian adanya nyeri atau

keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu (seperti Pagar tempat tidur), serta mengajarkan mobilisasi sederhana Hal-hal yang harus dilakukan, seperti duduk di atas tempat tidur, duduk di tepi tempat tidur, serta berpindah dari tempat tidur ke kursi.

b. Pasien 2

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama tiga sesi masing-masing delapan jam, diharapkan terdapat penurunan tingkat nyeri. Kriteria hasil yang diinginkan meliputi: pengurangan keluhan nyeri, penurunan ekspresi meringis, berkurangnya tingkat kegelisahan, dan penurunan sikap protektif. Tindakan keperawatan yang akan dilakukan meliputi: identifikasi skala nyeri, pemberian relaksasi dengan latihan tarik nafas dalam, penggunaan aromaterapi lavender dan dzikir, pengajaran teknik relaksasi dengan nafas dalam, serta kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik.

2) Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Setelah menjalani intervensi keperawatan selama tiga shift, masing-masing berdurasi delapan jam, diharapkan terjadi penurunan intensitas nyeri yang disebabkan oleh infeksi, dengan indikator hasil berupa penurunan nyeri, berkurangnya pembengkakan, serta perbaikan nilai leukosit. Langkah

keperawatan yang akan dilakukan mencakup pemantauan terhadap tanda dan gejala infeksi, melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien maupun lingkungannya, serta memberikan edukasi mengenai teknik mencuci tangan yang tepat.

3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama tiga kali sesi masing-masing delapan jam, diharapkan tingkat mobilitas fisik pasien dapat meningkat. Kriteria yang menjadi acuan untuk penilaian hasil meliputi peningkatan gerakan ekstremitas serta peningkatan rentang gerak (ROM). Tindakan keperawatan yang akan diterapkan meliputi identifikasi terhadap adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan bantuan alat (seperti pagar tempat tidur), serta memberikan pengajaran mengenai mobilisasi sederhana yang perlu dilakukan, seperti duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, dan berpindah dari tempat tidur ke kursi.

9. Implementasi

a. Hari Pertama

1) Pasien 1

Pada hari pertama, tanggal 12 Februari 2025, pukul 10.00, penulis mulai melaksanakan implementasi dari rencana yang telah dirancang sebelumnya untuk menangani risiko infeksi

akibat prosedur invasif. Intervensi keperawatan yang dilakukan mencakup observasi terhadap tanda dan gejala infeksi, praktik mencuci tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien maupun lingkungannya, edukasi mengenai teknik mencuci tangan yang tepat, serta pemberian antibiotik. cefixim. Data subjektif menunjukkan bahwa klien mengeluh nyeri. Sementara itu, data objektif menunjukkan adanya edema di sekitar luka pasca SC, dengan kadar leukosit mencapai 23. 500 mm³. Pasien terlihat mengikuti instruksi dengan baik dan benar.

Pada hari yang sama, pukul 10.30, penulis melanjutkan implementasi dan intervensi untuk mengatasi nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi pengidentifikasian skala nyeri, pemberian teknik relaksasi pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir. Penulis juga mengajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam serta memberikan obat analgetik asam mefenamat 500 mg. Data subjektif yang diperoleh menunjukkan bahwa klien melaporkan skala nyeri 6 pada rentang 0-10 dan bersedia diajarkan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, yaitu relaksasi pernapasan dalam yang dikombinasikan dengan aromaterapi lavender dan dzikir. Klien juga menyatakan siap untuk minum obat. Data objektif memperlihatkan bahwa klien tampak gelisah, meringis, dan bersikap protektif. Namun,

klien mampu melakukan relaksasi pernapasan, aromaterapi lavender, dan dzikir secara mandiri serta tampak meminum obat.

Pada pukul 11.10 di hari yang sama, penulis kembali melaksanakan implementasi dan intervensi keperawatan terkait hambatan mobilitas fisik akibat nyeri. Tindakan yang diberikan meliputi identifikasi adanya rasa nyeri atau keluhan fisik lainnya, membantu proses mobilisasi dengan memanfaatkan alat bantu seperti pagar tempat tidur, serta memberikan edukasi mengenai gerakan mobilisasi sederhana, seperti berbaring miring ke kanan dan ke kiri. menunjukkan bahwa klien mengeluhkan nyeri di sekitar luka pasca operasi SC di perut bawah dan masih sulit untuk bergerak. klien merasa terbantu dalam mobilisasi berkat adanya pagar tempat tidur dan mampu melakukan miring kanan dan kiri dengan bantuan keluarga atau perawat. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa klien belum mampu bergerak secara mandiri dan masih membutuhkan bantuan untuk melakukan mobilisasi miring kanan dan kiri.

hari pertama tanggal 12 Februari 2025 pukul 10.00 penulis melakukan implementasi dan rencana yang telah disusun dari hari pertama yaitu risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive. Tindakan keperawatan yang dilakukan memonitor tanda & gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien,

mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, memberikan obat antibiotik (cefixim) Data Subjektif : klien mengeluh nyeri. Data Objektif : terlihat adanya edema di sekitar luka post SC, leukosit 23.500 mm³, pasien tampak mengikuti dengan baik dan benar

Pada hari pertama tanggal 12 Februari 2025 pukul 10.30 penulis melakukan implementasi dan intervensi yang telah disusun dari hari pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan keperawatan yang dilakukan mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik relaksasi nafas dalam, aromaterapi lavender dan dzikir mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan obat analgetik asam mefemanat 500mg. Data subjektif : klien melaporkan skala nyeri 6 pada rentang 0-10, bersedia diberikan dan diajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi nafas dalam aromaterapi lavender dikombinasikan dengan dzikir, pasien mengatakan mau minum obat. Data objektif : klien tampak gelisah, meringis dan bersikap protektif, klien tampak mampu melakukan relaksasi nafas aromaterapi lavender dan dzikir dalam secara mandiri, klien tampak meminum obat.

Pada hari pertama tanggal 12 Februari 2025 pukul 11.10 penulis melakukan implementasi dan intervensi yang telah disusun dari hari pertama yaitu gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu yaitu pagar tempat tidur, mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu (miring kanan miring kiri). Data Subjektif : klien mengatakan nyeri di sekitar luka post op sc perut bawah dan masih sulit untuk mobilisasi, pasien mengatakan terbantu untuk mobilisasi dengan adanya pagar tempat tidur, klien mengatakan mampu melakukan miring kanan kiri dengan bantuan keluarga / perawat. Data objektif : klien tampak belum mampu untuk mobilisasi secara mandiri, pasien tampak terbantu dengan adanya pagar tempat tidur, klien tampak masih butuh bantuan untuk melakukan mobilisasi miring kanan kiri.

2) Pasien 2

Pada hari pertama, 12 Februari 2025, pukul 11. 40, penulis melaksanakan implementasi dan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya terkait dengan risiko infeksi, yang ditandai oleh efek dari prosedur invasif. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi pemantauan tanda-tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien, mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, dan memberikan obat antibiotik, yaitu cefixim. Data Subjektif mengindikasikan bahwa klien

melaporkan adanya nyeri pada bekas luka sayatan pasca operasi caesar, serta merasakan sedikit panas. Klien juga menyatakan bersedia untuk meminum obat. Sementara itu, Data Objektif menunjukkan adanya kemerahan ringan di sekitar luka insisi pasca SC, dengan tingkat leukosit $19.500/\text{mm}^3$. Pasien tampak mengikuti instruksi dengan baik, mampu mencuci tangan dengan benar, dan meminum obat sesuai anjuran.

Selanjutnya, pada hari yang sama pukul 12.15, penulis melakukan implementasi dan intervensi terkait nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan keperawatan kali ini mencakup identifikasi skala nyeri, pemberian teknik relaksasi dengan pernapasan dalam, aromaterapi lavender, serta mengajarkan dzikir. Penulis juga memberikan obat analgetik asam mefenamat 500 mg. Data Subjektif menunjukkan bahwa klien melaporkan skala nyeri 5 dari rentang 0 hingga 10, dan bersedia untuk mengikuti teknik non-farmakologi dalam mengurangi nyeri, seperti relaksasi dengan pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir. Klien menyatakan kesiapan untuk meminum obat. Dari sisi Data Objektif, klien tampak gelisah dan meringis, bersikap protektif, namun mampu melakukan relaksasi dengan pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir secara mandiri, serta meminum obat.

Pada pukul 12.50 hari yang sama, penulis melanjutkan implementasi dan intervensi yang berfokus pada gangguan mobilitas fisik yang berkaitan dengan nyeri. Tindakan keperawatan kali ini meliputi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, serta memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu seperti pagar tempat tidur. Penulis juga mengajarkan teknik mobilisasi sederhana, yaitu miring kanan dan miring kiri. Data Subjektif menunjukkan bahwa klien melaporkan nyeri di sekitar luka sayatan pasca operasi caesar di bagian abdomen bawah dan mengalami penurunan mobilitas. Klien mengaku merasa terbantu dalam mobilisasi berkat keberadaan pagar tempat tidur, dan menyatakan mampu melakukan gerakan miring ke kanan dan kiri dengan bantuan keluarga atau perawat. Dalam Data Objektif, klien tampak belum mampu melakukan mobilisasi secara mandiri dan masih memerlukan bantuan untuk melakukan gerakan miring ke kanan dan kiri, meskipun manfaat dari pagar tempat tidur terasa cukup signifikan.

b. Hari Kedua

1) Pasien 1

Pada hari kedua, tanggal 13 Februari 2025, pukul 08.10, penulis melaksanakan implementasi dan intervensi yang telah direncanakan sejak hari pertama, yaitu terkait risiko infeksi yang

ditunjukkan oleh efek dari prosedur invasif. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi mencuci tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien serta lingkungannya, dan memberikan obat antibiotik, yaitu cefixim. Data subjektif menunjukkan bahwa klien mengeluh nyeri dan menyatakan ingin meminum obat. Sementara itu, data objektif mencatat bahwa perawat melakukan pencucian tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien, dan klien terlihat meminum obat.

Selanjutnya, pada pukul 08.15, penulis kembali melaksanakan implementasi dan intervensi yang berkaitan dengan nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi identifikasi skala nyeri, penerapan teknik relaksasi pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dzikir, serta pemberian obat analgetik asam mefemanat 500 mg. Data subjektif menunjukkan bahwa klien melaporkan skala nyeri 4 dari skala nyeri 6. Pasien bersedia menjalani teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, yaitu relaksasi pernapasan dalam dengan aromaterapi lavender yang dipadukan dengan dzikir. Klien merasa lebih tenang, tubuh dan pikirannya menjadi lebih rileks, serta merasakan penurunan nyeri. Klien juga menyatakan ingin meminum obat. Pada data objektif, terlihat bahwa klien tampak meringis semakin berkurang, kegelisahan mulai menurun, sikap protektif juga

berkurang, dan klien sudah mampu melakukan relaksasi pernapasan dengan aromaterapi lavender dan dzikir secara mandiri. Klien juga terlihat meminum obat.

Selanjutnya pada pukul 08.45, penulis melanjutkan implementasi dan intervensi yang berkaitan dengan gangguan mobilitas fisik akibat nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan mencakup identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu berupa pagar tempat tidur, dan mengajarkan mobilisasi sederhana, seperti duduk di tempat tidur dan sisi tempat tidur. Data subjektif menunjukkan bahwa klien mengeluh masih merasakan nyeri di sekitar luka pasca operasi SC, namun nyeri tersebut sudah mulai menurun. Klien kini sudah dapat melakukan mobilisasi dengan duduk di tempat tidur dan di sisi tempat tidur. Data objektif mencatat bahwa pasien merasa terbantu dengan adanya pagar tempat tidur, meskipun klien masih memerlukan bantuan dari keluarga untuk melakukan mobilisasi.

2) Pasien 2

Pada Pada hari kedua, 13 Februari 2025, pukul 09. 30, penulis melaksanakan implementasi dan intervensi yang telah dirumuskan pada hari pertama terkait risiko infeksi akibat prosedur invasif. Tindakan keperawatan yang dilakukan mencakup mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan

pasien serta lingkungan pasien, serta memberikan obat antibiotik (cefixim). Dari data subjektif, klien melaporkan merasakan nyeri dan menyatakan ingin meminum obat. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa perawat sudah melakukan pencucian tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien, dan pasien terlihat sedang meminum obat.

Selanjutnya, pada pukul 09. 40 pada hari yang sama, penulis kembali melaksanakan implementasi dan intervensi yang telah direncanakan, kali ini berfokus pada nyeri akut yang terkait dengan agen pencedera fisik. Tindakan keperawatan yang dilakukan mencakup identifikasi skala nyeri, penerapan teknik relaksasi pernapasan dalam, penggunaan aromaterapi lavender, serta melakukan dzikir. Selain itu, penulis memberikan obat analgetik asam mefenamat 500 mg. Data subjektif menunjukkan bahwa klien menilai skala nyerinya 3 dari maksimal 5 dan bersedia untuk menerima teknik nonfarmakologi guna meredakan nyeri, seperti relaksasi pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir. Klien merasa lebih tenang, dan merasakan tubuh serta pikirannya menjadi lebih rileks, sementara nyeri yang dirasakannya sudah berkurang. Klien juga menyatakan ingin meminum obat. Dari data objektif, terlihat bahwa klien mengalami penurunan dalam perilaku meringis,

kegelisahan, dan sikap protektif, serta mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri. Klien tampak meminum obatnya.

Kemudian, pada pukul 10.05, penulis melanjutkan implementasi dan intervensi yang telah disiapkan terkait gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilaksanakan mencakup identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu berupa pagar tempat tidur, dan mengajarkan teknik mobilisasi sederhana, seperti duduk di tempat tidur dan berpindah di sisi tempat tidur. Data subjektif menunjukkan bahwa klien mengeluhkan masih merasakan nyeri di sekitar luka pasca operasi SC, tetapi nyeri tersebut sudah berkurang. Klien mampu melakukan mobilisasi miring ke kanan dan kiri secara mandiri, serta sudah bisa duduk di tempat tidur dan di sisi tempat tidur. Dari sisi data objektif, tampak bahwa pasien terbantu dengan adanya pagar tempat tidur, namun klien masih memerlukan bantuan dari keluarga untuk melakukan mobilisasi di tempat tidur dan berpindah ke sisi tempat tidur.

c. Hari Ketiga

1) Pasien 1

Pada hari ketiga, tanggal 14 Februari 2025, pukul 08. 00, penulis melaksanakan implementasi dan intervensi yang telah dirancang sejak hari pertama, yaitu penanganan risiko infeksi

yang berkaitan dengan efek dari prosedur invasif. Dalam rangka tindakan keperawatan, penulis melakukan pencucian tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien serta lingkungan di sekitarnya, dan memberikan obat antibiotik, yaitu cefixim. Dari data subjektif, pasien menyatakan ingin meminum obat tersebut. Sementara itu, dari data objektif, perawat telah melakukan pencucian tangan sebelum dan sesudah berinteraksi, dan terlihat bahwa pasien meminum obat yang diberikan.

Selanjutnya, pada hari yang sama, pukul 08. 05, penulis kembali melakukan implementasi dan intervensi yang telah disusun sebelumnya, kali ini untuk mengatasi nyeri akut yang berhubungan dengan agen penyebab fisik. Tindakan keperawatan mencakup identifikasi skala nyeri, penerapan teknik relaksasi dengan cara bernapas dalam, aromaterapi lavender, serta dzikir, serta pemberian obat analgetik asam mefemanat sebanyak 500 mg. Dari data subjektif, klien melaporkan skala nyeri 2 dari skala 4 dan menyatakan bersedia untuk mencoba teknik non-farmakologi demi mengurangi nyeri, seperti relaksasi dengan pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir. Klien merasa lebih tenang, tubuh dan pikirannya lebih rileks, serta merasa nyeri telah berkurang. Pasien juga menyatakan ingin meminum obat. Untuk data objektif, terlihat bahwa klien tampak meringis dan gelisahanya berkurang, serta sikap protektifnya juga

menurun. Klien tampak mampu melakukan relaksasi dengan teknik bernapas dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir secara mandiri, serta meminum obat yang diberikan.

Pada hari yang sama, pukul 11.15, penulis melanjutkan dengan implementasi dan intervensi terkait gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi fasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu, yaitu kursi roda, serta mengajarkan mobilisasi sederhana, seperti berpindah dari tempat tidur ke kursi roda. Dalam data subjektif, klien menyatakan terbantu dengan keberadaan kursi roda dan melaporkan sudah mampu berpindah ke kursi roda tanpa bantuan. Sedangkan dalam data objektif, klien tampak lebih terbantu dan mampu berpindah ke kursi roda secara mandiri, serta menunjukkan peningkatan dalam rentang gerak.

2) Pasien 2

Pada hari ketiga, yaitu tanggal 14 Februari 2025, pukul 08.15, penulis melaksanakan implementasi dan intervensi yang telah direncanakan sejak hari pertama terkait risiko infeksi akibat prosedur invasif. Tindakan keperawatan yang diambil mencakup mencuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien serta lingkungan sekitarnya, serta memberikan obat antibiotik cetak (cefixim). Data subjektif menunjukkan bahwa pasien

menyatakan kesediaannya untuk meminum obat tersebut. Sementara itu, data objektif memperlihatkan perawat melakukan cuci tangan dengan baik dan pasien tampak meminum obat dengan lancar.

Pada pukul 08. 20 di hari yang sama, penulis melanjutkan implementasi dan intervensi yang dirancang untuk mengatasi nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan keperawatan kali ini meliputi identifikasi skala nyeri, penerapan teknik relaksasi pernapasan dalam, penggunaan aromaterapi lavender, serta dzikir, diiringi pemberian obat analgetik asam mefenamat 500 mg. Data subjektif menunjukkan bahwa klien mengungkapkan skala nyeri 2 dari 3, serta bersedia menggunakan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, termasuk relaksasi pernapasan dalam dan aromaterapi lavender yang dikombinasikan dengan dzikir. Klien juga merasa lebih tenang serta menyatakan bahwa baik tubuh maupun pikirannya lebih rileks, dengan penurunan signifikan pada rasa nyeri. Pada aspek objektif, terlihat bahwa klien mengalami pengurangan meringis, gelisah menurun, dan sikap protektif juga berkurang. Klien mampu melakukan relaksasi pernapasan serta aromaterapi lavender dan dzikir secara mandiri, dengan nyeri yang semakin ringan dan keadaan yang lebih baik. Klien juga tampak meminum obat dengan baik.

Selanjutnya, pada pukul 08.45, penulis kembali melaksanakan implementasi dan intervensi sesuai rencana untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik akibat nyeri. Dalam tindakan keperawatan ini, penulis memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu kursi roda dan mengajarkan mobilisasi sederhana, yaitu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda. Data subjektif dari klien menunjukkan bahwa ia merasa sangat terbantu dengan adanya kursi roda dan mengaku telah mampu berpindah ke kursi roda tanpa bantuan. Sedangkan data objektif menunjukkan bahwa klien tampak terbantu dengan menggunakan kursi roda, dapat berpindah ke kursi roda secara mandiri, dan rentang geraknya pun meningkat.

10. Evaluasi

a. Pasien 1

Evaluasi Keperawatan Hari Pertama pada tanggal 12 Februari 2025, Diagnosis pertama adalah nyeri akut yang berkaitan dengan agen pencedera fisik. Data subjektif menunjukkan bahwa klien masih merasakan nyeri. Sementara itu, dari data objektif, terlihat bahwa klien mengalami penurunan tingkat kegelisahan, meskipun masih tampak meringis dan bersikap protektif. Skala nyeri klien berada di angka 6 pada skala 0-10. Tanda-tanda vital yang tercatat adalah: tekanan darah 125/70 mmHg, nadi 80 kali per menit, suhu 36°C, dan frekuensi respirasi 20 kali per menit. *assessment* :

Masalah belum teratasi. Rencana Tindakan: Lanjutkan intervensi dengan mengidentifikasi skala nyeri, memberikan relaksasi napas dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir. Selain itu, ajarkan teknik relaksasi napas dalam dan berikan analgesik.

Diagnosis kedua adalah risiko infeksi yang ditunjukkan oleh efek prosedur invasif. Data subjektif menunjukkan bahwa klien masih merasakan nyeri di bagian abdomen bawah, sementara data objektif mengindikasikan adanya edema di sekitar luka dan jumlah leukosit mencapai 23.500 mm³. Asesmen: Masalah belum teratasi. Rencana Tindakan: Lanjutkan intervensi dengan mencuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan klien dan lingkungannya.

Diagnosis ketiga adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri. Data subjektif menunjukkan bahwa klien masih mengalami keterbatasan dalam mobilisasi. Dalam data objektif, klien membutuhkan bantuan dalam mobilisasi, meskipun pergerakan ekstremitas sudah menunjukkan peningkatan. Asesmen: Masalah belum teratasi. Rencana Tindakan: Lanjutkan intervensi dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu,

Evaluasi pada hari kedua, tanggal 13 Februari 2025, dengan diagnosa Nyeri Akut yang berkaitan dengan agen penyebab cedera fisik, menunjukkan hasil yang signifikan. Berdasarkan data subjektif, klien melaporkan bahwa rasa nyerinya sudah berkurang.

Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa klien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahannya juga berkurang. Meskipun demikian, klien masih terlihat meringis dan bersikap protektif, meskipun tanda-tanda ini sedikit menurun. Tanda vital klien terukur sebagai berikut: tekanan darah 132/80 mmHg, nadi 83 kali per menit, suhu 36,2°C, dan laju respirasi 20 kali per menit. Hasil assessment menunjukkan bahwa masalah belum sepenuhnya teratasi. Oleh karena itu, langkah perencanaan meliputi melanjutkan intervensi, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan relaksasi dengan napas dalam, aromaterapi lavender, dzikir, serta pemberian analgesik.

Selanjutnya, pada evaluasi yang sama, dengan diagnosa Risiko Infeksi yang ditandai oleh efek prosedur invasif, didapatkan hasil yang mencerminkan kondisi klien. Dari data subjektif, klien mengungkapkan bahwa nyerinya telah menurun. Namun, data objektif menunjukkan bahwa masih terdapat edema di sekitar luka dengan jumlah leukosit mencapai 23.500 mm³. Dalam assessment, masalah ini dinyatakan belum teratasi. Rencana tindakan meliputi melanjutkan intervensi serta mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan sekitarnya.

Terakhir, pada hari yang sama, evaluasi dengan diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik yang berhubungan dengan nyeri menunjukkan hasil yang positif. Dari data subjektif, klien

menginformasikan bahwa ia sudah dapat melakukan mobilisasi secara mandiri. Data objektif juga menunjukkan bahwa klien mampu melakukan mobilisasi sendiri dan pergerakan ekstremitasnya semakin meningkat. Hasil assessment menyatakan bahwa masalah ini sudah teratasi. Untuk rencana selanjutnya, intervensi akan dilanjutkan dengan memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu dan mengajarkan mobilisasi sederhana yang perlu dilakukan oleh klien.

Evaluasi pada hari ketiga, tanggal 14 Februari 2025, menunjukkan hasil yang signifikan dengan diagnosis nyeri akut akibat cedera fisik. Dari data subjektif, klien melaporkan penurunan rasa nyeri. Di sisi lain, data objektif menunjukkan bahwa klien kini tampak lebih tenang, dengan tingkat kecemasan yang menurun. Tindakan protektif juga berkurang, ditunjukkan dengan penurunan meringis dari skala nyeri 4 menjadi 2. Tanda vital klien mencatat tekanan darah 135/82 mmHg, nadi 81 kali per menit, suhu 36°C, dan respirasi 20 kali per menit. Hasil assessment menunjukkan bahwa masalah ini telah teratasi. Dalam perencanaan selanjutnya, akan dilakukan pemeliharaan intervensi, identifikasi skala nyeri, serta pemberian relaksasi pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dzikir, dan analgesik.

Pada evaluasi yang sama, dengan diagnosis risiko infeksi sebagai dampak dari prosedur invasif, hasil yang diperoleh

menunjukkan bahwa klien mengeluhkan penurunan nyeri. Dari data objektif, terlihat bahwa edema di sekitar luka berkurang dengan kadar leukosit mencapai 23.500/mm³. Assessment menunjukkan bahwa masalah ini belum teratasi. Rencana tindak lanjut meliputi pemeliharaan intervensi, serta melakukan pencucian tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien dan lingkungan.

Dalam evaluasi ketiga juga dilakukan penilaian terhadap gangguan mobilitas fisik yang berkaitan erat dengan rasa nyeri yang dialami klien. Dari data subjektif, klien menyatakan telah mampu melakukan mobilisasi secara mandiri tanpa adanya keterbatasan. Data objektif menunjukkan bahwa klien tampak dapat bergerak secara mandiri, dengan peningkatan pergerakan ekstremitas dan rentang gerak yang lebih luas. Hasil assessment menegaskan bahwa masalah ini telah teratasi. Rencana selanjutnya adalah mempertahankan intervensi, serta memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan bantuan alat yang sesuai.

b. Pasien 2

Evaluasi pada Hari Pertama tanggal 12 Februari 2025
Diagnosis: Nyeri Akut Klien mengalami nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dari data subjektif, klien mengungkapkan masih merasakan nyeri. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa tingkat kecemasan klien mengalami penurunan, walaupun ia masih tampak meringis dan bersikap

protektif. Skala nyeri yang dirasakan adalah 5 dari 10. Tanda vitalnya mencatat tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 kali per menit, suhu 36,5°C, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Assessment: Masalah belum teratasi. Planning: Lanjutkan intervensi dengan mengidentifikasi skala nyeri, memberikan relaksasi napas dalam, aromaterapi lavender, serta dzikir. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam dan lakukan pemberian analgesik.

Diagnosis: Risiko Infeksi Risiko infeksi ditandai dengan efek dari prosedur invasif. Dari data subjektif, klien melaporkan masih merasakan nyeri pada bekas operasi post SC dan merasakan sedikit panas. Dalam data objektif, terdapat kemerahan ringan di sekitar luka insisi pasca SC, dan kadar leukosit mencapai 19.500 mm³. Assessment: Masalah belum teratasi. Planning: Lanjutkan intervensi dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien.

Diagnosis: Gangguan Mobilitas Fisik Klien mengalami gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri. Dari data subjektif, klien mengeluhkan mobilitas yang terbatas karena nyeri pada luka insisi post SC. Dalam data objektif, klien masih memerlukan bantuan dalam melakukan mobilitas, meskipun pergerakan ekstremitasnya menunjukkan peningkatan. Assessment: Masalah belum teratasi. Planning: Lanjutkan intervensi dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya,

memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu, serta mengajarkan mobilisasi sederhana yang perlu dilakukan.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 13 Februari 2025 menunjukkan diagnosis nyeri akut yang dialami klien berhubungan dengan agen pencedera fisik. Berdasarkan data subjektif, klien melaporkan bahwa tingkat nyerinya telah menurun. Dari data objektif, terlihat bahwa kegelisahan klien juga berkurang, meskipun klien masih meringis dan bersikap protektif. Tanda vital klien tercatat sebagai berikut: tekanan darah 125/70 mmHg, nadi 85 kali per menit, suhu 36,1°C, dan pernapasan 20 kali per menit. Asesmen menunjukkan bahwa masalah belum sepenuhnya teratasi. Rencana tindak lanjut mencakup melanjutkan intervensi, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik relaksasi napas dalam, aromaterapi lavender, dzikir, serta pemberian analgesik.

Pada evaluasi yang sama, terdapat diagnosis risiko infeksi yang ditandai dengan dampak dari prosedur invasif. Data subjektif menunjukkan bahwa klien melaporkan nyeri yang telah menurun. Data objektif menunjukkan adanya kemerahan ringan di sekitar luka pasca operasi dan sedikit panas, serta jumlah leukosit 19.500 mm³. Asesmen menunjukkan bahwa masalah ini juga belum teratasi. Rencana tindak lanjut termasuk melanjutkan intervensi, serta memastikan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan.

Evaluasi untuk gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri juga dilakukan pada hari yang sama. Data subjektif menunjukkan bahwa klien mengatakan sudah dapat melakukan mobilisasi secara mandiri. Dari data objektif, klien terlihat mampu bergerak secara mandiri dan pergerakan ekstremitasnya telah meningkat. Asesmen menunjukkan bahwa masalah ini telah teratasi. Rencana tindak lanjut mencakup melanjutkan intervensi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan bantuan alat, serta mengajarkan mobilisasi sederhana yang perlu dilakukan oleh klien.

Evaluasi Hari Ketiga pada tanggal 14 Februari 2025 Pada hari ketiga evaluasi, kondisi klien menunjukkan perubahan positif terkait nyeri akut yang disebabkan oleh cedera fisik. Berdasarkan data subjektif, klien melaporkan adanya penurunan tingkat nyeri. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa klien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahannya berkurang. Sikap protektif juga menurun, dan frekuensi meringis berkurang, dengan skala nyeri terukur menjadi 2, berkurang dari skala nyeri sebelumnya yang mencapai 3. Tanda vital klien adalah tekanan darah 130/80 mmHg, denyut nadi 86 kali per menit, suhu tubuh 36,2°C, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Penilaian: Masalah ini telah teratasi. Rencana: Pertahankan intervensi, termasuk identifikasi skala nyeri, memberikan teknik relaksasi dengan napas dalam, menggunakan

aromaterapi lavender, serta melakukan dzikir. Selain itu, pemberian analgesik juga akan dilanjutkan.

Risiko infeksi pada hari yang sama, terindikasi oleh efek prosedur invasif, menunjukkan hasil berikut. Dari data subjektif, klien menyatakan bahwa nyeri telah menurun. Data objektif menunjukkan adanya kemerahan ringan di sekitar luka pasca operasi caesar (SC), yang juga mengalami penurunan, serta keluhan panas yang berkurang. Tingkat leukosit terukur sebanyak 19.500/mm³. Penilaian: Masalah ini belum teratasi. Rencana: Pertahankan intervensi dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan sekitarnya.

Evaluasi pada hari yang sama juga mencakup gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri. Data subjektif menunjukkan bahwa klien melaporkan telah dapat melakukan mobilitas secara mandiri dan tidak mengalami keterbatasan. Data objektif memperlihatkan klien mampu bergerak secara mandiri, dengan peningkatan pada pergerakan ekstremitas dan rentang gerak. Penilaian: Masalah ini telah teratasi. Rencana: Pertahankan intervensi dengan memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu.

B. Pembahasan

Asuhan keperawatan yang dilakukan untuk Ny. M dan Ny. N yang mengalami kasus pasien dengan *Post Op Section Caesarea* di ruang

Mahmudah Mawardi di RSI NU Demak dibahas pada bab ini. Tiga hari asuhan keperawatan dan evaluasi diberikan oleh penulis. Asuhan keperawatan sistematis memerlukan penyediaan perawatan pasien melalui penggunaan pengkajian, diagnosis, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan penilaiham hasil keperawatan yang diberikan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal yang penting dalam merancang asuhan keperawatan. Dalam proses ini, petugas kesehatan mengumpulkan informasi terkait pasien, termasuk identitas, keluhan utama, serta riwayat penyakit. Informasi tersebut dapat diperoleh melalui wawancara dan observasi yang cermat. (Nasution & Auliya, 2020)

Berdasarkan data yang diperoleh dari pasien 1, Ny. M, klien mengungkapkan bahwa ia mengalami kesulitan dalam bergerak, disertai dengan rasa nyeri yang terasa seperti tertusuk-tusuk. Ia mengindikasikan skala nyeri mencapai 6 dari skala 0 hingga 10, yang bersifat hilang timbul. Klien juga mengeluh kesulitan menggerakkan ekstremitas bawah dan mengalami keterbatasan dalam bergerak. Klien dari Poli Obsgyn, kemudian dilakukan tindakan SC dengan indikasi Cephalovic Disportion (CPD). Setelah dilakukannya operasi klien mengatakan nyeri di area perut (luka insisi) dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terus menerus seperti tertusuk-tusuk apalagi saat bergerak. Pemeriksaan

penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan pemeriksaan laboratorium didapati hasil leukosit 23.500 mm^3 yang artinya lebih dari nilai normal.

Sedangkan, Data yang diperoleh dari pasien 2, yaitu Ny. N, menunjukkan bahwa ia mengalami nyeri pada luka sayatan pasca operasi SC. Ia menggambarkan rasa nyeri tersebut seperti tersayat-sayat dengan skala nyeri mencapai 5 pada rentang skala 0-10, serta bersifat hilang timbul. dan mengatakan mengeluh kesulitan dalam tutup dalam duduk, berpindah posisi dan berjalan. Klien dari Poli Obsgyn, kemudian dilakukan tindakan SC dengan indikasi Cephalovic Disportion (CPD) dikarenakan ukuran panggul klien yang sempit. Setelah dilakukannya operasi klien mengatakan nyeri di area perut (luka insisi) dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terus menerus seperti tersayat-sayat apalagi saat bergerak. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan pemeriksaan laboratorium didapati hasil leukosit 19.500 mm^3 yang artinya lebih dari nilai normal.

Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada tanggal 12 Februari 2025 pada Ny. M dan Ny. N dengan tindakan operasi caesar disertai indikasi Cephalopelvic Disproportion (CPD) di ruang Mahmudah Mawardi di RSI NU Demak. *Sectio caesarea* (SC) atau biasa disebut operasi sesar merupakan suatu persalinan yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi dengan mengeluarkan sang bayi melalui pembedahan (sayatan) pada perut atau abdomen.

Beberapa indikasi terhadap tindakan sectio caesarea (SC), salah satunya yakni disertai indikasi Cephalopelvic disproportion (CPD). CPD merupakan sebuah penyimpangan ukuran antara kepala janin dan kapasitas panggul (pelvis) ibu yang dapat menjadi hambatan dalam suatu persalinan melalui pervaginam (Cunningham F, Leveno et al., 2022). Masalah keperawatan pada Ny. M dan Ny. N yang dapat ditegakkan dari hasil data pengkajian dan analisa data tersebut ialah nyeri akut, risiko Infeksi dan gangguan mobilitas fisik.

Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti berfokus pada luka post SC sehingga muncul data-data nyeri akut, risiko infeksi dan mobilisasi fisik. Sementara secara teori pengkajian tersebut harus komprehensif atau menyeluruh termasuk pada aspek laktasi atau menyusui, nutrisi, kontrasepsi, dan perawatan bayi baru lahir.

2. Diagnosa Keperawatan

Penilaian klinis terhadap reaksi pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan, baik yang nyata maupun yang potensial, dikenal sebagai diagnosa keperawatan. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons pasien, individu, keluarga, serta masyarakat terhadap permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan (Lestari et al., 2021). Berdasarkan hasil pengkajian, penulis mengidentifikasi tiga diagnosa keperawatan. Selanjutnya, penulis akan membahas masing-masing diagnosa keperawatan yang muncul dalam kasus ini.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri adalah suatu pengalaman yang mencakup aspek emosional dan sensorik, berkaitan dengan kerusakan pada jaringan fungsional tubuh. Nyeri dapat muncul secara tiba-tiba atau bertahap, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, dan dapat berlangsung kurang dari tiga bulan. Penyebab nyeri akut dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori: Agen Pencedera Fisik: Contohnya adalah prosedur bedah, abses, trauma, luka bakar, amputasi, olahraga berlebihan, mengangkat beban berat, dan luka potong. Agen Pencedera Kimiawi: Misalnya, paparan bahan kimia atau luka bakar. Agen Pencedera Fisiologis: Ini termasuk kondisi seperti iskemia, neoplasma, dan inflamasi. Nyeri ditandai oleh gejala mayor dan minor. Gejala mayor secara subjektif terlihat dari keluhan nyeri, sementara secara objektif dapat muncul dalam bentuk sikap gelisah, kesulitan tidur, ekspresi wajah yang meringis, sikap menghindari nyeri, serta peningkatan frekuensi nadi. Di sisi lain, gejala minor dapat dilihat dengan data objektif seperti peningkatan tekanan darah, perubahan nafsu makan, diaforesis (keringat berlebihan), perubahan pola napas, dan terganggunya proses berpikir atau konsentrasi, yang dapat menyebabkan individu lebih fokus pada diri sendiri dan menarik diri dari lingkungan. adalah suatu perasaan menyangkut emosional dan sensori, berhubungan dengan adanya indikasi jaringan fungsional yang rusak pada tubuh, didampingi waktu

munculnya keluhan secara lambat atau tiba-tiba, dengan tingkatan 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 akibat terkena bahan kimiawi dan terbakar, dan agen pencedera fisiologis contohnya iskemia, neoplasma dan inflamasi. Ditandai dengan gejala mayor dan minor. Gejala mayor secara subjektif 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 peningkatan tekanan darah, perubahan nafsu makan, diaforesis (keringat berlebih), perubahan pola napas, terganggunya proses berpikir atau kurang fokus, fokus pada diri sendiri dan menarik diri dari lingkungan (SDKI, 2017).

Dalam asuhan keperawatan ini, Penulis menetapkan diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan agen penyebab cedera fisik, yang terlihat dari keluhan pasien tentang rasa nyeri, tampak meringis, serta menunjukkan sikap protektif. dengan menghindari posisi nyeri dan kesulitan tidur. Penyebab agen pencedera fisik didapatkan dari pengkajian persepsi-sensori menggunakan P,Q,R,S,T. Pasien 1 Ny. M mengeluh nyeri pada luka

post operasi, nyeri dirasakan saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, nyeri berada diperut bagian bawah, dengan skala nyeri 6, dan nyeri dirasakan hilang timbul, sedangkan pada pasien 2 Ny. N mengeluh nyeri pada luka sayatan post SC, nyeri dirasakan saat mobilisasi, seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan Nyeri dirasakan pada bagian bawah perut dengan tingkat intensitas 5.

Pembedahan selalu memicu nyeri pasca operasi dengan intensitas yang bervariasi, mulai dari nyeri menusuk hingga terbakar (Yanti & Kristiana, 2019). Untuk mempercepat dan memaksimalkan penurunan nyeri, terapi non-farmakologis seperti kompres hangat/dingin, relaksasi napas dalam, aromaterapi lavender, dzikir, dan stimulasi saraf elektrik transkutan merupakan komplementer penting yang semakin berkembang (Febiantri & Machmudah, 2021). Pemberian terapi komplementer juga dapat meningkatkan produksi hormone serotonin yang berfungsi untuk menekan tingkat nyeri dan mempengaruhi suasana hati sehingga menjadi rileks (Jannah & Riyadi, 2021).

b. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

Risiko Infeksi didefinisikan sebagai risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2017). Infeksi pasca operasi, terutama setelah operasi caesar (sectio caesarea), merupakan komplikasi serius yang dapat memperburuk proses penyembuhan luka. Hal tersebut dapat menyebabkan meningkatnya

angka morbiditas dan mortalitas, memperpanjang masa perawatan rumah sakit, dan berpotensi menyebabkan komplikasi fatal seperti abses bahkan kematian (Ayu Zaharany, 2022).

Diagnosa ini ditegakkan oleh penulis karena didapatkan data subjektif yaitu pasien 1 Ny. M yaitu klien mengatakan nyeri, dari data objektif disekitar luka post SC tampak bengkak dengan nilai Leukosit 23.500 mm^3 sedangkan Pada pasien kedua, Ny. N, diperoleh data subjektif bahwa klien mengeluhkan nyeri bekas op post sc dan terasa sedikit panas, dari data objektif terdapat kemerahan ringan disekitar luka insisi op post SC dengan nilai Leukosit 19.500 mm^3 . Perawatan luka pasca operasi caesar yang kurang steril sering menyebabkan infeksi luka operasi (ILO). Meskipun sebagian besar perawat menerapkan teknik steril, kurangnya perhatian terhadap detail dalam perawatan luka tetap menjadi faktor penyebab utama ILO. Hal ini berhubungan dengan tingginya pengetahuan perawat tentang pentingnya teknik steril perawatan luka. Sebagian besar perawat selalu mengikuti SOP perawatan luka karena mereka beranggapan bahwa luka tidak hanya cukup dibersihkan tetapi perlu memperhatikan teknik steril dalam perawatan luka karena untuk menekan pertumbuhan bakteri yang berkembang diarea luka tersebut (Ayu Zaharany, 2022).

c. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Gangguan mobilitas fisik diartikan sebagai suatu kondisi di mana seseorang mengalami keterbatasan dalam melakukan

pergerakan fisik. oleh ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik diakibatkan oleh ketidakbugaran fisik, perubahan metabolisme, penurunan massa, kendali dan kekuatan otot, perubahan pada metabolisme, malnutrisi, kerusakan integritas struktur tulang, gangguan neuromuskular, sensori-persepsi, kognitif dan muskokeletal, IMT diatas persentil ke -75 sesuai usia, kurang terpapar informasi, nyeri, efek agen farmakologis, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan, kontraktur dan kekakuan sendi. Ditandai dengan gejala mayor dan minor. Pada gejala mayor subjektifnya yaitu terdapat keluhan sulit mengerakkan ektremitas, objektifnya yaitu rentang gerak (ROM) menurun dan menurunnya kekuatan otot. Pada gejala kecil yang muncul secara subjektif yaitu merasa nyeri ketika digerakkan, merasa cemas saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan. Secara objektif yaitu gerakan terbatas dan tidak terkoordinasi, sendi kaku dan fisik lemah (SDKI, 2017).

Dalam asuhan keperawatan ini penulis menegaskan diagnosa keperawatan prioritas ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Hal ini didapatkan berdasarkan didapatkan data subjektif yaitu pasien 1 Ny. M yaitu klien mengatakan tidak banyak melakukan aktivitas karna mengalami keterbatasan dalam bergerak atau mobilitas. Pada data objektif didapatkan klien. Klien dibantu oleh keluarga jika akan bergerak, rentang gerak klien menurun, sedangkan pada pasien 2 Ny. N didapatkan data subjektif

klien mengatakan mobilitas terbatas karena merasa nyeri luka insisi op post SC. Pada data objektif didapatkan klien. Klien dibantu oleh keluarga jika melakukan mobilitas, rentang gerak klien menurun.

3. Intervensi

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan oleh Tim Pokja SLKI (2020) adalah untuk mencapai pengurangan tingkat nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 sesi masing-masing 8 jam. Diharapkan, tingkat nyeri yang terkode (L.08066) dapat teratasi, dengan kriteria hasil keluhan nyeri mengalami penurunan dari tinggi menjadi cukup menurun, kondisi meringis berkurang dari sering menjadi jarang, dan rasa gelisah menurun dari sering menjadi cukup menurun. Intervensi yang dilakukan mengacu pada pedoman (SIKI, 2018) yang mencakup manajemen nyeri dengan kode (I.08238.) Proses ini meliputi beberapa langkah yakni observasi untuk mengidentifikasi skala nyeri terapi relaksasi dengan teknik menarik napas dalam menggunakan aromaterapi lavender dan dzikir; memberikan edukasi tentang terapi non-farmakologis guna meredakan nyeri, seperti relaksasi napas dalam dengan kolaborasi dalam pemberian analgetik untuk mendukung pengelolaan nyeri secara efektif.

Intervensi yang penulis lakukan untuk mengatasi nyeri pada pasien pasca operasi caesar adalah melalui pendekatan non-farmakologis. Teknik yang digunakan meliputi relaksasi pernapasan

dalam, aromaterapi dengan minyak lavender, serta praktik dzikir. Intervensi ini ditujukan untuk menangani diagnosis nyeri akut yang berkaitan dengan cedera fisik akibat prosedur operasi (D. 0077), dan manajemen nyeri tersebut terus dipantau. dan evaluasi, tentukan lokasi, jumlah munculnya, lamanya, frekuensi, kualitas nyeri, intens nyeri, skala nyeri, kaji respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Studi kasus ini berfokus pada nyeri akut pasca operasi caesar sebagai diagnosis keperawatan utama, sesuai dengan temuan (Tirtawati et al., 2020) yang menunjukkan efektivitas aromaterapi lavender berperan dalam membantu meredakan nyeri. Penggunaan sebagai bentuk terapi aromaterapi komplementer maupun alternatif, terbukti efektif meredakan nyeri dan kecemasan pasca operasi (SDKI, 2017). Kemudian di penelitian lain di temukan pula bahwa terapi aromaterapi lavender mampu menurunkan nyeri post op.

Intervensi yang diterapkan berupa relaksasi pernafasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir. Lavender, dikenal sebagai analgesik (Harnita et al., 2021), dan aromaterapi umumnya dapat diaplikasikan melalui pijat, inhalasi, atau kompres, dengan inhalasi memberikan efek lebih cepat (Prasetiyo & Susilo, 2020) Lavender merupakan jenis aromaterapi yang paling banyak digunakan oleh masyarakat dan memiliki banyak manfaat dalam kehidupan, antara lain sebagai zat analgesik (Harnita et al., 2021).

Minyak esensial lavender, yang kaya akan monoterpena dan linalil asetat (30-50%), memiliki sifat sedatif dan menenangkan, membantu menormalkan keseimbangan emosional dan fisik, serta bertindak sebagai tonikum saraf (Suryani et al., 2022).

Pada penelitian ini peneliti juga mengkombinasikan tarik nafas dalam aromaterapi lavender dengan dzikir. Karena dzikir, melalui efek relaksasinya, menstimulasi hipotalamus untuk menghambat pelepasan CRF, sehingga mengurangi produksi hormon stres seperti kortisol, adrenalin, dan noradrenalin, serta hormon tiroksin. Hasilnya adalah penurunan tekanan darah, detak jantung, dan ketegangan otot, menciptakan keadaan tenang dan meningkatkan konsentrasi. (Astuti et al., 2019).

b. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan oleh Tim Pokja SLKI pada tahun 2020 mengenai risiko infeksi terkait prosedur invasif (D. 0142) adalah untuk menurunkan kadar glukosa yang menjadi indikator infeksi setelah tindakan keperawatan selama 3 kali sesi 8 jam (I. 14137). Kriteria hasil yang diharapkan meliputi penurunan nyeri, pengurangan bengkak, serta perbaikan kadar sel darah putih. Penting untuk melakukan pengamatan dan pemantauan terhadap tanda-tanda serta gejala infeksi sebagai langkah pencegahan (I. 14539). Tindakan terapeutik yang disarankan mencakup mencuci tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien dan lingkungan sekitar. Selain itu,

edukasi mengenai cara mencuci tangan yang benar juga perlu diberikan kepada pasien.

Salah satu langkah pencegahan infeksi yang efektif bagi pasien pasca operasi adalah mencuci tangan, yang berfungsi untuk memutuskan mata rantai penularan infeksi. Usaha dalam mengurangi dan mengendalikan infeksi harus dilakukan secara menyeluruh oleh perawat, dokter, serta semua pihak yang terlibat dalam perawatan pasien. Penerapan pedoman kebersihan tangan yang tepat menjadi bagian dari kewaspadaan standar dan upaya untuk mengurangi risiko infeksi. Dengan demikian, diharapkan kepatuhan perawat dalam praktik cuci tangan dapat berkontribusi dalam menurunkan tanda-tanda infeksi pasca operasi..(Liviana et al., 2023).

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Dalam intervensi yang telah dirancang, terdapat fokus utama yang menjadi bagian integral dari keseluruhan pendekatan. Salah satu dukungan mobilisasi yang diberikan adalah melalui tindakan observasi untuk melakukan pengkajian terhadap keberadaan nyeri atau keluhan fisik lainnya. Dalam langkah terapeutik ini, penulis memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu, seperti pagar tempat tidur, serta melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam proses mobilisasi. Selain itu, edukasi mengenai mobilisasi sederhana juga diberikan; aktivitas yang diajarkan mencakup duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, serta berpindah dari tempat tidur ke kursi.

Tujuan dari intervensi keperawatan yang dilakukan selama 3 kali sesi 8 jam adalah untuk meningkatkan tingkat mobilisasi, dengan kriteria hasil yang diharapkan adalah peningkatan pergerakan ekstremitas dan peningkatan rentang gerak (ROM).(SLKI, 2019).

4. Implementasi

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Dalam pengobatan nyeri, penting untuk memberikan perawatan yang sesuai dengan intervensi keperawatan yang sesuai. Langkah awal yang perlu diambil adalah melakukan pengkajian skala nyeri. Proses ini sebaiknya dilakukan setiap hari agar dapat mengidentifikasi perkembangan nyeri yang dirasakan oleh pasien. Hal ini sangat krusial untuk penilaian nyeri dan juga membantu dalam memantau efektivitas pengobatan serta kemajuan proses penyembuhan. (Morita et al., 2020). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, ditemukan bahwa kedua pasien mengalami penurunan rasa sakit setelah menjalani perawatan selama tiga hari, yang sejalan dengan proses pemulihan mereka.

Tindakan yang diambil selanjutnya melibatkan penerapan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri melalui pendekatan keperawatan. Teknik relaksasi diterapkan pada kedua pasien, dengan menggunakan pernapasan dalam, aromaterapi lavender, dan dzikir, yang dilaksanakan selama tiga hari. Selama periode ini, kedua pasien berhasil melakukan relaksasi dengan baik, menghirup aroma lavender sambil melakukan dzikir.

Pasien tetap dalam kondisi yang kondusif saat melakukan relaksasi, dengan teknik pernapasan dalam yang dikombinasikan dengan aromaterapi lavender, sehingga memberikan dampak positif terhadap penurunan nyeri dari hari pertama pasca operasi pada 12 Februari 2025 hingga 14 Februari 2025. Penurunan nyeri pada pasien I terlihat signifikan, dari skala 6 menjadi skala 2, berkat kerjasama yang baik dari pasien dalam mengikuti instruksi yang diberikan. Hal ini juga berlaku untuk pasien II, yang mengalami penurunan nyeri dari skala 5 ke skala 2 dalam rentang waktu yang sama. Pasien II mampu menjalani teknik relaksasi dengan baik, yaitu menarik napas dalam, menggunakan aromaterapi lavender, dan berdzikir secara optimal. Dengan demikian, teknik relaksasi yang menggabungkan aromaterapi lavender dan dzikir terbukti sebagai terapi komplementer non-farmakologis yang efektif dalam mengurangi nyeri, dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien setelah operasi Sectio Caesarea. (Tirtawati et al., 2020).

Dalam kasus ini, penulis menerapkan teknik relaksasi melalui pernapasan aromaterapi lavender dan dzikir selama tiga sesi, masing-masing selama delapan jam. Klien diminta untuk melakukan teknik pernapasan dengan cara menghirup napas selama empat detik, menahanannya selama dua detik, dan menghembuskannya selama delapan detik sambil menghirup aroma lavender. Selama proses ekspirasi, klien diarahkan untuk melafalkan kalimat dzikir seperti

"Subhanallah, Alhamdulillah, Allahu Akbar, laa ilaha illallah, astagfirullah. " Penulis terlebih dahulu memeragakan cara melakukan pernapasan dalam, kemudian klien mengikuti dan menerapkan teknik yang telah diajarkan. Pelaksanaan teknik ini dilakukan secara rutin dan berulang, diiringi dengan pendekatan religius, yang mampu menciptakan rasa nyaman. Dengan demikian, diharapkan dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri yang dialami. Toleransi terhadap nyeri merupakan aspek yang sangat penting bagi setiap individu. (Sunarno, 2021).

Penelitian ini didukung oleh studi yang dilakukan oleh (Prasetyo & Susilo, 2020) Artikel yang berjudul "Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Nyeri Ibu Post Sectio Caesarea" mengungkapkan bahwa 62,5% responden mengalami penurunan nyeri menjadi tingkat ringan, sementara 37,5% sisanya merasakan nyeri sedang. Dengan nilai p-value sebesar 0,021, yang lebih kecil dari α 0,05, hal ini menegaskan bahwa aromaterapi lavender, yang mengandung linalyl acetate dan linalool, memiliki efektivitas dalam mengurangi rasa nyeri sekaligus merelaksasi ketegangan. Penelitian tambahan oleh (Tirtawati et al., 2020) menggunakan uji One Way Anova menemukan adanya perbedaan signifikan dalam skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi lavender, dengan hasil $F= 4,115$ dan p-value 0,010. Aromaterapi lavender terbukti memberikan efek relaksasi yang

membantu mengurangi nyeri. Selain itu, penelitian (Mariza & Haryati HS, 2018) di RSUD Pringsewu menunjukkan bahwa dari 32 ibu pasca operasi caesar, nilai rata-rata nyeri sebelum aromaterapi adalah 7,12, sedangkan setelah pemberian aromaterapi lavender, nilai rata-ratanya turun menjadi 5,16, dengan p-value 0,000, menandakan pengaruh signifikan dari aromaterapi pada penurunan nyeri.

Dalam penelitian ini, peneliti menggabungkan teknik pernapasan dalam aromaterapi lavender dengan praktik dzikir. Pendekatan ini didukung oleh penelitian-penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh. (Jannah & Riyadi, 2021) mendukung pendekatan ini, menunjukkan bahwa terapi dzikir menurunkan intensitas nyeri (dari rerata 4,59 menjadi 3,90). Dzikir, yang merupakan non-farmakologis, dapat dipadukan dengan terapi lain untuk membantu mengendalikan rasa nyeri (Kuswandari & Afsah, 2016). Efek menenangkan dzikir menekan sistem saraf simpatis dan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis, sehingga mengurangi nyeri, baik pada ibu pasca operasi caesar maupun pasien pasca fraktur. (Nisriati et al., 2016).

Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, terdapat kendala yang terjadi pada saat melakukan implementasi pada Ny. M dan Ny. N adalah suasana ruangan yang tidak tenang karena ada banyak pasien di dalam ruangan. Solusi yang diberikan adalah kembali pada jam berikutnya ketika pasien yang lain sudah agak tenang.

b. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Implementasi yang dilakukan dalam kurun waktu 3 sesi, masing-masing selama 8 jam, bertujuan untuk mengurangi risiko infeksi. Tujuan ini diharapkan dapat menurunkan intensitas nyeri infeksi, dengan indikator hasil yang mencakup pengurangan nyeri, penurunan pembengkakan, dan perbaikan kadar sel darah putih. Intervensi keperawatan yang diterapkan meliputi pemantauan tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan setelah berinteraksi dengan pasien dan lingkungan sekitarnya, serta memberikan edukasi tentang cara mencuci tangan yang benar. (SIKI, 2018).

Penulis telah melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana intervensi pencegahan infeksi. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka pasca operasi, beberapa intervensi yang diterapkan antara lain mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat luka serta menghindari kontak langsung dengan luka insisi. Selain itu, penggunaan alat steril, penerapan teknik aseptik dan antiseptik saat membersihkan luka, serta penutupan luka dengan kassa adalah langkah-langkah pencegahan infeksi yang penting. Beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi risiko infeksi mencakup durasi rawat inap sebelum operasi, persiapan kulit sebelum tindakan, penggunaan antibiotik profilaksis, dan prosedur operasi itu sendiri. (Liviana et al., 2023).

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Implementasi yang dilakukan untuk menangani gangguan pada mobilitas fisik meliputi anjuran untuk melakukan aktivitas sederhana, seperti duduk di tempat tidur. Peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan pergerakan pasien sehingga proses pemulihan dapat berjalan dengan baik. (SIKI, 2018). Disarankan untuk melakukan tirah baring ke kanan dan kiri. Hasil yang diperoleh dari pasien 1 dan pasien 2 menunjukkan bahwa mereka menunjukkan kemampuan untuk melakukan mobilisasi dengan bantuan dari keluarga.

Pasien yang menjalani tirah baring dalam waktu lama berisiko mengalami kontraktur, karena posisi yang tidak berubah dapat mengakibatkan penurunan fungsi sensorik, perubahan emosional atau perilaku. Imobilitas yang terlampau lama juga dapat mengakibatkan bahaya untuk psikologis yang semakin besar (Tirtawati et al., 2020). Sehingga penulis menegaskan diagnosa untuk membantu klien bermobilisasi mandiri agar klien tidak berisiko mengalami kontraktur.

Pada saat jantung bekerja darah mengalir ke semua anggota badan, darah beredar ke semua bagian tubuh dan kembali lagi menuju jantung, apabila ada orang yang miring kanan, tekanan tubuh akan menekan pembuluh darah yang nantinya kembali pada 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 bermanfaat sebagai pertahanan status hemodinamik (Kusumanagari, 2021).

Tahap mobilisasi setelah operasi caesar dimulai dalam empat jam pertama. Pada tahap ini, posisi kaki diangkat secara lurus ke atas, diikuti dengan melenturkan lutut. Setelah 6 hingga 12 jam, penting untuk memeriksa tekanan darah ibu. Jika tidak ditemukan hipotensi ortostatik, latihan dapat dilanjutkan dengan mengajarkan ibu untuk duduk dengan tegap dalam keadaan yang stabil. Setelah 24 jam, latihan berdiri dapat dilakukan dengan kondisi yang stabil, dan ibu dapat dibimbing untuk melangkah perlahan sesuai dengan kemampuannya. Diharapkan pada hari kedua, ibu sudah dapat berjalan secara mandiri. (Nisa, 2023). Ambulasi dini memegang peranan yang sangat penting dalam proses pemulihan kesehatan pasca-operasi. Hal ini mencakup pengelolaan rasa sakit di area luka operasi, keadaan payudara, serta keadaan perut dengan gerakan peristaltik pada usus. Selain itu, melaksanakan ambulasi dini dalam rentang waktu 6-8 jam setelah operasi dapat membantu mengurangi risiko timbulnya komplikasi maternal dan angka kesakitan yang seringkali menyertai tindakan operasi caesar. (Kusumanagari, 2021).

5. Evaluasi

Tahap akhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi. Pada tahap ini, penulis dapat memahami reaksi pasien terhadap tindakan yang telah diambil, baik dalam hal peningkatan maupun perbaikan kondisi pasien.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan pada Ny. M antara tanggal 12 Februari 2025 hingga 14 Februari 2025 menunjukkan hasil sebagai berikut: Dari data subjektif, pasien melaporkan bahwa tingkat nyerinya telah menurun. Sementara itu, dari data objektif, pasien menunjukkan gelisah menurun, bersikap protektif menurun, meringis menurun dengan skala nyeri 2 dari skala nyeri 4, dengan menunjukkan tekanan darah 135/82 mmHg, nadi 81x/menit, pernapasan 20x/menit, dan suhu 36⁰C. Evaluasi tindakan pada Ny. N dari tindakan yang telah dilakukan pada 12 Februari 2025 sampai 14 Februari 2025 Data subjektif Klien mengatakan nyeri sudah menurun. Data objektif pasien menunjukkan ekspresi gelisah menurun, bersikap protektif menurun, meringis menurun dengan skala nyeri 2 dari skala nyeri 3, dengan data TTV yaitu tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 86x/menit, pernapasan 20x/menit, dan suhu 36,2⁰C. Kedua pasien mampu melakukan relaksasai tarik nafas dalam aromaterapi lavender dan dzikir Pada hari ketiga perawatan pascaoperasi, pasien mampu beraktivitas secara mandiri. Hasil analisis menunjukkan bahwa masalah nyeri akut telah teratasi, ditandai dengan penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2 dan

dari 5 menjadi 2. Oleh karena itu, rencana keperawatan selanjutnya adalah melanjutkan teknik relaksasi dengan latihan pernapasan dalam, penggunaan aromaterapi lavender, serta melakukan dzikir saat nyeri muncul.

b. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Evaluasi terkait diagnosis ketiga, yaitu Risiko Infeksi yang berhubungan dengan efek dari prosedur invasif, dilakukan setelah penulis melaksanakan tindakan yang telah ditetapkan pada kedua pasien pada hari ke-3. Pada pasien pertama, Ny. M, terdapat data subjektif yang menunjukkan bahwa klien melaporkan rasa nyerinya telah menurun. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa edema di sekitar luka juga telah berkurang, dengan jumlah leukosit tercatat $23.500/\text{mm}^3$. Namun, dalam assessment ditemukan bahwa masalah ini masih belum teratasi. Untuk langkah perencanaan, disarankan untuk mempertahankan intervensi yang ada, yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan. Selanjutnya, pada pasien kedua, Ny. N, hasil evaluasi menunjukkan bahwa klien juga melaporkan penurunan rasa nyeri. Data objektif memperlihatkan kemerahan ringan di sekitar luka pasca SC yang semakin berkurang, dan keluhan rasa panas pun menurun, dengan jumlah leukosit tercatat $19.500/\text{mm}^3$. Meskipun ada perbaikan, assessment juga menunjukkan bahwa masalah ini masih belum teratasi. Rencana yang diusulkan tetap sama, yaitu mempertahankan

intervensi dan menjaga kebersihan tangan sebelum serta sesudah berinteraksi dengan pasien dan lingkungan.

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Sesudah di lakukan implementasi dalam tiga pertemuan dengan dukungan mobilisasi. Didapatkan evakuasi keperawatan pasien Ny. M dan Ny. N sudah mampu mobilisasi secara mandiri tidak ada keterbatasa dalam mobilisasi. Masalah dapat teratasi terlihat dari pasien tampak mampu mobilisasi secara mandiri, pergerakan ekstremitas meningkat, dan rentang gerak meningkat. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga, tidak ada kendala dalam pemberian tindakan keperawatan.

C. Keterbatasan

Keterbatasan yang terjadi pada saat melakukan implementasi pada klien Ny. M dan Ny. N adalah suasana ruangan yang tidak tenang karena ada banyak pasien didalam ruangan bangsal, sehingga tidak dilakukan perawatan diruangan tersendiri karena pasien bukan merupakan pasien dikelas VIP.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Menurut hasil pembahasan klien pasca Operasi Caesar yang penulis lakukan terhadap Ny. M dan Ny. N dan Ruang di Ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak dapat diambil kesimpulan diantaranya:

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan mengumpulkan data melalui wawancara, observasi, dan pengecekan rekam medis klien. Penulis melakukan pengkajian komprehensif yang disesuaikan dengan kondisi Pasien 1, Ny. M, dan Pasien 2, Ny. N, dalam konteks asuhan keperawatan pasca operasi Caesar di Ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak.
2. Analisis terhadap data yang telah dikumpulkan memberikan kontribusi yang sangat berarti dalam pengembangan diagnosis keperawatan. Masalah utama atau diagnosis keperawatan yang paling signifikan bagi Pasien 1, Ny. M, dan Pasien 2, Ny. N, adalah mengalami nyeri akut yang disebabkan oleh cedera fisik. Di samping itu, terdapat juga diagnosis keperawatan lain yang perlu diperhatikan, yaitu "risiko infeksi akibat prosedur invasif" dan "mobilitas fisik yang terbatas akibat nyeri.
3. Intervensi pada diagnosis utama nyeri akut yang disebabkan oleh agen pencedera fisik dilakukan melalui terapi relaksasi, seperti teknik pernapasan dalam, penggunaan aromaterapi lavender, serta dzikir.
4. Penulis menerapkan implementasi untuk mengurangi nyeri pada klien pasca Operasi Caesar dengan memberikan dan mengajarkan pada pasien

relaksasi tarik nafas dalam aromaterapi lavender dan dzikir dilakukan sehari 5-10 menit selama tiga hari berturut-turut.

5. Evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan menunjukkan bahwa klien mengalami masalah nyeri akut pasca Operasi *Caesar* di Ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak teratasi dengan baik dan sudah sesuai dengan kriteria hasil. Pada saat dilakukan pengkajian nyeri pasca operasi Caesar pada hari pertama didapatkan pasien Ny. M dan Ny. N tampak membatasi gerak karena nyeri dan didapatkan nyeri dengan skala 6 pada Ny. M dan nyeri skala 5 pada Ny. N pada kedua pasien pada hari pertama pengkajian, kemudian diterapkannya pelayanan keperawatan selama tiga hari dengan relaksasi nafas dalam aromaterapi lavender dan dzikir nyeri berkurang dengan bertahap pada Ny. M mengalami penurunan dari skala 6 menjadi skala 4, dan pada hari terakhir turun lagi menjadi skala 2. Sementara itu, Ny. N yang awalnya pada skala 5, mengalami penurunan menjadi skala 3, dan pada hari terakhir juga turun menjadi skala 2. Proses ini didukung oleh SOP relaksasi yang meliputi tarik nafas dalam aromaterapi lavender dan dzikir, yang dilakukan secara berurutan selama 3 sesi.

B. Saran

1. Bagi Institusi

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pengajaran yang berharga, khususnya mengenai penerapan terapi pernapasan dalam aromaterapi lavender dan dzikir, untuk membantu mengurangi nyeri pada klien setelah menjalani operasi caesar.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari studi kasus ini dapat menjadi panduan bagi rumah sakit dalam menerapkan teknik pernapasan menggunakan aromaterapi lavender serta dzikir sebagai upaya untuk mengatasi kecemasan pada klien pasca operasi caesar. Hasil studi kasus ini dapat diterapkan bagi rumah sakit dalam melakukan implementasi teknik napas dalam aromaterapi lavender dan dzikir untuk mengatasi kecemasan pada klien pasca operasi *caesar*

3. Bagi Pasien

Diharapkan bahwa hasil dari studi kasus ini dapat mengurangi tingkat nyeri pada pasien pasca operasi caesar, sehingga mereka dapat menerapkan kembali terapi yang telah diajarkan jika mengalami situasi serupa di kemudian hari.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, V. I., Rusyanti, S., Yuliani, V., & Baska, D. Y. (2024). *Konsep Dasar Teori Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas, Dan Keluarga Berencana*. Penerbit NEM.
- Adeliani, Rosita, & Iriani, I. (2025). Implementasi Manajemen Nyeri Dengan Teknik Imajinasi Terbimbing Pada Pasien Post Sectio Caesarea Dalam Upaya Penurunan Skala Nyeri Diruangan Nifas RS Bhayangkara Polda Sulawesi Tengah Implementation Of Pain Management With Guided Imagery Techniques In Pos. *Jurnal Kolaborasi Sains*, 8(2), 1322–1326. <https://doi.org/10.56338/Jks.V8i2.7108>
- Afandi, H., & Rejeki, S. (2020). Metode Pemberian Cold Pack Untuk Menurunkan Tingkat Nyeri. *Ners Muda*, 3(3), 122–134.
- Arda, D., & Hartaty, H. (2021). Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea Dalam Indikasi Preeklampsia Berat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 447–451. <https://doi.org/10.35816/Jiskh.V10i2.631>
- Astuti. (2020). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu I Kehamilan. In *Rohima Press, Yogyakarta*.
- Astuti, D., Hartinah, D., & Permana, D. R. A. (2019). Pengaruh Pemberian Terapi Dzikir Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Post Sc. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(2), 307. <https://doi.org/10.26751/Jikk.V10i2.687>
- Ayu Zaharany, T. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan Penyulit Malpresentasi Janin Di Rumah Sakit Wilayah Kerja Depok. *Indonesian Journal Of Nursing Scientific*, 2(1), 43–52. <https://doi.org/10.58467/Ijons.V2i1.18>
- Cunningham F, Leveno, K., Deshe Jodi, L, B., Hoffman, Spong, C., & Casey, B. (2022). *Williams Obstetrics, 26e. Mcgraw Hill Medical*.
- 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>
- Harnita, H., Fildzah, F., & Handayani, R. N. (2021). Efektivitas Aromaterapi Lavender Dalam Menurunkan Intensitas Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea. In *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 298–302.
- Hartati, Y., Dwi Novitasari, Suryani, R. L., & Suryono, A. (2023). Edukasi Dan

- Implementasi Aromaterapi Lemon (Cytus) Untuk Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di RSUD DR. Soedirman Kebumen. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 5(3), 603–608. [Http://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/JPM](http://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/JPM)
- Innab, A., Al-Khunaizi, A., Al-Otaibi, A., & Moafa, H. (2023). Effects Of Mindfulness-Based Childbirth Education On Prenatal Anxiety: A Quasi-Experimental Study. *Acta Psychologica*, 238(July), 103978. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103978>
- Isnaeni, Pertiwi, A., Iriantom, & Aritonang, 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](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1134/4/4.Chapter.2.Pdf)
- Jannah, N., & Riyadi, M. E. (2021). Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 10(1), 77. <https://doi.org/10.31290/jpk.v10i1.2256>
- Kusumanagari, F. N. (2021). Asuhan Keperawatan Ny. E G3P2A0 Post Sectio Cesarea Indikasi FEB Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Repository Unissula*.
- Kuswandari, R., & Afsah, Y. (2016). *Pengaruh Dzikir Untu Mengurangi Skala Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea*. [https://Repository.Umy.Ac.Id/Bitstream/HandlE/123456789/5841/11.%252520Naskah%250A%252520publikasi-Sekarpdf \(%250A](https://repository.umsida.ac.id/bitstream/handle/123456789/5841/11.%252520Naskah%250A%252520publikasi-Sekarpdf.%250A)
- Lautenbacher, S., Kukundermann, B., & Krieg, J. (2019). Kurang Tidur Dan Persepsi Nyeri. *Sleep Medicine Reviews*.
- Lestari, P., Haniah, S., & Utami, T. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Masalah Risiko Infeksi Post-Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Bougenvile RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)*, 462–470.
- Liviana, A., Rahmawati, D., Nailah, N., Studi, P., Keperawatan, D.-I., Karya, P., Corespondensi, H., Dwi, L., Program, R., Keperawatan, S. D.-I., Husada, K., Margonda, J., 28 Kel, N., Cina, P., & Beji, K. (2023). Studi Kasus Deskriptif Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD). *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 1–14. [https://Stikesks-Kendari.E-Journal.Id/JK](https://stikesk-kendari.e-journal.id/jk)
- Mariza, A., & Haryati HS, D. (2018). Pengaruh Aroma Terapi Blend Essential

Minyak Lavender Terhadap Nyeri Pasien Pasca Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Pringsewu 2016. *Jurnal Kebidanan*, 4 No.3(3), 124–128.

Morita, K. M., Amelia, R., & Putri, D. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 5(2), 106. <https://doi.org/10.34008/Jurhesti.V5i2.197>

Mulahaera, A., Rusli, R., & Sobah, N. (2024). Karakteristik Dan Pola Pengobatan Analgesik Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Rumah Sakit X Samarinda. *Jurnal Mandala Pharmacon Indonesia*, 10(1), 123–129.

Nasution, S., & Auliya, S. (2020). *Metode Pengkajian Serta Pengumpulan Data Dalam Keperawatan*.

Ningsih, R., Amin, M., Aryani, I., & Putri, P. (2023). Implementasi Keperawatan Manajemen Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut Di Kota Palembang. *Journal Of Nursing And Public Health*, 11(1), 105–113. <https://doi.org/10.37676/Jnph.V11i1.4091>

Ningtyas, N. W. R. (2023). Buku Manajemen Nyeri. In *Jawa Tengah : CV. Media Pustaka Indo*.

Nisa, F. (2023). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny. L Post Sectio Caesaria Dengan Indikasi Bsc2x Dalam Pemenuhan Kebutuhan Gangguan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Di Ruang Perawatan Lantai I Paviliun Dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto*. 1–88.

Nisriati, R., Suryan, L., & Afandi, M. (2016). Kombinasi Edukasi Nyeri Dan Meditasi Dzikir Meningkatkan Adaptasi Nyeri Pasienpasca Operasi Fraktur. *Muhammadiyah Journal Of Nursing*. <https://journal.umy.ac.id/index.php/Ijnp/ArtiCle/View/222/2168>

Pitriani, Anggriyanti, D., & Ginting, S. (2020). Pengaruh Spiritual Emotional Freedom Technique Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Grandmed Lubuk Pakam Tahun 2020. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 3(1), 36–41. <https://doi.org/10.35451/Jkf.V3i1.506>

Potter, Patricia A., & Perry, Anne Griffin. (2019). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses Dan Praktik*.

Pramudita, R. Z., Noorratri, E. D., & Purnawati, F. (2024). Penerapan Teknik Relaksasi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea Di Ruang Ponek RSUD DR. Soeratno Gemolong. *Jurnal Ilmu*

Kesehatan Mandira Cendikia, 3(8), 185–195.

- Prasetyo, B. D., & Susilo, B. (2020). Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Nyeri Luka Ibu Post Sectio Caesarea Di RST Dr Soepraoen KESDAM V/Brawijaya Malang. *Journal Of Islamic Medicine*, 4(1), 14–20.
- SDKI, P. (2017). *Standart Diagnosi Keperawatan Indonesia (DPP PPNI (Ed.); 1 Ed.)*. DPP PPNI.
- SIKI, P. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (DPP PPNI (Ed.); 1 Ed.)*. DPP PPNI.
- Sitorus, S. (2021). Pemberdayaan Ibu Hamil Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis. In *Medan : Yayasan Kita Menulis*.
- SLKI, P. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia (DPP PPNI (Ed.); 1 Ed.)*. DPP PPNI.
- Sudarsih, I., Agustin, & Ardiansyah. (2023). Hubungan Antara Komplikasi Kehamilan Dan Riwayat Persalinan Terhadap Tindakan Sectio Caesarea. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(4), 1567–1576.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung : Alfabet. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung : Alfabet.
- Sunarno, S. (2021). *Relaksasi Tari Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea*.
- Suryani, H., Timur, R. A. P. K. K., & Timur, W. W. P. K. K. (2022). *Terapi Kompres Hangat Dengan Aromaterapi Lavender Essential Oil Terhadap Respon Nyeri Jahitan Luka Post Sectio Caesarea Di Rsia Aisyiyah Samarinda*.
- Susanto, A. . (2018). Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui. In *Pustaka Baru Press*.
- Tirtawati, G. A., Purwandari, A., & Yusuf, N. H. (2020a). Efektivitas Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea. *JIDAN (Jurnal Ilmiah Bidan)*, 7(2), 38–44. <https://doi.org/10.47718/Jib.V7i2.1135>
- Tirtawati, G. A., Purwandari, A., & Yusuf, N. H. (2020b). Fektivitas Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesare. *JIDAN (Jurnal Ilmiah Bidan)*, 7(2), 38–44.

- Tri Chesariyanto, M., Zubaidah, Z., & Sufiani Ikasari, F. (2024). Manajemen Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Dalam Asuhan Keperawatan Maternitas : Studi Kasus. *Join : Journal Of Intan Nursing*, 3(1), 26–30. <https://doi.org/10.54004/Join.V3i1.164>
- Wiratama, P. (2019). *Diagnosa Keperawatan Sebagai Keputusan Klinis Tentang Masalah Kesehatan Klien*.
- Yanti, D., & Kristiana, E. (2019). Efektifitas Relaksasi Teknik Benson Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Ibu Post Seksio Sesarea. *Conference On Innovation And Application Of Science And Technology, Ciastech*, 177–184. [Http://publishing-widyagama.ac.id/ejournal-v2/index.php/ciastech/article/view/1102/905](http://publishing-widyagama.ac.id/ejournal-v2/index.php/ciastech/article/view/1102/905)
- Yuniarti, E. V., & Rahmawati, I. (2020). The Influence Of Lavender Aromatherapy To Decrease Of Pain On Patient Post-Section Caesarea (SC) Operations In Hospital Islamic Sakinah Mojokerto. *International Journal Of Nursing And Midwifery Science (Ijnms)*, 4(1), 85–90. <https://doi.org/10.29082/Ijnms/2020/Vol4/Iss1/251>

