

**IMPLEMENTASI KOMBINASI TEKNIK RELAKSASI
BENSON DAN MUROTAL SURAT AR-RAHMAN PADA IBU
POST SECTIO CAESARIA DENGAN NYERI AKUT**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

RAHMA EKA OKTAVIANI

40902200049

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

2025

**IMPLEMENTASI KOMBINASI TEKNIK RELAKSASI
BENSON DAN MUROTAL SURAT AR-RAHMAN PADA IBU
POST SECTIO CAESARIA DENGAN NYERI AKUT**

Karya Tulis Ilmiah



DISUSUN OLEH :

NAMA : RAHMA EKA OKTAVIANI

NIM : 40902200049

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

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah 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. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 16 Mei 2025



(Rahma Eka Oktaviani)
NIM : 40902200049

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji

Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissulla pada :

Hari : Rabu

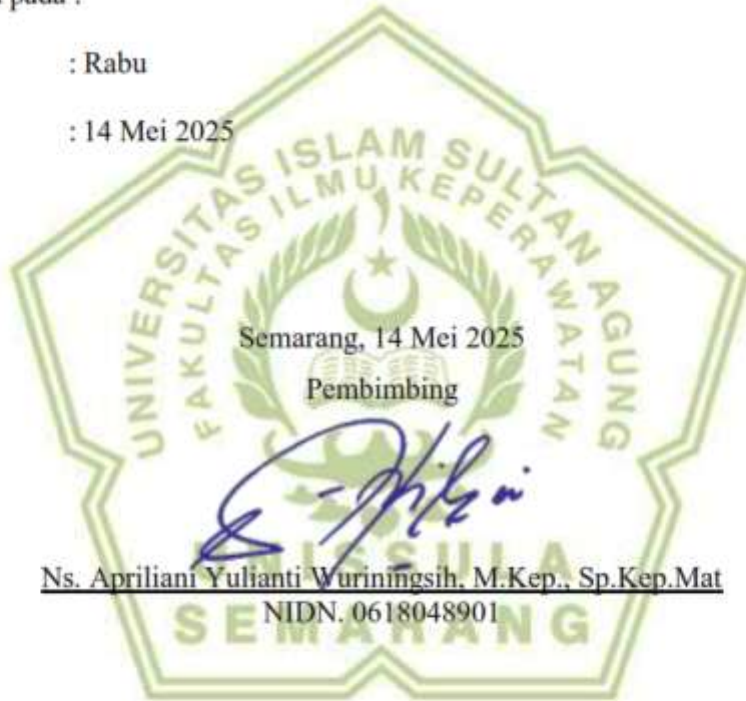
Tanggal : 14 Mei 2025

Semarang, 14 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 0618048901



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jum'at tanggal 16 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 16 Mei 2025

Tim Penguji,
Penguji I



Ns. Hernandia Destinarista, M.Kep
NIDN. 0602098503

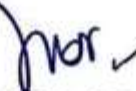
Penguji II



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 0618048901

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian SKM, S.Kep., M.Kep.
NIDN. 0622087403

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
MEI 2025**

ABSTRAK

Rahma Eka Oktaviani

**IMPLEMENTASI KOMBINASI TEKNIK RELAKSASI BENSON DAN
MUROTTAL SURAT AR-RAHMAN PADA IBU POST SECTIO
CAESAREA DENGAN NYERI AKUT**

Sectio Caesarea merupakan tindakan medis yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim. Pasca Tindakan sectio caesarea pasien akan merasakan nyeri yang sangat hebat. **Tujuan:** untuk mengevaluasi efektifitas dari terapi Benson dan terapi murottal Surat Ar-Rahman. **Metode:** Peneliti menggunakan metode pendekatan studi kasus deskriptif dengan melakukan intervensi terapi relaksasi Benson dan murottal Surat Ar-Rahman pada kedua klien berinisial Ny.S dan Ny.A selama tiga hari. **Hasil:** menunjukkan adanya, penurunan skala nyeri pada Kedua klien. **Kesimpulan:** Relaksasi Benson dan Murottal Surat Ar-Rahman terbukti efektif dalam menurunkan skala nyeri akut pada kedua pasien.

Kata Kunci: Sectio Caesarea, Terapi Benson, Murottal Surat Ar-Rahman, Nyeri Akut.

Daftar Pusatkan:

(Apriliawati & Maryati, 2022)
(Ramadanty, 2019)

**NURSING DIPLOMA III
STUDY PROGRAM NURSING FACULTY
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
MEY 2025**

ABSTRACT

Rahma Eka Oktaviani

**IMPLEMENTATION OF BENSON RELAXTION TECHNIQUE
COMBINATION AND MUROTTAL SURAT AR-RAHMAN IN POST
CAESAREA SECTION MOTHERS WITH ACUTE PAIN**

*Caesarea Section is a medical procedure performed to remove the fetus by making an incision in the abdominal wall and uterus. After the caesarean section procedure, the patient will feel very severe pain. **purpose:** to evaluate the effectiveness of Benson therapy and murottal theerapy of Surat Ar-Rahman. **Method:** The researcher used a descriptive case study approacg method by conducting Benson relaxation therapy and murottal Surat Ar-Rahman interventions on two clients qith the initials Mrs.S AND Mrs. A for three days. **Results:** showed a decrerase in the pain scale in both clients. **Conclusion:** Benson Relaxtion and Murottal Surat Ar-Rahman are proven effective in reducing the scale of acute pain in both patients.*

Keywords: *sectio caesarea, BENSON THERAPY, MUROTTAL Surat Ar-Rahman, acute pain.*

Bibliography:

(Apriliawati & Maryati, 2022)

(Ramadanty, 2019)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmannirohim, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan Rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Implementasi Kombinasi Teknik Relaksasi Benson Dan Murottal Surat Ar-Rahman Pada Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut”. Karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Mahdya Keperawatan pada program studi Diploma III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Dalam segala rintangan dan kesulitan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, tetapi semuanya dapat selesai dan teratasi berkat bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak. Untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat Kesehatan, kekuatan,serta kemudahan dalam mengerjakan tugas, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M. Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung.
3. Bapak Iwan Ardian SKM, S.Kep., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Indah Tri Astuti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.An, selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula.
5. Ibu Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku Dosen Pembimbing yang sangat sabar dan berkenan meluangkan waktu untuk memberikan arahan yang baik dalam Menyusun Karya Tulis Ilmiah.

6. Ibu Ns. Hernandia Distinarsta, M.Kep, selaku Penguji yang memberikan saran terbaik demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepada bapak Teguh selaku keamanan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang selalu memberikan informasi tentang keberadaan dosen pengampu saya.
8. Kepada seluruh penghuni ruang VK di RSI Sultan Agung Semarang yang telah memberikan izin saya untuk mengambil dan melakukan pengkajian Karya Tulis Ilmiah di ruang tersebut.
9. kepada orang tua penulis Bapak BudiAnto dan Ibu Rini Kumalasari yang tercinta terima kasih atas seluruh perjuangan yang telah diikhhlaskan demi masa depan penulis dalam bentuk materi maupun non materi serta doa yang tidak pernah berhenti disetiap tetsan air matanya dan terimakasih atas kesabaran yang tiada habisnya, hingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Terima Kasih kepada sahabat penulis tercinta Fransiska Melina Rosa yang selalu membantu mendengarkan keluh kesah penulis serta memberikan motivasi dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Terima kasih juga kepada sahabat penulis Allysa Vio dan Resa Oktafia yang telah mewarnai dunia perkuliahan penulis, serta selalu memberikan dukungan meluangkan waktu, tenaga serta menghibur selama proses menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

12. Terima kasih kepada teman stase maternitas yang selalu merangkul dan saling menguatkan serta memberikan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Terimakasih kepada teman-teman D-III Keperawatan 2022 yang telah kebersamai sejak awal perkuliahan hingga akhir.
14. Terakhir, kepada diri saya sendiri, Rahma Eka Oktaviani. Terima kasih sudah bertahan sejauh ini. Terima Kasih tetap memilih berusaha dan merayakan dirimu sendiri sampai di titik ini, walau sering merasa putus asa atas apa yang diusahakan dan belum berhasil, namun terima kasih telah menjadi manusia yang selalu mau berusaha dan tidak lelah untuk mencoba. Terima Kasih karena selalu mengingat Allah SWT. dalam setiap perjalanan hidupmu. Apapun kurang dan lebihmu, mari merayakan sendiri.

Semarang, 07 Mei 2025

Penulis,

Rahma Eka Oktaviani

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Masalah	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat studi kasus	5
1. Institusi Pendidikan	5
2. Instalasi Layanan Kesehatan	5
3. Masyarakat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Sectio Caesarea	7
1. Pengertian.....	7
2. Indikasi <i>Sectio Caesarea</i>	8
3. Etiologi	10
4. Klasifikasi	11
5. Patofisiologis.....	12
B. Askep Penyakit.....	12
1. Pengkajian Sectio Caesarea.....	12
2. Intervensi. Keperawatan.....	17
3. Evaluasi	22

BAB III METODE PENULISAN.....	23
A. Rancangan Studi Kasus	23
B. Subyek Studi Kasus.....	23
C. Fokus Studi.....	23
D. Definisi Operasional.....	23
E. Instrumen Studi Kasus	24
1. Wawancara	24
2. Observasi.....	24
3. Dokumentasi Medis	25
F. Tempat dan waktu	25
G. Metode Pengumpulan data	25
1. Prosedur administratif	25
2. Prosedur Teknis	26
H. Analisis Data	28
I. Etika Studi Kasus	28
1. <i>Ethical Clearance</i> (Persetujuan Etik).....	28
2. <i>Informed Consent</i>	29
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	30
A. Hasil Studi Kasus Pasien I	30
1. Hasil Studi Kasus Pasien I	30
2. Analisa Data	36
3. Diagnosa Keperawatan.....	37
4. Intervensi.....	38
5. Implementasi	39
6. Evaluasi	44
B. Hasil Studi Kasus Pasien 2	47
1. Hasil Studi Kasus Pasien II	47
2. Analisa Data	54
3. Diagnosa keperawatan.....	55
4. Intervensi.....	55
5. Implementasi	57

6. Evaluasi	61
C. Pembahasan	64
1. Pengkajian	65
2. Diagnosa Keperawatan	66
3. Intervensi Keperawatan	66
4. Implementasi Keperawatan	66
5. Evaluasi Keperawatan	76
D. Keterbatasan	78
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	79
A. Simpulan	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	84



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien Ny. S.....	36
Tabel 4.2 Pemeriksaan Penunjang Pasien Ny. A.....	53



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Melaksanakan Studi Kasus

Lampiran 2 Surat izin Pengambilan Kasus

Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur (SOP) Relaksasi Benson

Lampiran 5 Standar Operasional Prosedur Terapi Murottal

Lampiran 6 Hasil Turnitin

Lampiran 7 Asuhan Keperawatan

Lampiran 8 Laporan Konsultasi Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Masa nifas (postpartum period) diartikan sebagai masa yang dimulai setelah persalinan. Paradigma baru perawatan postpartum menekankan bahwa ibu baru adalah ibu yang sehat dan merupakan peristiwa kelahiran fisiologis. Periode masa nifas pada ibu postpartum mendatangkan banyak kendala, salah satu kendalanya adalah ibu dengan nyeri pada luka post sc (Apriliawati & Maryati, 2022b).

Section Caesarea (SC) adalah prosedur medis yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim. Tujuan dari tindakan ini adalah untuk menyelamatkan nyawa ibu dan janin dalam kondisi tertentu yang membutuhkan intervensi media (Kamallia, 2022). Setelah operasi caesar, pasien biasanya merasakan penderitaan karena adanya sayatan pada perut dan rahim (Oktariani et al., 2022).

Tingkat komplikasi persalinan yang melibatkan prosedur bedah memiliki risiko lima kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Efek dari prosedur Caesar terhadap ibu mencakup rasa sakit yang dialami setelah operasi dan luka yang terjadi pasca operasi (Faatihah et al., 2023). Terjadinya perubahan kontinuitas jaringan yang disebabkan oleh bedah pada prosedur section caesarea dapat menyebabkan timbulnya rasa nyeri. Jika penanganan rasa nyeri tidak dilakukan dengan tepat, hal ini bisa menimbulkan berbagai masalah, seperti gangguan mobilitas, ikatan emosional antara ibu dan bayi terganggu, proses menyusui terpengaruh, kegiatan harian terganggu, dan kualitas tidur ibu menurun, yang menyebabkan masalah kelelahan dan stres semakin bertambah (Rohmaniah et al, 2023).

Menurut data dari RISKEDAS tahun 2021, sekitar 17,6% persalinan di Indonesia dilakukan dengan metode Sectio Caesarea. Operasi Caesar dilakukan karena berbagai komplikasi, dengan rincian indikasi sebagai berikut: posisi janin melintang (3,1%), perdarahan (2,4%), eklampsia (0,2%), ketuban pecah dini (5,6%), persalinan yang berlangsung lama (4,3%), tali pusat yang terlibat (2,9%), plasenta anterior (0,7%), solusio plasenta (0,8%), hipertensi (2,7%), dan berbagai alasan lainnya (4,6%) (Kemenkes RI, 2021) (Ramadanty, 2019b).

Berdasarkan data yang diperoleh dari instansi Rekam Medik Informasi Kesehatan RSI Sultan Agung Semarang bulan Januari – Februari 2025, data khusus kelahiran sectio caesarea sebanyak 20 ibu melahirkan. Dari data tersebut kisaran ibu dengan gangguan nyeri sebanyak 80% pada ibu melahirkan dengan post sectio caesarea. (Instalasi Rekam Medikis, 2025).

Untuk mengatasi nyeri pasca operasi, terdapat dua metode yang dapat diterapkan, yaitu dengan pengobatan (Farmakologis) dan tanpa obat (nonfarmakologis). Teknik nonfarmakologis yang bisa digunakan adalah teknik relaksasi Benson dan teknik Distraksi.

Metode relaksasi Benson adalah metode yang mudah dan memerlukan sedikit tenaga, serta mampu mengurangi nyeri pada pasien setelah menjalani operasi caesar. (Machmudah 2021). Relaksasi benson merupakan latihan relaksasi yang menggunakan keyakinan untuk menghasilkan suasana damai yang meningkatkan kesehatan. Meningkatkan proses analgesia endogen dengan menambahkan frasa yang memiliki efek menyenangkan, yang mengalihkan fokus rasa sakit dengan merelaksasi tubuh dan menghasilkan lingkungan yang nyaman. Relaksasi benson terbukti dapat meningkatkan ketegangan, kecemasan, dan tingkat ketidaknyamanan sekaligus menurunkan tekanan darah, denyut jantung, metabolisme, dan zat kimia yang

mempengaruhi pengurangan rasa sakit. Teknik relaksasi Benson selama sepuluh hingga lima belas menit dapat membantu mengurangi rasa sakit pasca-SC. Relaksasi ini dilakukan tiga kali setiap dua jam. (Morita, Amelia, & Putri., 2020).

Teknik Distraksi digunakan untuk mengalihkan perhatian dan mengurangi ketidaknyamanan. Terapi murottal Al-Quran merupakan salah satu metode pengalihan perhatian yang terbukti berhasil membantu pasien merasa tenang dan rileks (Rahmawati, 2022).

Terapi Murottal dapat dapat mempengaruhi kondisi psikologis seseorang, karena apa yang didengar diproses oleh otak dan ditafsirkan secara positif. Terapi ini juga dapat meningkatkan kualitas hubungan spiritual dengan Tuhan, yang pada gilirannya membantu merasa berserah kepada Allah SWT. Frekuensi energi otak yang ideal untuk situasi ini adalah 7-12 Hz, yang dapat membantu menurunkan tingkat stress (Edi et al, 2021).

Studi yang dilakukan oleh Andriana et al. (2023) mengungkapkan bahwa teknik relaksasi Benson yang dilakukan selama tiga hari, masing-masing sesi 10-15 menit, menunjukkan keefektifan dalam meredakan rasa nyeri pada pasien setelah operasi caesar, dengan pengurangan skala nyeri 6 menjadi 3. Di sisi lain, Nuha et al. (2021) menunjukkan bahwa terapi murrotal Al-Qur'an juga turut berperan dalam mengurangi rasa nyeri dengan mekanisme distraksi kognitif yang didasarkan pada teori Gate Control, yang menguraikan cara gelombang musik bersaing dengan sinyal nyeri untuk menurunkan persepsi nyeri.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Implementasi kombinasi teknik relaksasi Benson dan distraksi murottal surat Ar-Rahman pada pasien pasca operasi caesar yang mengalami nyeri akut”.

Diharapkan, penelitian ini dapat memberikan manfaat dalam mengurangi skala nyeri pada pasien setelah menjalani operasi caesar.

B. Rumusan Masalah

Nyeri merupakan jenis ketidaknyamanan yang dapat dirasakan baik secara fisik maupun emosional, berkaitan dengan potensi atau kenyataan kerusakan pada jaringan tubuh, ini juga dapat terjadi sebagai respons perlindungan tubuh, muncul ketika jaringan mengalami kerusakan dan mendorong individu untuk mengambil langkah untuk mengurangi rasa nyeri (Apriliawati et al., 2025).

Studi kasus yang dilakukan pada tanggal 13 hingga 17 Februari 2025 di RSI Sultan Agung Semarang menunjukkan bahwa klien tidak mengetahui cara penanganan nyeri setelah menjalani operasi sectio casarea, dimana sekitar 80% dari ibu yang menjalani caesar mengalami gangguan nyeri. Tantangan besar dalam mengelola nyeri pada ibu pasca sectio caesarea melibatkan berbagai faktor, termasuk aspek fisik, emosional, dan teknik pengelolaan nyeri. Peran perawat sangat penting untuk memberikan informasi yang tepat, edukasi tentang cara penanganan nyeri, serta memberikan dukungan emosional. Selain itu, perawat perlu memastikan bahwa tindakan yang dilakukan sesuai dengan kondisi ibu dan efektif dalam mengurangi nyeri.

Dengan itu peneliti mengambil rumusan masalah ‘Bagaimana penerapan intervensi terapi teknik benson dan terapi murotal surat Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri pada operasi Caesar?’

C. Tujuan Masalah

1. Tujuan Umum

Dengan penekanan pada terapi Benson dan terapi murottal Surat Ar-Rahman untuk mengurangi rasa nyeri pada luka pasca operasi, artikel ini menjelaskan prosedur penanganan nyeri pasca operasi caesar.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan pengkajian keperawatan yang dilakukan
- b. Menegakan diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis
- c. Memebuat Intervensi kepeawatan yang dilakukan
- d. Melakukann Implementasi keperawatan yang dilakukan
- e. Menyimpulkan Evaluasi dari implementasi keperawatan yang dilakukan

D. Manfaat studi kasus

Karya tulis ini diharapkan dapat membarikan manfaat bagi :

1. Institusi Pendidikan

Studi kasus ini dapat membantu mengidentifikasi metode non-farmakologis dalam pengelolaan nyeri post sectio caesare dengan terapi relaksasi benson dan murotal surat ar-rahman. Selain itu, studi ini dapat meningkatkan keterampilan perawat dalam pengelolaan terapi non-farmakologis pada pasien.

2. Instalasi Layanan Kesehatan

Studi kasus ini dapat membantu instalasi layanan kesehatan dalam mengurangi resiko efek samping atau ketergantungan pada penggunaan obat-obatan, dengan menyediakan pendekatan alternatif yang lebih alami, seperti teknik relaksasi benson dan murrotal, untuk mengelola stress dan kecemasan pasien *pasca* operasi.

3. Masyarakat

Studi kasus ini dapat membantu masyarakat untuk memahami metode non-farmakologis pengelolaan nyeri dengan cara relaksasi benson dan murotal surat ar-rahman. Pemahaman ini dapat mengurangi rasa cemas dan stigma yang dihadapi ibu pascaoperasi caesar.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur persalinan yang melibatkan sayatan pada dinding perut dan rahim dengan syarat berat bayi lebih dari 4.000 gram dan rahim masih utuh. Kemajuan teknologi medis, terutama dalam metode persalinan ini, telah memberikan manfaat signifikan bagi keselamatan ibu dan bayi serta membantu memperlancar proses persalinan (Sinaga, 2022).

Sectio caesarea adalah prosedur persalinan yang dilakukan melalui pembedahan di area perut, yang menyebabkan terputusnya jaringan dan saraf. Kondisi ini dapat menimbulkan rasa nyeri di area bekas sayatan setelah operasi (Ariani P. & Mastari, 2020).

Tingkat nyeri pada persalinan dengan sectio caesarea lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan normal, yakni sekitar 27,3% dibandingkan dengan 9% pada persalinan normal (Maryati, A.W., Cucu R., Yeti H., 2020). Ibu yang menjalani operasi ini akan merasakan nyeri yang cukup intens setelah melahirkan, dengan waktu pemulihan yang lebih lama dibandingkan ibu yang melahirkan secara normal. Untuk mengurangi rasa nyeri pasca operasi, pasien sectio caesarea akan diberikan anestesi sebagai bagian dari tindakan medis (Wahyuningsih & Khayati, 2021).

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut (Septiana & Sapitri, 2023a) dua kategori utama indikasi operasi caesar adalah faktor janin dan ibu:

a. Faktor Ibu

1) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Pecahnya ketuban sebelum persalinan ketika lubangnya kurang dari 4 cm dikenal sebagai ketupah pecah dini (KPD). KPD bisa terjadi diakhir kehamilan atau lebih awal. KPD preterm terjadi sebelum 37 minggu kehamilan dan dapat menyebabkan kematian prenatal karena komplikasi seperti infeksi dan masakg pernapasan. KPD memungkinkan infeksi naik daei luar kedalam rahim, sehingga penanganan yan baik dan pemberian antibiotiik sangat penting. Persalinan sebelumnya dengan KPD memiliki risiko berulang, jadi pencegahan penting untuk kehamilan selanjutnya.

2) Chepalo Pelvik Disproportion (CPD)

DKP atau CPD adalah pesalinan pervaginam tidak dapat dilakukan karena ukuran panguul yang sempit, janin yang terlalu besar atau keduanya, baik ibu maupun janin dapat mengalami beberapa kesulitan jika didorong. Ibu yang mengalami *Cepalo Pelvik Disproportion* (CPD) sering menjalani *sectio caesarea* cito, biasanya dirujuk dari klinik bidan atau puskesmas karena adanya penyulit dalam persalinan.

3) Pre eklampsia Berat (PEB)

Pre eklamsi adalah kondisi kehamilan yang berkembang setelah ke-20, ditandai dengan tekanan darah tinggi dan protein ddalam urine.

Kondisi inimuncul sebagai gejala pada ibu hamil dan termasuk hipertensi, proteinuria, dan edema. Ibu dengan Pre Eklamsia Berat (PEB) biasanya melahirkan dengan operasi caesare darurat karena berisiko tinggi bagi ibu dan bayi. Penanganan cepat dan pemantauan yang ketat selama dan setelah operasi sangat penting untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi.

4) Riwayat Sectio Caesarea

Riwayat SC menunjukkan bahwa ibu yang telah melahirkan dengan sectio caesarea tidak dapat melahirkan secara normal. Analisis frekuensi menunjukkan penyebab persalinan dengan sectio caesarea. Keputusan persalinan pada kehamilan berikutnya sangat dipengaruhi oleh riwayat kelahiran sebelumnya. Ibu yang pernah menjalani operasi caesar darurat dimasa lalu berdampak pada usia, paritas, dan kesulitan khusus. Sementara itu, sectio caesarea yang terencana dapat dilakukan jika kondisi ibu dan janin tidak ada ancaman langsung.

b. Faktor Hambatan Jalan Lahir

1) Gawat janin

Gawat janin atau fetal distress muncul karena adanya kekurangan oksigen atau nutrisi dalam rahim. Kondisi ini tidak boleh dianggap remeh karena memerlukan penanganan dan pengobatan segera dari tenaga medis.

2) Malpresentasi

Suatu keadaan di mana bagian tubuh janin yang pertama kali melewati pintu panggul adalah bagian lain selain vertex.

3) Malposisi kedudukan janin

Konsisi di mana vertex terletak pada posisi yang tidak mengalami fleksi lengkap seperti, gerakan kepala dan postur yang bersifat oksipitolateral dan oksipitoposterior dimana oksiput berfungsi sebagai penentu posisi.

4) Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

situasi di mana tali pusat bayi bergerak ke bawah melewati janin, menghalangi saluran kelahiran, atau bahkan muncul sebelum janin itu sendiri.

5) Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

Ekstraksi vakum adalah salah satu metode yang digunakan untuk mendukung proses kelahiran normal. Jika ini tidak berhasil, maka seharusnya dilakukan operasi caesar.

3. Etiologi

Penyebab persalinan melalui sectio caesar bisa terjadi akibat adanya permasalahan ibu dan bayi. Pengambilan keputusan untuk melakukan caesar sering kali didasarkan pada indikasi medis yang telah dikenal sebelumnya, tetapi juga bisa terjadi mendadak akibat kondisi darurat yang dialami oleh ibu atau janin. Meskipun sepertinya tidak ada kendala di awal dan diperkirakan dapat melakukan persalinan secara normal, namun komplikasi bisa muncul selama proses persalinan, sehingga diperlukan tindakan caesar.

Menurut (Devy et al., 2024) Penyebab medis untuk melakukan indikasi sectio caesarea, yaitu berdasarkan usia, paritas, komplikasi selama kehamilan seperti hipertensi dan preeklamsia, pengalaman persalinan sebelumnya, pecah ketuban dini dan kondisi janin yang terancam. Selain itu, keputusan juga

dipengaruhi oleh pilihan individu, yang mencakup tempat tinggal di area perkotaan dan jenis pekerjaan.

Menurut (Mardhiah,2020) Penyebab non medis untuk melakukan indikasi sectio caesarea, yaitu untuk mengurangi resiko pada janin, mencegah potensi kerusakan pada organ genitalia saat melahirkan secara pervaginam, mengatasi rasa takut yang berlebihan, mengurangi ketidaknyamanan.

4. Klasifikasi

Ada beberapa istilah yang terkait dengan Sectio Caesare (SC), seperti : menurut (Septiana & Sapitri, 2023) :

a. Sectio Caesarea Primer (Elektif)

SC primer mengacu pada kondisi di mana melahirkan dengan metode operasi sectio caesarea sudah ditentukan sejak awal, sebelum proses kelahiran dimulai.

b. Sectio Caesarea Sekunder

Sectio Caesarea sekunder mengacu pada kondisi di mana seorang ibu yang sedang melahirkan berusaha untuk melahirkan secara vaginal terlebih dahulu dan apabila proses persalinan tidak berlanjut atau mengalami kebuntuan, dokter kemudian memilih untuk melakukan operasi caesar.

c. Sectio Caesarea Ulang

Ibu yang telah menjalani operasi caesar pada kehamilan yang lalu, kembali melaksanakan caesar pada kehamilan selanjutnya.

d. Sectio Caesarea Histerektomi

Ibu yang telah menjalani operasi caesar pada kehamilan yang lalu, kembali melaksanakan caesar pada kehamilan selanjutnya.

e. Operasi Porro

Operasi ini dilakukan ketika janin telah meninggal dalam rahim dan tidak dapat dikeluarkan melalui jalan lahir. Dalam situasi seperti ini, pilihan yang diambil adalah melakukan histerektomi langsung untuk menangani permasalahan tersebut.

5. Patofisiologis

Sectio Caesarea merupakan prosedur pembedahan yang mengiris dinding perut, baik secara vertikal maupun horizontal, dengan ukuran sekitar lima belas sentimeter. Dinding uterus juga diiris, sekali lagi dengan teknik vertikal atau horizontal, dengan ukuran yang nyaris sama. Bayi beserta plasentanya kemudian kemudian diambil, dan luka tersebut dijahit kembali. Dalam menghadapi berbagai komplikasi selama persalinan, keputusan untuk melakukan *sectio caesarea* diambil. Prosedur ini harus diakui sebagai pilihan untuk melahirkan ketika jalur kelahiran normal tidak memungkinkan. Sebenarnya, melahirkan melalui *sectio caesarea* ditunjukkan pada kasus medis tertentu, yang dibagi menjadi indikasi untuk ibu dan bayi. Semua alasan tersebut ditentukan berdasarkan keadaan kesehatan dari ibu atau bayi yang memerlukan intervensi untuk melahirkan (Septiana, Maria, 2020)

B. Askep Penyakit

1. Pengkajian Sectio Caesarea

a. Pengkajian Sectio Casarea

1) Pengkajian Sectio Caesarea

Dasar dari seluruh proses keperawatan adalah pengkajian. Untuk memberikan perawatan keperawatan yang terspesialisasi dan mengumpulkan informasi dari berbagai sumber guna mengevaluasi dan menentukan kesehatan klien, pengkajian merupakan salah satu

komponen yang paling penting. Observasi, pemeriksaan fisik dan anamnesis digunakan untuk mengumpulkan data awal untuk penilaian konservasi. Pasien, keluarga atau kerabat, tim kesehatan, catatan medis, dan dokumen historis lainnya, serta kondisi kesehatan pasien saat ini, biografi, sosial spiritual, reaksi terhadap pengobatan merupakan sumber data kedua terapi. Harapan akan kesehatan ideal dan kemungkinan besar timbulnya masalah pengumpulan data, pengelompokan data, dan analisa data untuk mengembangkan diagnosis keperawatan adalah tugas paling penting selama tahap evaluasi ini.

2) **Identitas Klien**

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, status kebidanan, jenis persalinan.

3) **Keluhan Utama**

Pasien yang menjalani operasi caesar biasanya melaporkan rasa sakit di dekat lokasi operasi, jika pasien bergerak, rasa sakit biasanya bertambah parah.

4) **Riwayat Kesehatan**

Riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan saat ini, dan riwayat kesehatan keluarga merupakan data yang diperiksa dalam penilaian riwayat kesehatan. Saat mengevaluasi riwayat kesehatan klien, hal pertama yang harus diperhatikan adalah penyakit yang pernah dideritanya, terutama penyakit menular atau kronis.

Riwayat kesehatan saat ini mencakup penilaian data yang dilakukan untuk mengidentifikasi alasan dilakukannya operasi caesar,

seperti bayi kembar, preeklamsia, pecahnya ketuban, posisi janin abnormal, dan tali pusat yang tidak normal.

Riwayat kesehatan keluarga mencakup pengkajian mengenai anggota keluarga pasien memiliki riwayat penyakit yang bersifat kronis, menular dan jangka panjang seperti jantung, tekanan darah tinggi, diabetes, tuberkulosis, hepatitis dan infeksi menular seksual, ini adalah salah satu faktor yang berkontribusi pada kemungkinan munculnya pre eklamsia dan bayi besar.

5) **Masalah kehamilan**

Pengkajian masalah kehamilan dilakukan untuk mengetahui apakah ibu mengalami keluhan atau gangguan selama masa kehamilan, baik secara fisik maupun psikologis. Hal yang perlu dikaji antara lain mual berlebihan (*hyperemesis gravidarum*), nyeri dibagian perut, munculnya perdarahan, hipertensi, penurunan gerakan janin, keputihan, kontraksi prematur, serta adanya stres atau cemas. Tujuan dari penilaian ini adalah untuk mendeteksi secara awal potensi komplikasi yang dapat membahayakan baik ibu maupun janin, sehingga penanganan yang cepat dan tepat.

6) **Riwayat Menstruasi**

Pengkajian riwayat menstruasi dilakukan untuk mengetahui siklus menstruasi ibu sebelum hamil. Hal-hal yang perlu dikaji meliputi menarche umur, siklus menstruasi, lama siklus menstruasi, jumlah dan lama perdarahan, adanya keluhan seperti nyeri haid (dismenore), serta tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT). Informasi ini penting untuk membantu memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan (TP).

7) **Riwayat KB**

Tujuan dari penilaian riwayat keluarga bencana adalah untuk menentukan apakah klien sebelumnya telah mengikuti program keluarga berencana, jenis kontrasepsi apa yang telah digunakan, sudah berapa lama digunakan, apakah mengalami masalah atau keluhan selama menggunakannya, dan jenis kontrasepsi apa yang akan digunakan setelah masa nifas.

8) **Pemeriksaan Fisik (*head to toe*)**

Pemeriksaan fisik ibu setelah melahirkan merupakan rangkaian evaluasi medis yang dilakukan untuk menilai kesehatan fisik, mental, dan reproduksi wanita pascapersalinan (WHO, 2024). Pemeriksaan ini meliputi aspek seperti tanda-tanda vital, keadaan payudara, proses involusi uterus, luka di perineum atau area bedah caesar, serta kondisi psikologis ibu. Tujuan dari pemeriksaan ini untuk mengidentifikasi kemungkinan komplikasi, memberikan informasi dan pendidikan, serta memastikan proses pemulihan setelah melahirkan berlangsung dengan baik (AHRQ, 2022).

9) **Pengkajian kebutuhan khusus**

Pengkajian kebutuhan khusus dilakukan untuk mengetahui apakah ibu hamil memiliki kondisi tertentu yang memerlukan perhatian atau penanganan khusus selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Hal-hal yang perlu dikaji meliputi:

10) **Kebutuhan Oksigenasi**

Apakah ibu mengalami sesak napas, batuk, atau keluhan lain terkait sistem pernapasan, terutama pada usia kehamilan lanjut.

11) **Kebutuhan Nutrisi**

Pola makan ibu sehari-hari, nafsu makan, mual muntah berlebih, berat badan sebelum dan selama kehamilan, serta asupan suplemen (zat besi, asam folat, dll).

12) **Kebutuhan Cairan dan Elektrolit**

Asupan cairan harian, adanya keluhan dehidrasi (seperti mulut kering, pusing), serta tanda-tanda ketidakseimbangan cairan (edema atau sering buang air kecil).

13) **Kebutuhan Eliminasi**

Frekuensi dan pola buang air besar dan kecil, keluhan seperti sembelit, diare, anyang-anyangan, atau infeksi saluran kemih.

14) **Kebutuhan Kenyamanan**

Gangguan tidur, nyeri (punggung, perut, kaki), posisi nyaman saat istirahat, serta keluhan lain yang mengganggu kenyamanan selama kehamilan.

15) **Pemeriksaan Fisik bayi (*Head to toe*)**

Pemeriksaan fisik bayi dilakukan secara menyeluruh dari kepala hingga kaki untuk menilai kondisi umum dan mendeteksi adanya kelainan atau tanda bahaya sejak dini.

16) **Diagnosa Keperawatan**

Masalah keperawatan yang terjadi pada pasien Pasca bedah caesar, Menurut SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- a) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)
- b) Gangguan Mobilitas Fisik b.d Kecemasan (D. 0054)
- c) Defisit Pengetahuan b.d Kurang Pengetahuan (D0111)

d) Gangguan Pola Tidur b.d Penyakit Medis (D.0055)

e) Ketidakpatuhan b.d Program Terapi (D.0114)

2. Intervensi. Keperawatan

Intervensi yang dapat di terapkan pada pasien sesuai SIKI, yakni sebagai berikut :

a. Nyeri Akut (D.0077)

Intervensi Utama : Manajemen Nyeri (1.12391)

1) Observasi

- a) Identifikasi. Nyeri, lokasi, ciri-ciri, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas.
- b) Identifikasi Skala nyeri, non verbal identifikasi Unsur penyebab dan penanggulangan nyeri.
- c) Identifikasi pemahaman dan keyakinan tentang nyeri
- d) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas Hidup
- e) Monitor efek samping penggunaan analgetik

2) Terapeutik

- a) Tawarkan metode nonfarmakologis untuk mengelola nyeri
- b) Atasi lingkungan yang memperparah ketidaknyamanan
- c) Dorong tidur dan relaksasi
- d) Saat memilih teknik penghilang rasa nyeri, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri.

3) Edukasi

- a) Jelaskan Apa yang menyebabkan, kapan dan apa yang memicu nyeri.
- b) Jelaskan metode untuk mengurangi nyeri

- c) Dorong pemantauan nyeri secara mandiri
 - d) Dorong penggunaan analgesik yang bijaksana.
 - e) Berikan pendekatan manajemen nyeri nonfarmakologis.
- 4) Kolaborasi
- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Intervensi Utama: Dukungan Mobilisasi (I.05173)

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi dan keberadaan masalah tubuh, seperti nyeri
 - b) Identifikasi toleransi mobilisasi, dan tindakan fisik.
 - c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
 - d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 2) Terapeutik
 - a) Gunakan alat bantu untuk memfasilitasi tindakan mobilisasi, (seperti tempat tidur atau pagar).
 - b) Dorong mobilisais, jika diperlukan.
 - c) Libatkan keeluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 3) Edukasi
 - a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - b) Anjurkan melakukan mobilisasi
 - c) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi)

c. Defisit pengetahuan (SDKI D.0111)

Intervensi Utama : Edukasi kesehatan (I.12383)

1) Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan Kemampuan pengetahuan
- b) Menentukan unsur-unsur yang dapat meningkatkan dan menurunkan keinginan untuk hidup bersih dan Sehat.

2) Terapeutik

- a) Menyediakan sumber dan media pendidikan kesehatan
- b) Mengatur pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

3) Edukasi

- a) Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- b) Memberikan instruksi kepada masyarakat untuk menjalani gaya hidup bersih dan sehat
- c) Memberikan teknik untuk meningkatkan perilaku bersih dan sehat

d. Gangguan pola tidur

Intervensi Utama : Dukungan Tidur (I.05174)

1) Observasi

- a) Mengenali pola aktivitas dan Tidur pasien
- b) Identifikasi faktor yang mengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

- c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
(mis:kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

2) Terapeutik

- a) Mengatur lingkungan sekitar (seperti: Pencahayaan, tingkat kebisingan, suhu, dan kasur)
- b) Mengatur batas waktu tidur sesuai, jika perlu
- c) Mempermudah menghilangkan ketegangan sebelum tidur.
- d) Menetapkan pola tidur.
- e) Menggunakan metode untuk membuat diri anda lebih nyaman. (misalnya, pijat, akupresur, pengaturan posisi, dll).
- f) Lakukan teknik untuk meningkatkan kenyamanan (seperti : pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- g) Ubah jadwal pemberian obat dan/atau aktivitas untuk mempertahankan siklus tidur-terjaga

3) Edukasi

- a) Jelaskan pentingnya memperoleh tidur cukup Saat tidur tidak cukup.
- b) Dorong kepatuhan terhadap jadwal tidur
- c) Sarankan untuk menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- d) Dorong penggunaan pil tidur yang tidak mengandung Bahan kimia penghambat tidur REM

- e) Jelaskan unsur-unsur yang menyebabkan gangguan Pada pola tidur (misalnya: psikologi, gaya hidup, dan bekerja dalam shift panjang)
- f) intruksikan relaksasi otot autogenic atau teknik nonfarmakologis lainnya

e. Kediakpatuhan

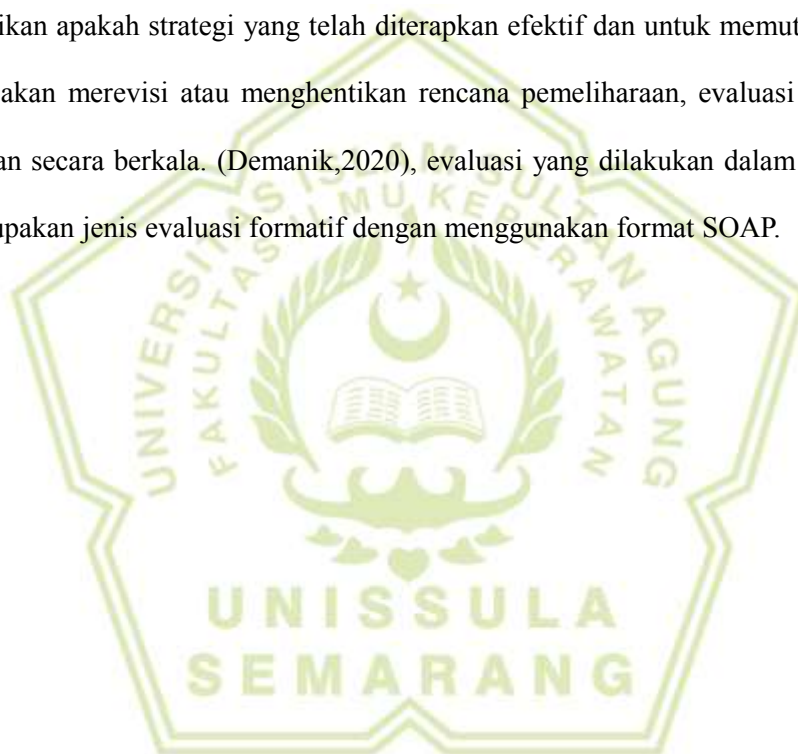
Intervensi Utama : Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)

- 1) Observasi
 - a) Tentukan kepatuhan terhadap program pengobatan
- 2) Terapeutik
 - a) Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik
 - b) Tetapkan jadwal dukungan keluarga untuk Mendampingi pasien secara bergantian selama program pengobatan
 - c) catat aktivitas selama proses pengobatan
 - d) Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan
 - e) Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani
- 3) Edukasi
 - a) Berikan informasi tentang program pengobatan yang diperlukan.
 - b) Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan

- c) Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu

3. Evaluasi

Pelaksanaan evaluasi melibatkan penilaian reaksi pasien terhadap pengobatan dan mengevaluasi perawatan yang diberikan berdasarkan indikasi yang menunjukkan apakah tujuan layanan kesehatan telah terpenuhi. untuk memastikan apakah strategi yang telah diterapkan efektif dan untuk memutuskan apakah akan merevisi atau menghentikan rencana pemeliharaan, evaluasi harus dilakukan secara berkala. (Demanik,2020), evaluasi yang dilakukan dalam kasus ini merupakan jenis evaluasi formatif dengan menggunakan format SOAP.



BAB III

METODE PENULISAN

A. Rancangan Studi Kasus

Metode yang digunakan penulis dalam membuat karya ilmiah ini adalah studi kasus deskriptif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk membahas penanganan nyeri pada ibu yang menjalani operasi caesar.. Intervensi yang diberikan berupa terapi relaksasi benson dan terapi relaksasi murotal Surat Ar- Rahman sebagai upaya nonfarmakologis dalam mengurangi intensitas nyeri. Studi ini dilakukan untuk menilai efektifitas kombinasi terapi tersebut dalam membantu menurunkan tingkat nyeri yang dialami pasien setelah tindakan operasi.

B. Subyek Studi Kasus

Dua orang ibu pasca operasi caesar yang mengalami masalah nyeri berat diberikan asuhan keperawatan oleh penulis dalam studi kasus ini di Rumah Sakit Islam Sultan Agung. Rasa nyeri yang dialami keduanya merupakan dampak dari prosedur pembedahan, sehingga menjadi fokus dalam proses pengkajian dan penanganan keperawatan.

C. Fokus Studi

Studi ini berfokus pada penerapan terapi relaksasi Benson dan murotal Surat Ar-Rahman sebagai intervensi untuk membantu mengurangi skala nyeri pada ibu post operasi sectio caesarea yang mengalami gangguan nyeri akut.

D. Definisi Operasional

Penerapan teknik keperawatan

1. Konseling relaksasi Benson merupakan metode relaksasi yang bertujuan untuk mengurangi stres dan nyeri dengan cara menenangkan pikiran melalui pengucapan istighfar, sambil mengatur pola napas secara perlahan dan

teratur. Teknik ini dilakukan dalam posisi yang nyaman, dengan mata terpejam, sambil memusatkan perhatian pada pengucapan istighfar dan mengatur nafas selama kurang lebih 10-20 menit. Kondisi ini membantu tubuh menjadi rileks dan dapat menurunkan skala nyeri yang dirasakan pasien.

2. Terapi Murotal Surat Ar- Rahman adalah bentuk terapi yang menggunakan lantunan ayat suci Al-Qur'an, khususnya Surat Ar-Rahman, sebagai sarana menenangkan jiwa dan pikiran. Terapi ini dilakukan dengan mendengarkan murotal dalam suasana tenang selama 15-30 Menit untuk menciptakan efek relaksasi secara psikologis dan spiritual. Dampaknya dapat mempengaruhi bagian otak yang mengatur emosi dan nyeri, sehingga membantu mengurangi skala nyeri yang dirasakan pasien.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini disusun untuk memperoleh data yang menyeluruh dari pasien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan tiga pendekatan, yaitu:

1. Wawancara

Pengumpulan informasi langsung dari pasien dilakukan melalui prosedur wawancara terkait data identitas, keluhan utama, riwayat kehamilan dan persalinan, pengalaman nyeri yang dirasakan, serta pemahaman mengenai terapi yang akan diberikan. Proses ini dilakukan secara komunikatif dan empatik agar pasien merasa nyaman saat berbagi informasi.

2. Observasi

Observasi dilakukan untuk memantau respon fisik dan emosional pasien terhadap nyeri yang dialami, seperti ekspresi wajah, gerakan tubuh, dan

perilaku selama serta setelah intervensi diberikan. Skala nyeri diukur dengan alat bantu Numerical Rating Scale (NRS) sebelum dan setelah penerapan terapi relaksasi Benson dan murottal Surat Ar-Rahman guna melihat perubahan yang terjadi.

3. Dokumentasi Medis

Data tampahan diperoleh dari rekam medis pasien, yang mencakup riwayat penyakit, diagnosa medis, hasil pemeriksaan penunjang, serta tindakan medis yang telah diberikan sebelumnya. Informasi ini berguna untuk menunjang akurasi data dan memperkuat diagnosa keperawatan yang ditegakkan selama studi berlangsung.

F. Tempat dan waktu

Penulis menerapkan terapi pada hari sabtu-senin tanggal 15-17 Februari 2025 di ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

G. Metode Pengumpulan data

Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah penyusunan laporan asuhan keperawatan selama tiga hari, berdasarkan data yang diperoleh melalui wawancara langsung dengan pasien sebagai bagian dari proses pengumpulan informasi dalam pelaksanaan terapi relaksasi Beson dan Murotal Surat Ar-Rahman. Langkah-langkah yang dilakukan penulis untuk memperoleh data dimulai dengan:

1. Prosedur administratif

- a. Sesuai dengan petunjuk dari pusat pelatihan RSI SultanAgung Semarang, mengajukan surat izin studi kasus di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang disertai dengan surat permohonan resmi dari Fakultas Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

- b. Setelah mendapatkan surat izin dari bagian Diklat RSI Sultan Agung Semarang penulis diminta untuk menemui bagian litbang untuk memberikan penjelasan tentang prosedur serta standar etik dalam pengambilan kasus.
- c. Setelah surat izin sudah dikeluarkan dari bagian litbang, penulis langsung ke Ruang VK untuk mengajukan surat permohonan studi kasus yang akan dilakukan kurang lebih selama 3 hari
- d. Setelah mendapatkan izin dari VK RSI Sultan Agung Semarang, penulis dipersilahkan memilih pasien sesuai dengan kriteria judul yang telah diajukan kepada dosen pembimbing sebelumnya yaitu pasien ibu post *sectio caesarea* diruang VK RSI Sultan Agung Semarang.

2. Prosedur Teknis

a. Tahap Persiapan

- 1) Menentukan subjek studi kasus pada kedua pasien post operasi *sectio caesarea* yang dirawat di ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Kedua pasien tersebut, yakni Ny. A dan Ny. S, menjadi fokus dalam penerapan asuhan keperawatan untuk menangani nyeri akut melalui intervensi terapi relaksasi Benson dan murotal Surat Ar-Rahman.
- 2) Mengumpulkan data melalui rekam medis pasien terlebih dahulu untuk memperoleh informasi terkait riwayat medis, diagnosa serta tindakan medis yang telah dilakukan sebelumnya.

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Sebelum menggunakan pasien sebagai subjek studi kasus, peneliti meminta izin setelah dibeikan izin peneliti melakukan edukasi kepada Ny. A dan Ny. S mengenai latar belakang, tujuan yang ingin dicapai, serta

tahapan-tahapan intervensi keperawatan yang akan dilakukan selama pelaksanaan studi kasus berlangsung.

- 2) Lalu peneliti membuat perjanjian waktu dan lokasi dengan pasien dan keluarga pasien sebelum melakukan wawancara. Peneliti memberitahu pasien bahwa ia akan memberikan terapi relaksasi Benson dan relaksasi murotal Surat Ar-Rahman guna untuk menurunkan nyeri yang pasien rasakan setelah melakukan operasi *sectio caesarea*.
- 3) Setelah kontrak waktu dan tempat, peneliti langsung melakukan proses pengambilan data dengan teknik informed consent dari para responden, untuk memastikan bahwa mereka melakukannya secara sadar dan sukarela.
- 4) Pelaksanaan awal peneliti melakukan pretest untuk mengukur skala nyeri menggunakan Numerical Rating Scale (NRS), yang dilakukan untuk mengetahui skala nyeri yang dialami responden
- 5) Setelah tingkat nyeri responden diidentifikasi melalui pretest menggunakan Numerical Rating Scale (NRS), tahap selanjutnya adalah pelaksanaan intervensi berupa terapi relaksasi Benson dan murotal Surat Ar-Rahman. Intervensi ini diberikan sebanyak tiga sesi, dengan pelaksanaan sebagai berikut : pada hari pertama dilakukan pengukuran awal, dilanjutkan dengan pemberian terapi kemudian dilakukan evaluasi. Sedangkan pada hari kedua dan ketiga, terapi dilaksanakan dengan prosedur yang sama untuk menjaga konsistensi pelaksanaan intervensi.

H. Analisis Data

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada dua pasien post operasi *sectio caesarea* di ruang VK RSI Sultan Agung Semarang, ditemukan adanya masalah keperawatan berupa nyeri akut yang muncul setelah tindakan pembedahan.

Secara subjektif, kedua pasien menyampaikan bahwa mereka merasakan nyeri di area luka bekas operasi, terutama saat melakukan aktivitas seperti bergerak, batuk, atau menyusui. Rasa nyeri yang dirasakan juga mempengaruhi kualitas istirahat pasien, serta menimbulkan ketidaknyamanan dan kecemasan.

Secara objektif, hasil pengukuran menggunakan Numerical Rating Scale (NRS) Menunjukkan : Ny. S dan Ny.A memiliki angka skala nyeri sebesar 7. Tampak respon pasien berupa ekspresi tidak nyaman, gerakan tubuh terbatas, serta kecenderungan memegang perut untuk meredakan nyeri. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal, namun peningkatan frekuensi nadi menjadi salah satu indikator adanya nyeri. Sebagai intervensi, dilakukan pemberian terapi relaksasi Benson dan terapi murottal Surat Ar-Rahman, yang bertujuan untuk membantu menurunkan skala nyeri secara nonfarmakologis. Evaluasi dilakukan setiap hari untuk menilai hasil dari tindakan tersebut.

I. Etika Studi Kasus

Salah satu aspek penting yang perlu diperhatikan dalam penulisan karya ilmiah adalah penerapan etika keilmuan, sebagaimana ditegaskan oleh (Wiradi et al., 2020), berikut beberapa aspek yang diperhatikan penulis pada karya tulis ilmiah ini:

1. *Ethical Clearance* (Persetujuan Etik)

Sebelum memulai kegiatan studi kasus, penulis telah memperoleh izin etik dari komite Etik Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA

sebagai bentuk pemenuhan terhadap standar etika penelitian dalam bidang keperawatan.

2. *Informed Consent*

Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan rinci kepada responden mengenai maksud, prosedur, manfaat, serta potensi risiko dari kegiatan studi kasus. Setelah seuruh informasi diterima dan dipahami, respon secara sukarela memberikan persetujuan melalui penandatanganan informed consent.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus Pasien I

1. Hasil Studi Kasus Pasien I

Dalam laporan studi kasus ini, penulis menguraikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien ibu post *sectio caesarea* yang mengalami masalah keperawatan berupa nyeri akut dan dirawat di ruang VK RSI Sultan Agung Semarang. Proses asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari, terhitung sejak tanggal 15- 17 Februari 2025. Selama pelaksanaan studi, penulis menjalankan tahapan keperawatan meliputi pengkajian, penentuan diagnosa, analisis data, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Intervensi yang diberikan dalam studi ini berupa terapi relaksasi Benson dan murottal Surat Ar-Rahman yang bertujuan untuk membantu menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien.

a. Pengkajian

1) Identitas Klien

Klien bernama Ny. S berusia 26 tahun. Klien berjenis kelamin perempuan, alamat rumah Jl. Genuksari 06/01 Genuksari Genuk Semarang, klien beragama Islam, klien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, diagnosa masuk P1A0 dengan Fetal Compromise, Preeklamsia.

2) Status Obsetri

Seorang klien dengan riwayat P1A0 menjalani persalinan pertamanya melalui operasi sesar, bayi yang dilahirkan memiliki berat 2.800 gram lahir dalam keadaan sehat, langsung menangis dengan kuat, dan tidak

ditemukan adanya komplikasi selama masa nifas pada hari pertama setelah persalinan.

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi *sectio caesarea*, klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, nyeri secara tiba-tiba dengan frekuensi waktu ± 18 detik.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi *sectio caesarea*, klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, nyeri muncul secara tiba-tiba, hilang timbul selama ± 18 detik dengan skala nyeri 7, saat bergerak nyeri terasa, membuat klien merasa tidak nyaman. Klien mengeluh air asi yang keluar hanya sedikit, masih terasa awam untuk merawat bayinya, pasien masih takut untuk bergerak dan pasien mengeluh sulit tidur.

d. Masalah Kehamilan

Klien mengatakan ini adalah kehamilan pertama dan pertama kali menjalani operasi *sectio caesarea*, selama kehamilan klien mengalami mual, muntah di trimester pertama, sulit tidur di trimester ketiga, klien selalu rutin memeriksa kehamilannya di bidan atau puskesmas terdekat.

e. Riwayat Menstruasi

Pasien mengatakan siklus menstruasi tidak teratur kadang maju 2 hari/mundur 2-3 hari dengan lama menstruasi 5-7 hari dan menarche pada umur 15 tahun, pasien mengatakan sering mengalami nyeri saat haid dan darah yang keluar cukup banyak pada hari pertama sampai hari ketiga, cara mengatasinya dengan cara kompres hangat pada bagian perut.

f. Riwayat KB

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi, tetapi setelah masa nifas berencana menggunakan alat kontrasepsi suntik untuk menunda atau menjeda kehamilan selanjutnya.

g. Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

- 1) Tanda-tanda vital :
 - a) Tekanan Darah : 119/79 mmhg
 - b) Nadi : 68x/menit
 - c) Suhu : 36C
 - d) Respirasi : 22x/menit
- 2) Keadaan umum : Sedikit lemas
- 3) Kepala, leher : Kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak ada benjolan abnormal, leher tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri telan, tidak ada lesi
- 4) Thorak :
 - a) Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan abnormal
 - b) Palpasi : Normal, Respirasi 20x/ menit
 - c) Auskultasi : Vesikuler
 - d) Perkusi : Tidak ada nyeri tekan
- 5) Payudara :
 - a) Inspeksi : Simetris payudara kanan dan kiri, tidak ada kemerahan atau bengkak, tidak ada lesi, tidak ada retraksi, tidak ada benjolan abnormal.

- b) Palpasi : teraba lembut, tidak teraba adanya benjolan dan tidak ada nyeri tekan
- c) Colostrum : ASI keluar tetapi sedikit, warna kuning keemasan, kental dan lengket
- 6) Abdomen :
- a) Keadaan : lembek, tidak distensi, tidak ada nyeri berlebihan saat ditekan
- b) Diastasis rectus abdomen : terdapat diastasis rectus abdomen 2cm
- c) Fundus uteri :
- (1) Tinggi : 28 cm
- (2) Posisi : diatas pusar
- (3) Kontraksi : Fundus uterus keras saat dipalpasi
- 7) Lokia :
- a) Jumlah : +- 40ml/hari
- b) Warna : merah segar
- c) Konsistensi : cair, kental
- d) Bau : khas
- 8) Perineum :
- a) Keadaan : utuh
- b) Tanda REEDA : tidak ada kemerahan, tidak bengkak, tidak ada perdarahan
- c) Kebersihan : bersih, tidak ada tanda infeksi, bau khas
- d) Hemorhaid : tidak ada

- 9) Eliminasi :
- a) Kesulitan BAK : klien terpasang kateter, warna kuning, bau khas, frekuensi +- 2000ml/hari.
 - b) Kesulitan BAB : klien mengatakan sulit untuk BAB
 - c) Distensi VU : tidak ada
- 10) Ekstremitas :
- a) Varises : tidak ada
 - b) Tanda homan's : negatif

h. Pengkajian kebutuhan khusus

- 1) Oksigen
- Klien tidak mengalami sesak nafas, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, masih sedikit lemas dan pusing, Respirasi 20x/menit.
- 2) Nutrisi
- Klien mengatakan makan-makanan bergizi seperti sayuran, nasi, daging, buah, jumlah makanan 3x1/hari, tidak ada gangguan pada nafsu makan.
- 3) Cairan
- Klien mengatakan selalu mengkonsumsi air putih dengan jumlah 8-12 gelas.
- 4) Eliminasi
- a) Klien tidak mengalami keingit berlebihan
 - b) Klien menggunakan kateter
 - c) Klien menggunakan kateter
 - d) Klien mengatakan belum mau BAB
 - e) Klien mengeluh belum BAB

5) Kenyamanan

Klien mengatakan kurang nyaman akibat nyeri luka post *sectio caesarea* dan istirahat jadi tidak cukup.

i. Pemeriksaan Fisik Bayi (*Head to toe*)

- 1) Kepala bentuk simetris, ubun-ubun lunak, tidak cekung, lingkaran kepala 31cm.
- 2) Mata simetris, jernih, reflek pupil positif, bersih.
- 3) Telinga simetris, merespons suara dengan baik, bersih
- 4) Hidung bentuk normal, tidak ada sekret / sumbatan, pernafasan lancar, bersih.
- 5) Mulut, bibir tampak merah muda, reflek hisap dan menelan baik.
- 6) Leher tidak kaku, tidak ada benjolan abnormal.
- 7) Dada dan paru-paru : bentuk simetris, respirasi 45x/menit, lingkaran dada 32cm.
- 8) Jantung frekuensi : 120x/menit
- 9) Perut : lembut, tidak kembung, tidak ada distensi, tali pusat bersih, lingkaran perut 31cm.
- 10) Genitalia : laki-laki, bersih, skrotum normal.
- 11) Ekstremitas : simetris, gerakan aktif, reflek genggam ada.
- 12) Kulit : warna merah muda.
- 13) Berat Badan : 2.800 gram,
- 14) panjang badan : 50 cm,
- 15) Lila : 11cm.

j. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan : 15 - 02 - 2025 07:46

Tanggal Sampling : 15 - 02 - 2025 07:43

Waktu Cetak : 15 - 02 - 2025 08:11

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien Ny. S

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	12.7	11.7-15.5	g/dL	Sesuai SADT
Hematokrit	35.9	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 21.91	3.60-11.00	Ribu/UL	
Trombosit	241	150-440	Ribu/UL	
Golongan Darah/Rh	O/positif			
IMUNOLOGI				
HBSAg (kualitatif)	Non Reaktif	Non-Reaktif		
URINALISA				
Urin lengkap				
Warna	Kuning			
Kejernihan	Jernih	Jernih		
Protein	Trsce	Negatif	mg/dL	
Reduksi	Neg	Negatif	mg/dL	
Bilirubin	Neg	Negatif	mg/dL	
Reaksi/pH	b.5	4.8-7.4		
Urobilinogen	Normal	Negatif	mg/dL	
Benda keton	Negatif	Negatif	mg/dL	
Nitrit	Negatif	Negatif		
Berat jenis	Negatif	Negatif		
Darah (blood)	I.015	I.015-I.025		
leukosit	Neg	Negatif	Eri/UL	
	Neg	Negatif	Leu/UL	

k. Terapi Obat

- 1) Infus RL 20 tpm
- 2) Ketorolac 30mg
- 3) Cefozolin 2g

l. Oral

- 1) Cefadroxyl 3x1 hari
- 2) Metergin 3x1 Hari
- 3) Fermia 3x1 Hari
- 4) Dompodone 3x2 Hari

m. Diit

Nasi Tim 3x1 hari

2. Analisa Data

Hasil pengkajian pada tanggal 15 Febuari 2025 pukul 12.00 WIB didapatkan data subyektif yang pertama yaitu klien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi SC, klien megatakan hilang timbul dan nyeri terasa saat bergerak dengan skala nyeri 7, nyeri terasa seperti cekit-cekit pada bagian luka operasi, sedangkan data objektfnnya klien tampak meringis, merintih kesakitan, sulit tidur, dengan tekanan darah 119/79mmHg, nadi 68x/menit, suhu 36,3C dan respirasi 22x/menit. Data yang diperoleh diatas penlis menegakan diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Kemudian data fokus yang kedua didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan klien merasa cemas bila badannya bergerak takut mengganggu proses penyembuhan luka operasi SC dan klien mengatakn nyeri bertambah saat bergerak. Sedangkan data objektif klien tampak meringis, tampak lemah, tampak sulit untuk berpindah tempat. Dari data yang diperoleh diatas penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilita fisik berhubungan dengan kecemasan.

Data fokus yang ketiga didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan bingung karna asi yang keluar belum banyak, klien khawatir jika bayinya kurang nutrisi dan klien bertanya bagaimana cara agar asinya lancar. Pada data objekti didapatkan klien tampak Tegan dan gelisah, tekanan darah 119/79 mmHg, nadi 68x/menit, suhu 36,3C respirasi 22x/menit dan SpO2 99%. Dari data yang diperoleh diats penulis menegakkan diagnose deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan.

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis

- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Kecemasan
- c. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Pengetahuan

4. Intervensi

Diagnosa keperawatan yang pertama Pada hari sabtu tanggal 15 Februari 2025 pukul 13.00 WIB yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan setelah perawatan dilakukan selama 3 hari per tujuh jam, diperkirakan derajat nyeri berkurang sesuai dengan kriteria hasil keluhan nyeri, meringis, gelisah, sulit tidur dan pola tidur yang membaik. Tindakan yang akan diberikan untuk manajemen nyeri yaitu observasi, identifikasi faktor yang memperberat dan meredakan nyeri dan pemeriksaan TTV rutin, kemudian terapi dengan menggunakan relaksasi Benson dan relaksasi murottal Ar-Rahman. Kemudian edukasi menjelaskan strategimenghilangkan nyeri dengan menggunakan Teknik nonfarmakologi.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan Sasaran dan kriteria hasil adalah mobilitas fisik akan meningkat setelah intervensi tiga kali tujuh jam, dengan hasil : nyeri berkurang, dan kelemahan fisik berkurang. Bantuan mobilitas dengan observasi untuk mendeteksi nyeri atau keluhan fisik lainnya, memantau tekanan darah dan denyut jantung sebelum mobilisasi, dan pemantauan kondisi umum selama smobilisasi adalah intervensi yang akan diberikan. Terapeutik yang diberikan yaitu fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan baik, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi yang diberikan yaitu jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan anjurkan moblisasi sederhana misalnya duduk ditempat tidur.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kecemasan. Setelah intervensi keperawatan selama tiga hingga tujuh jam, tujuan dan kriteria hasil adalah sebagai berikut: minat verbal dalam pembelajaran meningkat, Tingkat pengetahuan meningkat, dan kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, jumlah pertanyaan yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi cenderung menurun, dan peningkatan perilaku. Pendidikan Kesehatan beserta observasi kesiapan dan kapasitas penerimaan informasi akan menjadi intervensi. Terapi menawarkan sumber daya, media dan kemungkinan tanya jawab untuk Pendidikan Kesehatan. Pendidikan memberikan informasi tentang faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan serta Teknik untuk meningkatkan pilihan gaya hidup bersih dan sehat.

5. Implementasi

Hari minggu, 15 Februari 2025 pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi hari pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan memonitor TTV. Didapatkan data subjektif dari klien yakni klien mengatakan nyeri dibagian luka post operasi section caesarea, dengan skala nyeri 7, nyeri terasa saat bergerak, nyeri terasa ceket-cekik dan hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis, merintih kesakitan, sulit tidur, tampak lelah tekanan darah 119/79 mmHg, nadai 68x/menit, suhu 36,3 C, respirasi 22x/menit, dan SpO2 99%. Selanjutnya pada pukul 10.15 WIB dilakukan implementasi yang kedua yaitu mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Didapatkan data subjektif dari klien yakni klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan belum tau cara untuk mengatasi nyeri selain menggunakan obat yang diberikan oleh perawat, dengan data objektif klien tampak kesakitan dan

bertanya cara mengatasi nyeri. Selanjutnya pukul 10.30 WIB dilakukan implementasi yang ketiga yaitu mengajarkan Teknik relaksasi Benson. Data subjektif yang didapatkan dari pasien yakni pasien mengatakan teknik yang diajarkan sangat membantu untuk meredakan nyeri dan data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak mempraktekan dan sedikit meredakan nyeri yang dirasakan pasien. Selanjutnya pukul 10.50 WIB melakukan implementasi yaitu menganjurkan pasien untuk menggunakan Teknik relaksasi murottal Surat Ar-Rahman, dengan data subjektif pasien mengatakan cukup tenang setelah menggunakan teknik relaksasi murottal surat Ar-Rahman, nyeri sedikit teralihkan dan data objektif yang didapatkan yakni pasien tampak tenang dan mampu untuk mengatasi nyeri yang ia rasakan.

Pada pukul 11.20 WIB penulis melakukan implementasi diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan, lalu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan data subjektif yang didapatkan yakni klien mengatakan sulit untuk miring kanan dan kiri dan duduk, klien mengatakan cemas bila ingin bergerak karena takut mengganggu proses penyembuhan luka post operasi SC dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak sulit menggerakkan ekstremitas bawah, tampak meringis dan tampak lemah. Pada pukul 13.00 WIB penulis melakukan TTV pasien dan data objektif yang didapatkan yaitu tekanan darah 121/80 mmHg, nadi 70x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,3C, dan SpO2 99%. Pukul 13.10 melakukan implementasi menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan menganjurkan mobilisasi dini, data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan klien mengatakan bersedia untuk melakukan mobilisasi dan data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak kooperatif. Pada pukul 13.12 WIB melakukan implementasi memfasilitasi alat bantu yaitu

pagar tempat tidur, data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan bersedia menguah posisinya dan data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak merubah posisinya. Pada pukul 13.15 WIB melakukan implementasi melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, dengan data subjektif yang didapatkan yaitu keluarga klien mengatakan siap membantu pasien agar cepat pulih dan data objektif yang didapatkan yaitu keluarga pasien tampak bersedia membantu proses penyembuhan klien.

Pada pukul 13.20 penulis melakukan implementasi dengan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan, lalu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi pasien. Data subjektif yang di dapatkan yakni klien mengatakan siap untuk menerima informasi dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak siap menerima informasi dari perawat. Lalu perawat memberikan edukasi dan melakukan teknik breast care. Data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan paham dengan edukasi yang diberikan perawat dan klien tampak mempraktekan teknik breast care yang perawat ajarkan.

Implementasi hari kedua pada tanggal 16 Februari 2025 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada pukul 09.00 WIB penulis mengidentifikasi lokasi, karakteristik, duras frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan mengecek TTV pada pasien. Data subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengatakan nyeri saat bergerak, nyeri terasa ceket-cekik di bagian luka operasi SC, skala nyeri 7 dan nyeri hilang timbul. Dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis tekanan darah 120/85 mmHg, nadi 83x/menit, suhu 36,5°C, respirasi 20x/menit dan SpO2 99%. Pada pukul 09.10 WIB implementasi mengidentifikasi factor yang memperberat

dan memperingan nyeri. Data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan masih nyer saat ingin duduk dan data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak meringis dan merintih kesakitan.

Pada pukul 09.20 WIB dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan implementasi yang dilakukan penulis, yaitu menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi sederhana dengan duduk ditempat tidur dan melibatkan keluarga untuk membantu kelancaran mobilisasi. Respon subjektif klien mengatakan mau menerima ajuran dari perawat untuk melakukan duduk ditempat tidur dan keluarga klien bersedia untuk membantu proses mobilisasi klien.

Pada pukul 09.21 WIB dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis penulis melakukan implementasi relaksasi Benson dengan respon subjektif klien mengatakan nyeri berkurang dan teralihkan setelah melakukan teknik relaksasi benison dan data objektif yang didapatkan klien tampak rileks dan tenang setelah melakukan relaksasi benson. Selanjutnya mengecek TTV dengan hasil data objektif yang didapatkan tekanan darah 118/8 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5 C, respirasi 20x/menit dan SpO2 99%.

Pada pukul 11.10 dengan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan, penulis akan melakukan implementasi mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan respon subjektif klien mengatakan mampu menerima informasi yang akan diberikan perawat dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak siap untuk menerima informasi dari perawat. Selanjutnya memberikan edukasi klien cara untuk merawat bayi dan cara menyusui bayi dengan baik dan benar, repon subjektif yang didapatkan klien tampak paham dengan edukasi yang diberikan

oleh perawat dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak paham dengan edukasi yang diberikan.

Hari senin 17 Februari 2025 dilakukan implementasi hari ketiga dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yaitu melakukan implementasi pada pukul 09.00 WIB mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan mengecek TTV dengan respon subjektif yang didapatkan klien masih merasakan nyeri pada bagian luka post operasi SC, nyeri terasa ceket-cekit dengan skala nyeri 7 hilang timbul dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis, dengan tekanan darah 21/80 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36,3 C, respirasi 20x/menit dan SpO2 99%. Selanjutnya mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri respon subjektif yang didapatkan klien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat ingin duduk, klien mengatasi nyeri dengan cara melakukan teknik relaksasi benson . respon objektif yang didapat yaitu pasien tampak rileks dan mempraktekan teknik relaksasi benson.

Pada pukul 10.00 WIB dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan melakukan implementasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya respon subjektif klien mengatakan tidak ada nyeri selain pada bagian luka operasinya dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak menunjuk bagian yang nyeri. Selanjutnya melakukan implementasi yaitu memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu menggunakan pagar tempat tidur dan melibatkan keluarga untuk membantu kelancaran proses mobilisasi respon subjektif klien dan keluarga klien siap untuk melakukan mobilisasi dan data objektif yang didapatkan yaitu klien dan keluarga klien tampak bersedia dan siap untuk membantu kelancaran mobilisasi.

Selanjutnya menganjurkan klien untuk duduk ditempat tidur respon klien mengatakan akan berusaha melakukan duduk ditempat tidur dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak duduk ditempat tidur dibantu oleh keluarganya.

Pada pukul 11.00 WIB dengan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan implementasi yang dilakukan yaitu memberikan kesempatan pasien untuk bertanya respon klien mengatakan sudah cukup tau setelah diedukasi oleh perawat secara terus menerus. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak paham setelah sering diedukasi.

6. Evaluasi

Hari sabtu 15 Februari 2025 pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi hari pertama dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan respon klien mengatakan nyeri terasa pada bagian luka post operasi SC, nyeri terasa ceket ceket pada bagian luka skala nyeri 7 hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak meringis, merintih kesakitan, sulit tidur, tampak lelah, didapatkan tekanan darah 119/79 mmHg, nadi 68x/menit, suhu 36,3C, respirasi 22x/menit, SpO2 99%. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dan berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Selanjutnya evaluasi yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon klien mengatakan sulit untuk miring kanan kiri dan duduk, klien mengatakan cemas bila badannya digerakkan karena takut mengganggu proses penyembuhan

luka post operasi SC, data objektif klien tampak sulit menggerakkan ekstremitas bawah, tamak meringis, tampak lemah. Analisa data masala belum teratasi lanjutkan intervensi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi aktiitas mobilisasi dengan alat bantu, libatkan keluarga utntuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Selanjutnya evaluasi yang ketiga defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon klien mengatakan sebelumnya kurang mengetahui bagaimana cara agar memperlancar asi, data objektif klien tampak siap menerima informasi yang akan disampaikan peneliti. Analisa data masalah belum teratasi lanjutka intervensi identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dan sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.

Hari minggu tanggal 16 Februari 2025 dilakukan eveluasi hari kedua dengan diagnosa nyei akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan repon klien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi SC, nyeri bertambah saat saat bergerak dengan skala nyeri 7 hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yakni klien tampak meringis dengan tekanan darah 120/85 mmHg, nadi 83x/menit, suhu 36,5 C, respirasi 20x/menit dan SpO2 99% . Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan itervensi identifikasi lokasi nyeri, karakteritik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, identifikasi skala nyer dan monitor TTV klien.

Selanjutnya evaluasi yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon klien menerima anjuran dari perawat untuk melakukan mobilisasi sederhana yaitu dengan duduk ditempat tidur dan keluarga klien membantu proses mobilisasi

klien. Analisa data masalah klien belum teratasi lanjutkan intervensi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan fasilitasi aktivitas mobilitasi dengan alat bantu seperti pagar tempat tidur.

Selanjutnya evaluasi yang ketiga defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon klien mengatakan paham dengan edukasi yang diberikan oleh penulis. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak paham dengan edukasi yang diberikan penulis. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan intervensi identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Pada hari senin tanggal 17 Februari 2025 dilakukan evaluasi hari ketiga dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis respon klien mengatakan masih merasakan nyeri, nyeri bertambah saat klien duduk dengan skala nyeri 7 hilang timbul, klien mengatakan cara mengatasi nyeri dengan melakukan relaksasi benson. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis dan merantih kesakitan dengan tekanan darah 121/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,3 C, SpO2 99%. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan intervensi identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, identifikasi skala nyeri dan monitor TTV klien.

Selanjutnya evaluasi yang kedua yaitu gangguan mobilitasi fisik berhubungan dengan kecemasan pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon klien mengatakan sudah bisa duduk ditempat tidur walau masih merasakan nyeri. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak tenang. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan intervensi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan fasilitasi aktivitas mobilitasi dengan alat bantu.

Selanjutnya evaluasi hari ketiga yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan respon subjektif klien mengatakan klien tampak sudah paham setelah sering diedukasi oleh penulis secara terus menerus. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak paham setelah sering diedukasi oleh penulis. Analisa data masalah sudah teratasi intervensi dihentikan.

B. Hasil Studi Kasus Pasien 2

Dalam laporan studi kasus ini, penulis menguraikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien ibu post sectio caesarea yang mengalami masalah keperawatan berupa nyeri akut dan dirawat di ruang VK RSI Sultan Agung Semarang. Proses asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari, terhitung sejak tanggal 15- 17 Februari 2025. Selama pelaksanaan studi, penulis menjalankan tahapan keperawatan meliputi pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, analisis data, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Intervensi yang diberikan dalam studi ini berupa terapi relaksasi Benson dan murottal Surat Ar-Rahman yang bertujuan untuk membantu menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien.

1. Hasil Studi Kasus Pasien II

n. Pengkajian

1) Identitas pasien

Klien berinisial Ny. A berusia 30 tahun. Klien berjenis kelamin perempuan, alamat rumah Jl. Magesen Poncol No.37-A/15 RT.08/RW.06 Purwosari Semarang Utara, klien beragama Islam, klien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, Diagnosa masuk P3A0 hamil 36 minggu 5 hari dengan KPD (Ketuban Pecah Dini).

2) Status Obstetric

Klien P3A0 Klien sedang menjalani kehamilan ketiga, dengan dua kali persalinan normal/spontan. Pada kehamilan ini, klien menjalani persalinan secara *sectio caesarea* karena indikasi medis. Bayi lahir dengan berat badan 2.500 gram, dalam kondisi sehat, menangis kuat dan tidak ditemukan adanya komplikasi selama masa nifas hari pertama.

o. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut tengah setelah operasi *sectio caesarea*, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, nyeri tidak menyebar hanya dibagian operasi, skala nyeri 7, nyeri secara tiba-tiba, hilang timbul, frekuensi waktu nyeri +/- 15 detik.

p. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan nyeri pada bagian post operasi *sectio caesarea* nyeri terasa seperti disayat-sayat, muncul tiba-tiba, hilang timbul setia +/- 15 detik, dengan skala nyeri 7. Pasien juga mengeluh sedikit rasa idak nyaman saat bergerak. Tidak ada tanda-tanda perdarahan aktif pada luka operasi, pasien masih merasa lemas dan mengeluh sulit tidur.

q. Masalah Kehamilan

Klien mengatakan ini adalah kehamilan anak ketiga dan pertama kali menjalani persalinan dengan tindakan *sectio caesarea*. Pada kehamilan sebelumnya klien melahirkan secara normal tanpa komplikasi. Saat awal kehamilan ini.

r. Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan siklus menstruasi tidak teratur terkadang maju 1-3 hari/ mundur 1-3 hari, lama menstruasi 5-7 hari, menarche umur 12 tahun. Klien mengatakan sering mengalami nyeri haid dan darah yang keluar cukup banyak pada hari pertama dan kedua, cara mengatasinya dengan cara kompres hangat pada perut.

s. Riwayat KB

Klien menggunakan alat kontrasepsi jenis suntik, selama 3 bulan sekali selalu kontrol, lama penggunaan KB tersebut satu tahun. Selama pemakaian, klien mengalami menstruasi tidak teratur karena menggunakan alat kontrasepsi tersebut, namun klien hanya membiarkan karena merasa itu normal dan akan membaik seiringnya waktu.

t. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan Darah : 106/68 mmHg

b) Nadi : 71x/menit

c) Suhu : 36,3 C

d) Respirasi : 22x/menit

2) Keadaan Umum : Composmentis

3) Kepala, leher :

kulit kepala bersih, tidak ada luka atau infeksi, rambut hitam, leher tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri telan, tidak ada luka.

4) Thorak :

- a) Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada kelainan
- b) Palpasi : normal, respirasi 20x/menit, tidak ada sesak nafas
- c) Auskultasi : vesikuler
- d) Perkusi : tidak ada nyeri tekan\

5) Payudara :

- a) Inspeksi : simetris payudara kanan dan kiri, tidak ada kemerahan atau bengkak, tidak ada lesi, tidak retraksi, tidak ada benjolan abnormal
- b) Palpas : teraba lembut, tidak teraba adanya benjolan dan tidak ada nyeri tekan
- c) Colostrum : ASI keluar dengan lancar, warna kuning keemasan, kental dan lengket, tidak terdapat sumbatan pada asi.

6) Abdomen :

- a) Keadaan : lembek, tidak distresi, tidak ada nyeri berlebihan saat ditekan.
- b) Diastasis rectus abdomen : terdapat diastasis rectus abdomen 2cm
- c) Fundus Uteri :
 - (1) Tinggi : 20cm
 - (2) Posisi : diatas tali pusar, berada ditengah

(3) Kontraksi : fundus uteri terasa keras saat dipalpasi

7) Lokia :

- b) Jumlah : $\pm$ 30-50ml/hari
- c) Posisi : diatas pusar berada ditengah
- d) Konsistensi : cair kental
- e) Bau : khas

8) Perineum :

- a) Keadaan : utuh
- b) Tanda REEDA : tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada perdarahan
- c) Kebersihan : bersih, tidak ada tanda infeksi, bau khas
- d) Hemorhaid : tidak ada

9) Eliminasi :

- a) Kesulitan BAK : klien terpasang kateter, warna kuning, bau khas, frekuensi $\pm$ 1.600ml/7 jam
- b) Kesulitan BAB : klien mengatakan untuk saat ini masih mengalami kesulitan BAB
- c) Distensi VU : tidak ada

10) Ekstremitas :

- a) Varises : tidak ada
- b) Tanda homan's : tidak ada

u. Pengkajian Kebutuhan Khusus

1) Oksigenasi :

Klien tidak mengalami sesak nafas, tidak ada otot tambahan saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, masih sedikit pusing, respirasi 20x/menit

2) Nutrisi

Klien mengatakan makan-makanan yang bergizi seperti sayur, nasi, lauk, protein, buah, jumlah makan 3x1/hari, tidak ada gangguan pada nafsu makan.

3) Cairan

Klien mengatakan selalu mengkonsumsi cairan 2-3 liter/8-12 gelas/hari biasanya minum air putih.

4) Eliminasi

- a) Klien tidak mengalami keringan berlebihan
- b) Klien menggunakan kateter
- c) Klien menggunakan kateter
- d) Klien mengatakan belum mau BAB
- e) Klien mengeluh belum BAB

5) Kenyamanan

Klien mengatakan akibat nyeri istirahat menjadi tidak cukup.

v. Pemeriksaan Fisik Bayi (*Head To Toe*)

- 1) Kepala : bentuk simetris, ubun-ubun lunak, tidak cekung, ukuran 31cm.
- 2) Mata : simetris, jernih, reflek dengan baik, bersih

- 3) Hidung :normal, tidak ada secret/sumbatan, bersih, pernafasan lancar.
- 4) Mulut :bibir tampak merah muda, reflek hisap ada, menelan baik
- 5) Leher : tidak kaku, tidak ada benjolan abnormal.
- 6) Dada dan paru-paru : bentuk paru-paru simetris, respirasi 48x/menit, tidak ada suara mengi, lingkaran dada 32cm.
- 7) Jantung, frekuensi 120x/menit
- 8) Perut : lembur, tidak kembung, dan tidak distensi, tali pusat bersih, lingkaran perut 32cm.
- 9) Genitalia :perempuan, bersih, skrotum normal, tidak ada pembengkakan
- 10) Ekstremitas : simetris, gerak aktif, reflek genggam ada.
- 11) Kulit : warna merah muda
- 12) Berat badan : 2,500 gram
- 13) Panjang badan: 48cm
- 14) Lila : 10cm

w. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 15-02-2025 (07:46)

Waktu Sampling : 15-02-2025 (07:48)

Waktu Cetak : 15-02-2025 (08:15)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Penunjang Pasien Ny. A

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
-------------	-------	---------------	--------	------------

HEMATOLOGI				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	L.10.7	11.7-15.5	g/dL	
Hematokrit	L.32.0	33.0-45.0	%	
Leukosit	H.14-79	3.60-11.00	ribu/UL	Sesuai SADT
Trombosit	258	150-440	ribu/UL	

x. Pemeriksaan USG

USG Kandungan CD 14/02/2025 (09:45:23)

Kesan :

**GRAVIDA TUNGGAL, HIDUP, LETAK KEPALA PUNGGUNG KIRI
SESUAI DENGAN USIA HAMIL 36 MINGGU BERAT
JANINSEKARANG 2818 GRAM
CAIRAN AMNION SEDIKIT, ARI 8.98CM
KESEJAHTERAAN JANIN MASIH CUKUP BAIK**

y. Terapi Obat

- 1) Infus RL 20 tpm
- 2) Ketorolac 30mg
- 3) Cefozolin 2g

z. Oral

- 5) Cefadroxyl 3x1 hari
- 6) Metergin 3x1 Hari
- 7) Fermia 3x1 Hari
- 8) Dompodone 3x2 Hari

aa. Diit

Nasi Tim 3x1 hari

2. Analisa Data

Hasil pengkajian pada tanggal 15 Februari 2025 pukul 12.00 WIB penulis mendapatkan data fokus pertama yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dengan respon klien yaitu mengatakan nyeri pada

bagian perut luka post operasi SC, nyeri bertambah saat bergerak dengan skala nyeri 7 hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis, merinih kesakitan, mengeluh sulit tidur, lemas, dan didapatkan hasil tekanan darah 106/68 mmHg, nadi 71x/ menit, suhu 36,3 C, respirasi 22x/ menit dan SpO2 99%.

Selanjutnya penulis mendapatkan data fokus yang kedua yaitu diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis. Respon subjektif klien mengatakan sulit untuk tidur, mengeluh sering terjaga saat malam hari, dan mengeluh istirahat tidak cukup. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak lemas dan kelelahan

Data fokus yang ketiga penulis memperoleh diagnosa keperawatan yaitu ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi. Dengan respon klien mengatakan ingin segera pulang dan ingin menghentikan perawatan/pengobatan dikarenakan sudah tidak betah dirumah sakit. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak mengeluh terus menerus.

3. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)
- b. Gangguan Pola Tidur b.d Penyakit Medis (D.0054)
- c. Ketidakpatuhan b.d Program Terapi (D.0111)

4. Intervensi

Diagnosa keperawatan yang pertama pada hari sabtu tanggal 15 Februari 2025 pukul 13.00 WIB yaitu nyeri akut berhubungan dengan agn pencedera fisiologis dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur

menurun dan pola tidur membaik. Tindakan yang akan diberikan yaitu manajemen nyeri dengan observasi identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dan monitor TTV. Kemudian memberikan terapeutik dengan cara teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri yaitu dengan cara relaksasi Benson dan Terapi murottal Surat Ar-Rahman. Kemudian memberikan edukasi jelaskan strategi meredakan nyeri dengan cara non farmakologis.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis tujuan dan kriteria setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam, maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur enurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Tindakan yang akan diberikan yaitu dukungan tidur dengan observai identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur. Kemudian memberika terapeutik dengan cara memodifikasi lingkungan dengan cara mengatur pencahayaan, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan murottal Surat Ar-Rahman.

Diagnosa keperawatan yang Ketigsa yaitu ketidakpatuhan berhubungan dengan proram terapi tujuan dan kriteria setelah dilakukan intervensi keperawatan selaa 3x7 jam, maka tingkat kepatuhan meningkat, dengan kriteria hasil verbalis kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat verbalisasi mengikuti anjuran menigkat, perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik, perilaku menjalankan anjuran membaik, tanda dan gejala penyakit membaik. Tindakan yang akan dilakukan yaitu

dukungan kepatuhan program pengobatan dengan observasi identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan dengan baik. Terapeutik yang akan dilakukan yaitu buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik, libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dialami. Edukasi klien dengan informasikan program pengobatan yang harus dijalani dan informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan.

5. Implementasi

Pada hari Sabtu tanggal 15 Februari 2025 pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi hari pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri dan mengecek TTV klien, respon subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi SC, nyeri bertambah jika bergerak dengan skala nyeri 7 hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis, merintih kesakitan, mengeluh sulit tidur, lemas dan didapatkan hasil tekanan darah 106/68 mmHg, nadi 71x/menit, suhu 36,3 °C, respirasi 22x/menit dan SpO₂ 99%. Selanjutnya pukul 09.05 melakukan implementasi dengan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri respon subjektif klien mengatakan yang memperberat rasa nyeri yaitu saat bergerak, biasanya nyeri hilang setelah di beri obat oleh perawat. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak mengungkapkan nyeri yang klien rasakan dan memberitahu nyeri itu berkurang dengan cara farmakologis.

Pada pukul 09.10 WIB penulis melakukan implementasi gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dan mengidentifikasi faktor pengganggu tidur respon

subjektif klien mengatakan sulit untuk tidur dikarenakan sering terjaga malam untuk memberi asi bayinya dan merasakan sakit pada luka post SC. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak menjelaskan yang sedang ia rasakan saat ini.

Pada pukul 09.30 WIB melakukan implementasi ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi, lalu penulis melakukan implementasi dengan mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan respon subjektif klien mengatakan ingin segera pulang dan ingin menghentikan perawatan/pengobatan dikarenakan sudah tidak betah dirumah sakit. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak protes ke nurse station. Selanjutnya melakukan implementasi mengidentifikasi kesiapan klien untuk menerima edukasi, sertakan kontrak waktu, respon subjektif klien mengatakan siap untuk menerima edukasi pada jam 12.30 WIB. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak menyetujui dan menentukan waktu edukasi sendiri.

Pada pukul 12.30 WIB penulis melakukan implementasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. mengajarkan teknik nonfarmakologis kepada klien yaitu teknik relaksasi Benson. Respon subjektif klien mengatakan teknik relaksasi benson membantu meredakan nyeri yang klien rasakan. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak memprakteka teknik relaksasi benson. Selanjutnya memberikan teknik relaksasi murottal Surat Ar-Rahman, respon subjektif klien mengatakan teknik relaksasi murottal membuat klien dan bayi tenang. Data objektif yang didapatkan yaitu klien dan bayi tampak tenang.

Pada pukul 12.50 penulis melakukan implementasi ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi, dengan mengedukasi program pengobatan

yang harus dijalani dan menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. Respon subjektif klien mengatakan paham dengan informasi dan edukasi yang diberikan oleh penulis dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak menfengarkan pada saat diedukai dan setelah diedukasi klien tampak paham

Pada pukul 13.00 WIB penulis melakukan implementasi gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis, dengan cara memodifikasi lingkungan seperti pencahayaan dan memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur dengan menggunakan teknik relaksasi murottal surat Ar-Rahman. Respon subjektif klien mengatakan cukup membantu untuk mengatasi gangguan tidurnya dan data objektif yang didapatkan klien tampak menerima dengan apa yang penulis implementasikan.

Pada hari minggu tanggal 17 Februari 2025 pukul 09.00 WIB, penulis melakukan implementasi hari kedua yang diawali dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan mengecek TTV. Dengan respon subjektif klien mengatakan nyeri masih terasa pada luka post operasi SC, nyeri bertambah saat bergerak, nyeri terasa seperti sayat-sayat dengan skala nyeri 7 hilang timbul. Respon objektif yang didapatkan yaitu klien tampak mengeluh kesakitan dengan hasil tekanan darah 119/79 mmHg nadi 70x/menit, suhu 36,5 C, respirasi 20x/menit dan SpO2 99%. Selanjutnya pada pukul 09.00 WIB penulis mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, respon subjektif klien mengatakan pada saat bergerak perut bagian luka post operasi SC akan terasa sakit dan untuk mengalihkan nyeri klien melakukan

teknik relaksasi benson. Respon objektif klien tampak menjelaskan yang sedang dirasakan.

Pada pukul 09.20 WIB penulis melakukan implementasi dengan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis. Implementasi yang dilakukan yaitu memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, kebisingan dan kenyamanan tempat tidur. Respon subjektif klien mengatakan setelah dimodifikasi merasa nyaman. Data objektif yang didapatkan klien tampak merasa nyaman dan menerima implementasi yang penulis berikan.

Pada pukul 09.25 WIB penulis melakukan implementasi diagnosa ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan dan membua komitmen menjalani program pengobatan dengan baik. Respon subjektif klien mengatakan akan menjalani program pengobatan sampai selesai. Data objektif yang didapatkan klien tampak komitmen.

Pada hari senin tanggal 17 Februari 2025 pukul 09.00 WIB penulis melakukan implementasi hari ketiga diawali dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan mengecek TTV klien. Respon subjektif klien mengatakan nyeri akibat luka post operasi SC sudah sedikit berkurang, nyeri sedikit terasa jika sedang bergerak nyeri hilang timbul terasa cekit-cekit pada bagian luka operasi dengan skala nyeri 5. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis, hasil tekanan darah 110/78 mmHg, nadi 79x/menit, suhu 36,3 C, respirasi 20x/menit dan SpO2 99%. Selanjutnya

pada pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan respon subjektif klien mengatakan pada saat bergerak nyeri masih terasa dan cara mengalihkannya klien menggunakan teknik relaksasi benson . data objektif yang didapatkan klien tampak menjelaskan yang sedang ia rasakan.

Pada pukul 09.20 WIB dilakukan implementasi gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis. Implementasi yang dilakukan yaitu memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan , kebisingan dan membersihkan tempat tidur klien. Respon subjektif klien mengatakan setelah dimodifikasi klien merasa nyaman dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak nyaman. Pada pukul 09.22 WIB penulis mengidentifikasi pola tidur klien, respon subjektif klien mengatakan setelah diatur dan dimodifikasi, pola tidur menjadi cukup dan tidak terganggu.

Pada pukul 12.00 WIB penulis melakukan implementasi ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi dengan mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan. Respon subjektif klien mengatakan akan tetap menjalani program/perawatan hingga selesai dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak berkomitmen dan bersabar.

6. Evaluasi

Hari Sabtu 15 Februari 2025 pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi hari pertama dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan respon klien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi SC, nyeri terasa saat gerak hilang timbul dengan skala nyeri 7. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis, merintih kesakitan, lemas dan hasil tekanan darah 106/68 mmHg, nadi 71x/menit, respirasi 22x/menit,

suhu 36,3 C dan SpO2 99%. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan intervensi keperawatan identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, identifikasi skala nyeri dan berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

Selanjutnya evaluasi yang kedua gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon klien mengatakan cukup tenang setelah di fasilitas terapi murottal Ar-Rahman. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak menerima dan tenang. Analisa data masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi identifikasi pola aktivitas dan tidur, fasilitasi menghilangkan stress.

Selanjutnya evaluasi yang ketiga ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon klien mengatakan akan menjalani program pengobatan sampai selesai. Data objektif yang didapatkan yaitu tampak berkomitmen, Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan intervensi identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan.

Hari minggu tanggal 16 Februari 2025 pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi hari kedua dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan respon subjek klien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagia luka post operasi SC, nyeri bertambah saat bergerak, nyeri seperti disayat-sayat dengan skala nyeri 7 dan hilang timbul . data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak mengeluh kesakitan dengan hasil tekanan darah 119/79 mmHg, nadi 70x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5 C SpO2 99%. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan intervensi

identifikasi lokasi,, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, identifikasi skala nyeri dan petahankan teknik relaksasi benson.

Selanjutnya evaluasi yang kedua gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon klien mengatakan nyaman setelah diatur pencahayaan dan dibersihkan tempat tidurnya data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak nyaman. Analisa data masalah teratasi pertahankan intervensi modifikasi lingkungan dan fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur.

Selanjutnya evaluasi hari ketiga ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan repon subjektif klien mengatakan akan menjalani program pengobatan sampai selesai dengan data objektif klien tampak berkomitmen, Analisa data masalah sudah teratasi pertahankan intervensi mengidentifikasi kepatuhan program pengobatan sampai selesai.

Hari senin tanggal 17 Februari 2025 pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi hari ketiga dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan respon subjektif klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang, masih terasa sedikit ceket-cekit dengan skala nyeri 5 dan hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis dengan hasil tekanan darah 110/78 mmHg, nadi 9x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,3 C dan SpO2 99%. Analisa data masalah belum teratasi, maka intervensi dilanjutkan dengan mengidentifikasi secara lebih rinci lokasi nyeri, sifat atau karakter nyeri, lamanya nyeri dirasakan, seberapa sering nyeri muncul, kualitas dan keparahan tingkat nyeri, serta menggunakan skala untuk mengukur nyeri. Selain itu, dilakukan pula penelusuran terhadap faktor-faktor

yang dapat memperparah maupun meringankan nyeri. Teknik relaksasi seperti relaksasi benson dan terapi mendengarkan murottal sura tAr-Rahman tetap dipertahankan sebagai upaya untuk membantu mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.

Selanjutnya evaluasi yang kedua gangguan pola tidurdengan kecemasan pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon subjektif klien mengatakan setelah di bantu dengan mengatur pencaayaan dan kebersihan tempat tidur klien merasa nyaman, data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak nyaman dan tidak ada keluhan kurangnya tidur, Analisa data masalah teratasi pertahankan intervensi fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

Selanjutnya evaluasi hari ketiga ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi pada pukul 15.00 WIB dilakukan evaluasi dengan respon subjektif klien mengatakan akan tetap menjalani pengobatan/ perawatan dengan patuh hingga selesai. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak berkomitmen. Analisa data masalah sudah teratasi, pertahankan intervensi identifikasi kepatuhan program pengobatan.

C. Pembahasan

Pada bab ini peneliti akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny.S dengan post operasi section caesarea dengan indikasi fetal compromise preeklamsia di ruang VK RSI Sultan Agung Semarang. Pembahasan ini meliputi beberapa bagian dalam asuhan keperawatan, yaitu pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Asuhan keperawatan disusun dalam tiga hari mulai tanggal 15 hingga 17 Februari 2025. Dalam asuhan keperawatan ini menegakkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan

dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan berbagai informasi atau data mengenai kondisi pasien, sehingga perawat dapat memahami masalah-masalah yang sedang dialami oleh pasien secara menyeluruh.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi langsung pada tanggal 15 hingga 17 Februari 2025 telah dilakukan pengkajian asuhan keperawatan pada kedua pasien ibu post operasi section caesarea diruang VK RSI Sultan Agung Semarang.

Hasil survei awal pengkajian dilakukan dengan cara wawancara pasien secara langsung dan ditemukan bahwa Klien pertama dengan inisial Ny. S mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi *sectio caesarea*, klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, nyeri muncul secara tiba-tiba, hilang timbul selama +- 18 detik dengan skala nyeri 7, saat bergerak nyeri terasa, membuat klien merasa tidak nyaman. Klien mengeluh air asi yang keluar hanya sedikit, masih terasa awam untuk merawat bayinya, pasien masih takut untuk bergerak dan pasien mengeluh sulit tidur.

Selanjutnya hasil pengkajian yang ditemukan pada klien berinisial Ny. A mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi SC, nyeri seperti disayat-sayat dengan skala nyeri 7 muncul secara tiba-tiba dengan frekuensi waktu nyeri +- 15 detik. Pasien mengeluh tidak nyaman pada saat bergerak, klien mengeluh sulit tidur. Kedua pasien memiliki keluhan yang hampir sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 15 hingga 17 Februari 2025 Penulis menegakkan tiga Diagnosa Keperawatan pada masing masing klien. Klien yang pertama berinisial Ny. S penulis menegakkan diagnosa yaitu Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan kecemasan dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan.

Pada pasien kedua berinisial Ny. A penulis menegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit dan ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi.

3. Intervensi Keperawatan

Pada tahapan ini penulis akan merencanakan tindakan yang akan dilakukan pada pasien untuk membantu pemulihan ibu post operasi sectio caesarea. Intervensi ini mencakup upaya untuk mengurangi nyeri, mendukung mobilisasi fisik pada pasien, meningkatkan pengetahuan pasien melalui edukasi, mengatasi gangguan pola tidur, serta mendorong kepatuhan terhadap program terapi yang telah diterapkan oleh pihak rumah sakit.

4. Implementasi Keperawatan

a. Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedra fisiologis

Nyeri pasca operasi adalah respon fisiologis tubuh terhadap trauma bedah yang dapat mempengaruhi kenyamanan, mobilisasi, dan proses penyembuhan pasien. Perawatan nyeri yang tidak memadai dapat meningkatkan risiko komplikasi dan meningkatkan lama tinggal dirumah sakit. Oleh karena itu, perawatan nyeri yang efektif sangat penting untuk

mempercepat proses pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Sekar Arum Sudanningsih¹, Dwi Novitasari², Martyarini Budi S³, n.d.)

Manajemen nyeri pasca operasi yang efektif akan penting untuk meningkatkan kualitas pemulihan pasien setelah operasi section caesarea. Anastesi spinal adalah salah satu dari teknik anastesi lokal yang bisa digunakan dalam intervensi bedah tubuh dibawah dengan memberikan panyumbatan sensorik dan motoric ke tubuh bagian bawah, termasuk area bedah (Sekar Arum Sudanningsih¹, Dwi Novitasari², Martyarini Budi S³, n.d.).

Asuhan keperawatan ini penulis menetapkan bahwa kedua pasien mengalami Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis dibuktikan adanya keluhan nyeri, tampak meringis serta kesulitan tidur. Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk hilang timbul dengan Tingkat nyeri 7. Telah dibuktikan bahwa skala penilaian Numerik (NRS) merupakan alat yang berguna untuk menilai Tingkat nyeri yang dialami oleh pasien pascaoperasi caesar (Wulandari et al., 2025).

Pada tanggal 15 Februari 2025, dilakukan implementasi yang pertama untuk memaastikan keluhan nyeri pada klien penulis mengkaji keluhan nyeri yang dirasakan klien. Respon subjektif klien rata-rata mengatakan nyeri yang dirasakan seperti di sayat-sayat.,nyeri bertambah pada saat bergerak hilang timbul dengan skala nyeri 7.

Terdapat tiga tahapan penerapan relaksasi Benson menurut (Febrianti dan Machmudah, 2021). Tahap pertama, yaitu mengkaji skala nyeri pasien dengan menggunakan Nurmerical Rating Scale (NRS). Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman serta menjaga privasi klien. Pada

tahap ini klien dianjurkan untuk memilih kata yang akan digunakan selama relaksasi Benson. Misalnya, klien memilih kata “Astaghfirullah” yang diharapkan dapat membantu klien untuk fokus dan merasa lebih rileks. Selanjutnya tahap kerja, pada tahap ini klien diposisikan dengan rileks dan nyaman, kemudian diinstruksikan untuk memejamkan mata dengan melepaskan ketegangan pada otot-otot tubuh dari ujung kepala hingga ujung kaki, agar klien merasa tenang dan rileks. Klien dianjurkan untuk menarik napas sedalam-dalamnya selama 3 detik melalui hidung, lalu menghembuskannya melalui mulut, sambil mengucapkan kata yang telah dipilih sebelumnya “Astaghfirullah”. Hal ini yang dimaksud agar membantu klien tetap fokus dan menghilangkan pikiran-pikiran negative. Proses relaksasi ini berlangsung selama 10-15 menit. Setelah relaksasi selesai, klien diinformasikan untuk membuka mata secara perlahan agar tetap dalam keadaan rileks. Tahap selanjutnya, menanyakan perasaan klien setelah melakukan relaksasi Benson, serta mengkaji Kembali skala nyeri yang dirasakan.

Selanjutnya penulis meminta kepada klien Ny. S dan Ny. A untuk melakukan Teknik relaksasi Benson ini selama 15 menit, kedua klien tampak fokus karna lingkungan yang mendukung. Setelah melakukan relaksasi Benson ini penulis mengevaluasi skala nyeri pada kedua klien dan hasil yang didapatkan dari Ny. S skala nyeri masih 7 dikarenakan klien masih belum terbiasa dengan kondisinya yang sekarang klien rasakan. Sedangkan hasil yang didapatkan dari Ny. A skala nyeri masih 7 tetapi klien mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan.

Pada tanggal 16 Februari 2025 dilakukan implementasi hari kedua. seperti biasa penulis mengkaji terlebih dahulu. Didapatkan klien berinisial Ny. A masih merasakan nyeri pada bagian luka post operasi, nyeri bertambah pada saat klien bergerak dengan sensasi nyeri cekit-cekit, skala nyeri 7 hilang timbul. sedangkan data yang didapatkan dari klien Ny. A hampir sama dengan Ny.S tetapi dengan sensasi nyeri seperti disayat-sayat. Dan pada saat itu penulis mulai untuk melakukan relaksasi benson selama 10 menit, hasil yang didapatkan skala nyeri yang dirasakan klien menurun menjadi 5 klien tampak lebih rileks dapat mengontrol nyeri yang dirasakan.

Pada tanggal 17 Februari 2025 dilakukan implementasi hari ketiga. Kedua klien memiliki perbedaan klien berinisial Ny. S nyeri yang dirasakan yaitu masih sama tetapi klien mengatakan jauh lebih baik dari sebelumnya dan dapat mengontrol nyeri yang dirasakan, karena klien melakukan relaksasi Benson secara mandiri, sedangkan klien yang berinisial Ny. A mengatakan skala nyeri yang dirasakan sekarang berkurang menjadi 5 klien juga mengatakan serin melakukan relaksasi Benson secara mandiri.

Penerapan terapi nonfarmakologis melalui Teknik relaksasi Benson terbukti efektif dalam mengurangi Tingkat nyeri pada kedua pasien setelah operasi section caesarea. Dalam penelitian ini, relaksasi dilakukan selama 10-15 menit setiap hari selama tiga hari dari tanggal 15 hingga 17 Februari 2025. Sebelum terapi relaksasi, tingkat nyeri klien 7, namun setelah diberikan relaksasi, Tingkat nyeri menurun menjadi 5, walaupun belum turun tetapi pasien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan.(Sofi Tri Wulandari et al., 2025)

b. Gangguan Mobiltas Fisik berhubungan dengan kecemasan

Dampak pasca operasi caesarea yang sering dialami oleh pasien meliputi beberapa aspek, yaitu terbatasnya mobilisasi dini, mengganggu ikatan afeksi antara ibu dan bayi, keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari (ADL), dapat membuat ibu merasa stress, cemas dan takut terhadap kemungkinan pembedahan lanjutan. Kondisi ini berpotensi mengganggu pola istirahat ibu dan menurunkan kualitas tidurnya. Ibu juga bisa mengalami nyeri saat menggendong dan menyusui, yang dapat menghambat pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD). Penundaan pemberian asi pada bayi akibat rasa tidak nyaman yang dialami oleh ibu atau peningkatan intensitas nyeri pasca operasi dapat menyebabkan berkurangnya asupan nutrisi pada bayi (Dewi et al. , 2023)

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien berinisial Ny. S didapatkan klien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi section caesarea yang dimana luka ini menghambat mobilitas fisik klien, gangguan mobilitas fisik yang dialami klien berinisial Ny. S menimbulkan perasaan khawatir dan ketakutan untuk bergerak, sehingga klien cenderung lebih memilih untuk berbaring dan enggan menggerakkan tubuhnya (Saleh Baso et al., n.d.).

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik yaitu menganjurkan mobilisasi dini secara sederhana seperti tirah baring kanan dan kiri lalu duduk ditempat tidur serta melibatkan peran keluarga dalam meningkatkan pergerakan pasien. (SIKI PPNI, 2018).

Mobilisasi dini sangat penting bagi ibu pasca operasi section caesarea karena berperan penting dalam mempercepat proses pemulihan (Ramadhina & Purba, 2025).

Prinsip mobilisasi dini adalah membimbing pasien untuk segera turun dari tempat tidur dan mulai berjalan sesegera mungkin, Tindakan ini diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan abnormal dan mempercepat proses penyembuhan luka (Dewi et al. , 2023).

Setelah dilakukan implementasi selama tiga hari dengan dukungan mobilisasi. Hasil evaluasi yang didapatkan klien berinisial Ny. S sudah mampu untuk duduk ditempat tidur dan berjalan. Namun, masih dibantu oleh keluarganya. Masalah dapat teratasi dilihat dari kondisi pasien tampak bisa duduk ditempat tidur, dapat melakukan mobilisasi miring kanan dan kiri. Selama melakukan implementasi ini klien tampak kooperatif dan tidak ada kendala selama pemberian Tindakan keperawatan.

c. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Pengetahuan

Pada tanggal 15 Februari 2025 didapatkan hasil pengkajian dengan respon subjektif klien mengatakan kenapa ASI yang dikeluarkan belum banyak, klien sempat khawatir jika bayinya kekurangan nutrisi lalu klien bertanya bagaimana cara agar ASI nya lancar. Pada saat pengkajian bayi didapatkan reflek hisap bayi baik.

ASI merupakan cairan berwarna putih yang diproduksi oleh kelenjar payudara ibu saat menyusui. Cairan ini berfungsi sebagai makanan alami yang sudah dipersiapkan oleh tubuh ibu sejak masa kehamilan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi setelah lahir (Labina et al., 2018).

Pengetahuan dapat diartikan sebagai Kumpulan informasi yang telah dipahami dan dicerna, sehingga mampu membentuk cara berfikir seseorang

serta mempengaruhi tindakannya dalam kehidupan sehari-hari (Labina et al., 2018).

Kurangnya pemahaman pasien mengenai pemberian ASI dan nutrisi bayi baru lahir merupakan indikasi kesenjangan pengetahuan yang disebabkan oleh kurangnya paparan informasi. Keadaan ini mungkin disebabkan oleh kurangnya akses atau ketidakmampuan pasien untuk mempelajari fakta penting dan relevan mengenai nutrisi bayi baru lahir dan ASI. Kurangnya motivasi atau minat untuk mempelajari lebih lanjut, banyaknya informasi yang saling bertentangan, kesulitan memilih sumber informasi yang tepat, dan bias dalam pemilihan dan penafsiran informasi adalah beberapa variabel yang dapat berkontribusi pada kurangnya paparan informasi ini. (Keperawatan Berbudaya et al., 2023)

Ibu yang tahu banyak tentang ASI biasanya akan lebih banyak dalam memberikan ASI kepada bayinya dibandingkan dengan ibu yang belum terlalu paham tentang ASI (Sonia Lidwina, 2021).

Salah satu hal yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang adalah latar belakangnya. Pendidikan berperan penting dalam menambah wawasan yang nantinya dapat mendorong perubahan perilaku ke arah yang lebih positif. Seseorang dengan Pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki kesadaran yang lebih baik terhadap tindakan pencegahan serta lebih memahami berbagai masalah kesehatan (Sunaryo, 2022).

Pendidikan juga berkaitan erat dengan luasnya pengetahuan seseorang. Selama proses Pendidikan formal, individu akan lebih banyak berinteraksi dan membangun relasi sosial, yang turut memperkaya wawasan mereka. Sebaliknya, pada Tingkat Pendidikan yang lebih rendah, interaksi

tersebut cenderung lebih terbatas sehingga informasi yang diterima juga lebih sedikit. Oleh karena itu, semakin tinggi Pendidikan seseorang, maka semakin besar pula peluangnya untuk memperoleh informasi dan pengetahuan. (Mantra, 2017).

Untuk mengatasi defisit pengetahuan, penulis menerapkan edukasi Kesehatan kepada klien dan suami klien tentang cara melancarkan ASI atau breast care. (SIKI PPNI, 2018).

Setelah dilakukan implementasi dengan cara edukasi dan praktik breast care, klien tampak memahami edukasi yang diberikan oleh penulis dan selalu mempraktekan breast care secara mandiri. Hasil yang didapatkan bisa terlihat pada hari kedua yang dimana asi dari klien berinisial Ny. S sangat lancar dan beliau sudah tidak khawatir bayinya kekurangan nutrisi.

d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Penyakit Medis

Setiap prosedur pembedahan, termasuk operasi sectio caesarea sering kali mengakibatkan rasa nyeri yang cukup signifikan. Tingkat nyeri ini bervariasi pada setiap individu, tergantung pada Tingkat keparahannya. Rasa nyeri yang timbul dapat mengganggu pola tidur pasien yang dimana akan menghambat selama proses pemulihan. (Mardiana Mardiana et al., 2025).

Gangguan pola tidur tiga hari pertama setelah melahirkan biasanya terjadi tantangan tersendiri bagi ibu, karena mereka harus menghadapi proses persalinan yang berat dan kesulitan untuk beristirahat. Beberapa penyebab kesulitan tidur pada periode ini meliputi nyeri pada area perineum, ketidaknyamanan di kandung kemih serta tingkah laku bayi yang membuatnya sulit tidur nyenyak. Semua ini dapat berpengaruh pada daya

ingat dan kemampuan psikomotor ibu. Namun, pola tidur biasanya akan Kembali normal dalam waktu sekitar 2-3 minggu setelah persalinan. (Permata Sari et al., 2022).

Maka dari itu dalam pemulihan ibu pasca operasi sectio casarea, tidur yang cukup sangat berperan penting selama pemulihan berlangsung gangguan tidur dapat menimbulkan berbagai komplikasi, seperti penurunan produksi ASI, perlambatan involusi uterus, peningkatan risiko depresi postpartum, serta berkurangnya kualitas perawatan untuk bayi (Syarifah et al., 2022)

Faktor lainnya yang dapat mempengaruhi gangguan tidur, meliputi nyeri pasca operasi, kecemasan, perubahan pola tidur selama kehamilan, dan kondisi lingkungan yang tidak mendukung. (Pires, 2018).

Pada klien berinisial Ny. A penulis menegakkan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit medis, dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, sering terjaga saat malam hari, dan istirahat tidak cukup SDKI PPNI, 2018).

Hasil pengkajian yang didapatkan dari klien berinisial Ny. A mengalami keluhan sulit tidur dan mengeluh sering terbangun saat malam hari. Klien mengatakan setelah menjalani operasi tidur menjadi tidak cukup. dengan ini penulis memberikan implementasi dukungan tidur, yang diharapkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam, terjadi perbaikan pada pola tidur klien. Hal ini ditandai dengan berkurangnya keluhan sulit tidur, semakin jarang klien terbangun di malam hari, serta menurunnya keluhan merasa kurang istirahat (PPNI SLKI, 2018).

Pada asuhan keperawatan ini, implementasi yang dilakukan penulis yaitu memodifikasi lingkungan dengan cara mengatur pencahayaan pada ruangan, mengurangi kebisingan pada ruangan, mengatur suhu ruangan sesuai dengan yang diinginkan klien dan rutin mengganti seprei bed klien. Selain itu penulis juga menerapkan implementasi menghilangkan stress sebelum tidur dengan menggunakan terapi murpttal surat Ar-Rahman.

Terapi Murrotal adalah salah satu bentuk terapi yang memanfaatkan lantunan atau bacaan Al-Quran untuk mengatasi stress, meningkatkan kesejahteraan mental, dan mencapai keadaan relaksasi. Istilah “murottal” itu sendiri berasal dari Bahasa Arab “murattal”, yang berarti “dibaca berulang-ulang (Ani., 2020)

Terapi murottal dengan mendengarkan lanatunan Al-Quran yang indah, dapat memberikan manfaat signifikan dalam mengurangi nyeri pasca operasi caesarea. Suara merdu Al-Quran dapat menciptakan suasana yang menenangkan, memberikan rasa kedamaian dan relaksasi. Dengan demikian, mendengarkan lantunan ini dapat membantu mengurangi ketegangan dan kecemasan, yang sering kali memperburuk persepsi terhadap nyeri (Millizia et al., 2021).

Setelah tiga hari dilakukan implementasi dengan sukungan tidur. Hasil evaluasi yang didapatkan klien berinisial Ny. A mengalami perbaikan pola tidur, karena klien selalu melakukan terapi relaksasi murottal Surat Ar-Rahman sebelum tidur agar klien merasakan tenang sebelum tidur.

e. Ketidakpatuhan berhubungan dengan Program Terapi

Ketidakpatuhan terhadap terapi merupakan salah satu unsur yang dapat mempengaruhi kesuksesan pengobatan. Hal ini dapat mengakibatkan timbulnya komplikasi dan peningkatan durasi rawat inap.(Putri et al., 2024).

Selain itu, ketidakpatuhan dapat diartikan sebagai Tingkat keteraturan pasien dalam mengikuti anjuran dokter atau tenaga kesehatan saat mengonsumsi obat.(Putri et al., 2024).

Hasil pengkajian yang didapatkan pada klien berinisial Ny. A mengatakan ingin segera pulang dan ingin menghentikan perawatan/pengobatan dikarenakan sudah tidak betah dirumah sakit. Data objektif yang didapatkan keluarga mendatangi nurse station.

Implementasi yang diberikan penulis yaitu dukungan kepatuhan program pengobatan, harapan yang dicapai yaitu Tingkat kepatuhan meningkat. (SDKI PPNI,2018)

Implementasi yang dilakukan penulis melibatkan edukasi kepada klien dan keluarganya tentang keuntungan menyelesaikan proses perawatan dan kemudian meminta mereka berkomitmen untuk menyelesaikan program perawatan.

Hasil yang didapatkan klien mampu berkomitmen hingga akhir perawatan dan kooperatif dalam menjalani pengobatan/perawatan hingga akhir.

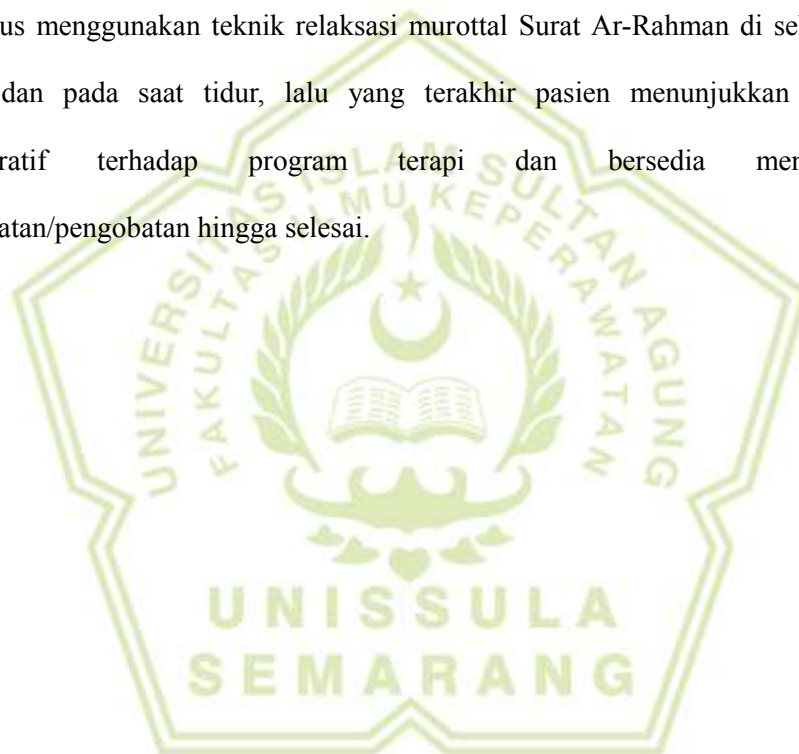
5. Evaluasi Keperawatan

Setelah operasi caesar, evaluasi bedah dilakukan untuk menentukan kemanjuran intervensi yang diberikan kepada kedua pasien.

Pada pasien pertama, skala nyeri masih tetap 7 tetapi pasien mampu untuk mengendalikan rasa nyeri yang dirasakan dengan cara melakukan

relaksasi benson, pasien menunjukkan peningkatan kemampuan dalam melakukan mobilisasi secara bertahap, seperti duduk di tempat tidur, lalu pasien mampu memahami edukasi yang telah diberikan oleh penulis.

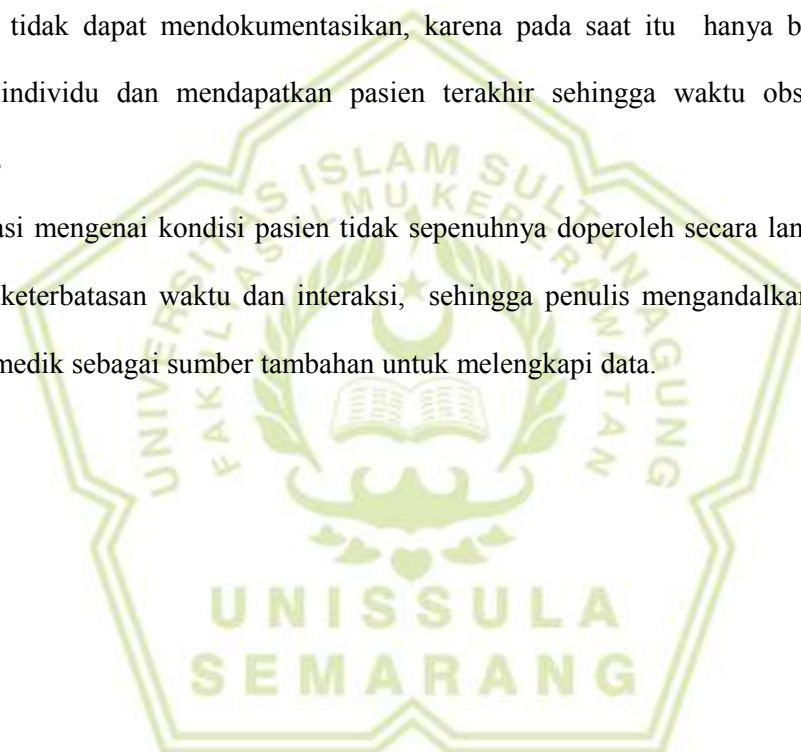
Pada pasien kedua evaluasi yang ditemukan bahwa skala nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 5 setelah dilakukan intervensi nonfarmakologis teknik relaksasi benson, pasien juga mengalami perbaikan pola tidur setelah terus menerus menggunakan teknik relaksasi murottal Surat Ar-Rahman di sebelum tidur dan pada saat tidur, lalu yang terakhir pasien menunjukkan sikap kooperatif terhadap program terapi dan bersedia menjalani perawatan/pengobatan hingga selesai.



D. Keterbatasan

Dalam pelaksanaan dan penyusunan studi kasus ini, penulis menghadapi berapa keterbatasan, yaitu

1. Pasien post operasi sectio caesarea cukup sulit ditemukan di RSI Sultan Agung Semarang, sehingga penulis memerlukan waktu yang lebih lama untuk mendapatkan pasien dengan masalah keperawatan post operasi sectio caesarea.
2. Penulis tidak dapat mendokumentasikan, karena pada saat itu hanya bekerja secara individu dan mendapatkan pasien terakhir sehingga waktu observasi terbatas
3. Informasi mengenai kondisi pasien tidak sepenuhnya diperoleh secara langsung karena keterbatasan waktu dan interaksi, sehingga penulis mengandalkan data rekam medik sebagai sumber tambahan untuk melengkapi data.



BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan kepada Ny. S dan Ny. A, dapat disimpulkan bahwa kedua klien mengalami masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

1. Pengkajian terhadap dua pasien ibu post operasi sectio caesarea, menunjukkan bahwa Nyeri Akut merupakan masalah utama yang dialami oleh kedua pasien.
2. Diagnosa Keperawatan yang ditegakkan pada kedua pasien dibuktikan dengan adanya keluhan yang sama yaitu nyeri pada bagian luka post operasi. Meskipun kedua pasien memiliki diagnosa keperawatan nyeri akut yang sama, masing-masing memiliki diagnosa tambahan yang berbeda, seperti Ny. S memiliki diagnosa tambahan gangguan mobilisasi fisik dan defisit pengetahuan. Sedangkan Ny. A diagnosa tambahannya berupa gangguan pola tidur dan ketidakpatuhan terhadap program terapi.
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan berupa teknik relaksasi benson dan murrotal Surat Ar-Rahman terbukti efektif dalam menurunkan skala nyeri pada kedua pasien. Pada Ny. S intervensi tambahan berupa edukasi pentingnya mobilisasi dini dan edukasi perawatan payudara (breast care). Sedangkan pada Ny. A intervensi tambahan berupa ciptakan lingkungan yang nyaman dan edukasi pentingnya mematuhi program terapi.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari pada tanggal 15 hingga 17 Februari 2025. Kedua pasien diberikan terapi relaksasi Benson dan murottal Surat Ar-Rahman masing masing diberikan guna untuk menurunkan skala nyeri.

5. Evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa Teknik relaksasi Benson dan murottal Surat Ar-Rahman efektif dalam menurunkan skala nyeri pada kedua pasien. Pada pasien pertama terdapat peningkatan kemampuan mobilisasi serta pengetahuan tentang cara perawatan payudara (breast care). Pada pasien kedua, terjadi pola tidur membaik serta mampu mematuhi program terapi. Evaluasi ini mengindikasikan bahwa intervensi yang diberikan berhasil mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan..

B. Saran

1. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan instansi pendidikan dapat mengingatkan kualitas pembelajaran praktik klinik melalui bimbingan yang lebih intensif dan pendampingan yang optimal selama mahasiswa berada dilahan praktik.

2. Bagi Instansi layanan Kesehatan

Instansi pelayanan kesehatan diharapkan dapat memberikan dukungan yang lebih luas terhadap penerapan asuhan keperawatan secara menyeluruh, termasuk dalam penggunaan intervensi nonfarmakologis yang sederhana namun efektif seperti relaksasi benson dan terapi murrotal. Selain itu, kolaborasi antara tenaga medis. Perawat, dan keluarga pasien perlu ditingkatkan agar proses penyembuhan dapat berjalan lebih optimal.

3. Bagi masyarakat

Masyarakat, terutama pasien dan keluarga, diharapkan lebih proaktif dalam mengikuti pengobatan dan perawatan, baik selama di rumah sakit maupun saat kembali kerumah. Pemahaman yang baik mengenai pentingnya istirahat, kepatuhan terhadap perawatan/pengobatan, serta dukungan murottal Surat Ar-Rahman dapat membantu mempercepat proses pemulihan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

10.36419/jki.v16i1.1312. (2025). 16(1), 104–115.

Apriliawati, N., & Maryati, S. (2022a). Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Partum Dengan Sectio Caesarea Di Rsud Sleman. *Journal Prosiding Stikes Bethesda Yakkum*, 1(1), 474–481. <https://jurnal.stikesbethesda.ac.id/index.php/p/article/view/319>

Apriliawati, N., & Maryati, S. (2022b). Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Partum Dengan Sectio Caesarea Di Rsud Sleman. *Journal Prosiding Stikes Bethesda Yakkum*, 1(1), 474–481.

Ayu Resky Mustafal, P. S. (2025). Analisis Faktor Non Medis Yang Mempengaruhi Terjadinya Persalinan Sectio Caesareadi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak Tahun 2024. *Ners*, 1647-1657.

Jum. (n.d.).

Kamallia, L. N., & Haniyah, S. (2023). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Dalam Mengatasi Nyeri. *Nursing And Health (Jnh)* , 303-316.

Keperawatan Berbudaya, J., Widiawati, R., & Haryani, S. (2023). Pengelolaan Defisit Pengetahuan tentang Nutrisi Bayi pada Ibu dengan Post Partum Spontan dengan Preeklampsia. In *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat* (Vol. 1, Issue 2). <http://jurnal.unw.ac.id/index.php/JKBS>

Mardiana Mardiana, Irawati Irawati, & Muhammad Basri. (2025). Implementasi Terapi Slow Stroke Back Massage (SSBM) untuk Meningkatkan Kualitas Tidur pada Klien Post Op Sectio Caesarea. *Jurnal Anestesi*, 3(1), 227–238. <https://doi.org/10.59680/anestesi.v3i1.1785>

Napisah, P. (2022). Intervensi Untuk Menurunkan Nyeri Post Sectio Caesarea . *Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 2827-8240.

Ners, P., Surakarta, U. M., Keperawatan, P. I., & Surakarta, U. M. (2025). *Terapi Foot Massage Untuk Mengurangi Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea : Studi Kasus*. 9, 1403–1409.

Permata Sari, D., Elsera, C., Dhian Sulistyowati, A., Ilmu Keperawatan, P., Kesehatan Dan Teknologi, F., Muhammadiyah Klaten, U., & DIII Keperawatan, P. (2022). *Hubungan Tingkat Nyeri Post Sectio Caesarea dengan Kualitas Tidur Pasien Postpartum*. 9(2), 6–13.

- Putri, R. G., Probosuseno, P., & Yasin, N. M. (2024). Narrative Review : Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Terapi pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Surya Medika*, 10(3), 309–314. <https://doi.org/10.33084/jsm.v10i3.6425>
- Ramadanty, P. F. (2019a). Asuhan Kpereawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Mawar Rsud AW Sjahranie. *Journal Of Nursing And Health*, 8(3), 303–316.
- Ramadanty, P. F. (2019b). Asuhan Kpereawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Mawar Rsud AW Sjahranie. *Journal Of Nursing And Health*, 8(3), 303–316.
- Ramadhina, A. A., & Purba, A. (2025). Implementasi Terapi Woolwich Massage Meningkatkan Produksi Asi Pasien Post Sectio Caesarea Implementation Of Woolwich Massage Therapy To Increase Breast Milk Production In Post Caesarean Section Patients. In *Health and Financial Journal* (Vol. 2, Issue 1). <http://ejournal.uki.ac.id/index.php/hfj/index>
- Riski Oktafia, Rr Nadya El Queena Nourma Hasnaini, & Eli Herningsih. (2024). Intervensi Kombinasi Relaksasi Teknik Genggam Jari dan Terapi Murottal Surat Ar-Rahman Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Ibu Post Sectio Caesaria Dengan Preeklamsia. *Jurnal Medika Nusantara*, 2(2), 144–154. <https://doi.org/10.59680/medika.v2i2.1122>
- Saleh Baso, Y., Fatimah, S., & Keperawatan Al-Hikmah, A. (n.d.). *Nursing Care with Post Section Caesaria in Cases of Fetal Malpresentation Asuhan Keperawatan dengan Post-SC pada Kasus Malpresentasi Janin*. <http://jurnal.iakmikudus.org/index.php/mjhs>
- Sekar Arum Sudanningsih¹, Dwi Novitasari², Martyarini Budi S³. (n.d.).
- Septiana, M., & Sapitri, A. (2023a). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea. *Lentera Perawat*, 1(2), 88–97.
- Septiana, M., & Sapitri, A. (2023b). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea. *Lentera Perawat*, 1(2), 88–97.
- Septiana, Maria, and A. S. (2020). *Faktor-faktor Caesaria*. 1(2)(2), 1.
- Sofi Tri Wulandari, Priyatin Sulistiowati, & Wiwik Priyatin. (2025). Penerapan Relaksasi Benson Untuk Mengurangi Nyeri Pada Ny. Y Post Sectio Caesarea Di Desa Kalimanah Wetan Purbalingga. *Multidisciplinary Indonesian Center Journal (MICJO)*, 2(1), 816–821. <https://doi.org/10.62567/micjo.v2i1.388>

Wahyuningsih, E., & Khayati, N. (2021). Terapi Murottal Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Post Sectio Caesaria. *Ners Muda*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i1.6214>

Wahyuningsih, E., & Khayati, N. (2021). Terapi Murottal Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Post Sectio Caesaria. *Ners Murottal*, 1-8.

