

**IMPLEMENTASI RELAKSASI FOOT AND HAND MASSAGE
PADA PASIEN DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DI RUMAH SAKIT NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**YUMROTUN NIKMAH
NIM : 40902200059**

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

**IMPLEMENTASI RELAKSASI FOOT AND HAND MASSAGE
PADA PASIEN DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DI RUMAH SAKIT NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



**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 Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 15 Mei 2025



(Yumrotun Nikmah)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 7 Mei 2025



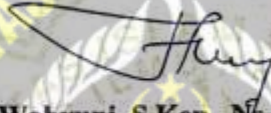
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Kamis tanggal 15 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan TIM Penguji.

Semarang, 15 Mei 2025

Tim Penguji,

Penguji I

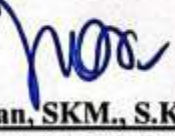

Dr. Hi. Sri Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 06-0906-7504

Penguji II


Ns. Tutik Rahayu, M.kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 06-2402-7403

Mengetahui




Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep.
NIDN. 06-228-7403

IMPLEMENTASI RELAKSASI FOOT AND HAND MASSAGE PADA PASIEN DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT NU DEMAK

.ABSTRAK

Yumrotun Nikmah

Progam Studi D III Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Ketuban pecah dini (KPD) dapat meningkatkan risiko terjadinya operasi caesar. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini bisa menimbulkan berbagai ancaman. Sectio caesarea adalah suatu prosedur persalinan yang dilakukan dengan cara membuat sayatan pada bagian depan rahim untuk membantu proses kelahiran bayi ataupun janin. Proses ini dapat menimbulkan nyeri akibat dari perubahan jaringan. Upaya untuk mengurangi nyeri dapat dilakukan dengan cara relaksasi, seperti halnya *foot and hand massage*. Tujuan dari penelitian ini adalah meredakan nyeri yang dirasakan oleh ibu setelah dilakukan Tindakan operasi caesarea. Metode dalam penulisan ini merupakan pendekatan studi kasus deskriptif. Hasil studi kasus ini di dapatkan dua pasien yang mengalami penurunan skala nyeri dari 7 menjadi 3 dan pasien lainnya juga mengalami penurunan dari skala 6 menjadi 2. Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa penerapan relaksasi foot and hand massage mampu mengurangi nyeri setelah dilakukan Tindakan operasi section caesarea. Studi ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa keperawatan dalam mengembangkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam memberikan asuhan, serta merancang relaksasi pada penelitian yang akan datang.

Kata kunci: *Ketuban Pecah Dini, Sectio Caesarea, Nyeri pasca operasi, Relaksasi Foot And Hand Massage*

Daftar Pustaka: *36 sumber (2019-2025)*

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Segala puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Implementasi Relaksasi Foot And Hand Massage Pada Pasien Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit NU Demak” yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan atas bimbingan, dukungan, arahan, motivasi, dan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kekuatan, dan kemudahan dalam mengerjakan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH. SE. Akt. M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Dr. Iwan Ardian, S.KM., S.Kep., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An, selaku Kaprodi DIII Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.

6. Bapak, dan Ibu dosen, serta staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis dalam aktivitas akademik.
7. Kedua orang tua saya, Bapak Mugiyono dan Ibu Dwi Lestariningsih, beliau adalah dua sosok yang sangat luar biasa di dalam hidup saya. Tanpa dukungan dan do'a beliau mungkin saya tidak akan pernah berada di titik saat ini. Terimakasih sudah mendampingi saya disetiap perjalanan yang sangat panjang ini. Yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan motivasi, beliau berkata kepada saya “jangan pernah takut jika suatu hari nanti kamu tidak jadi apa-apa yang terpenting kamu sudah berikhtiar dan berusaha sebaik mungkin, biarlah Allah SWT. yang mengatur kedepannya.” Kalimat tersebut yang selalu melekat di dalam diri saya, bahwasannya beliau selalu mendukung apapun yang terjadi kepada saya kedepannya. Beribu terimakasih ku ucapkan dan kata maaf yang ingin ku sampaikan, do'a kan anakmu ini agar bisa terus maju ke depan untuk meraih mimpi dan masa depan. *I Love You, Mi Amor Y Te Amo.*
8. Saudara kandungku, Isma Zalfa Nazihah, yang selalu menemani dan memberikan dukungan dimomen-momen tersulit bagi penulis. Semoga kakak dapat menjadi sosok contoh yang sangat baik untukmu, dan semoga keberhasilan kecil ini bisa menjadikan sebuah motivasi bagimu untuk terus belajar, bermimpi, melangkah dan berjuang untuk mewujudkan cita-citamu. Terima kasih telah menjadi bagian dari setiap do'a serta langkahku. Kakak

menyayangimu dan akan selalu mendukung di setiap langkahmu, *I Love You More.*

9. Terima kasih kepada temanku Tri Widayanti, Amelia Putri dan Intan Salamatul Fauziah yang sudah menemani dan memberikan dukungan kepada penulis. Dalam perjalanan yang panjang ini, sudah sekitar 3 tahun kita berteman dan mengenal satu sama lain, suka dan duka selalu bersama. Pesan yang ingin ku sampaikan adalah dimanapun nanti kita berada, bagaimana masa depan akan menjemput kita, ketahuilah kalian akan menjadi salah satu dari bagian perjalanan itu, ini bukan akhir melainkan awal dari perjuangan kita. Kata maaf yang akan ku ucap dan kata terimakasih yang akan kusampaikan.

10. Terakhir, terima kasih kuucapkan kepada wanita cantik dan sederhana yang memiliki impian besar, namun terkadang juga sulit untuk dimengerti isi kepalanya, dia adalah Yumrotun Nikmah, yah diriku sendiri yang biasa di panggil yumi. Terima kasih telah berusaha keras untuk selalu bertahan dan maju meskipun banyak rintangan yang harus dihadapi, lika-liku dalam perjalanan yang terus bergantian datang. Beribu rasa terimakasih dan bangga yang ingin kusampaikan pada diriku sendiri dan kata maaf yang ingin ku sampaikan. Berbahagialah dan selalu bersyukur kepada Allah SWT. yang sudah memberikan kepercayaan untuk pencapaian yang diberikan pada saat ini. Semoga kesuksesan selalu menunggu di depan, keberhasilan selalu mengikuti, dan ridho-Nya selalu menyertai, Aamiin.

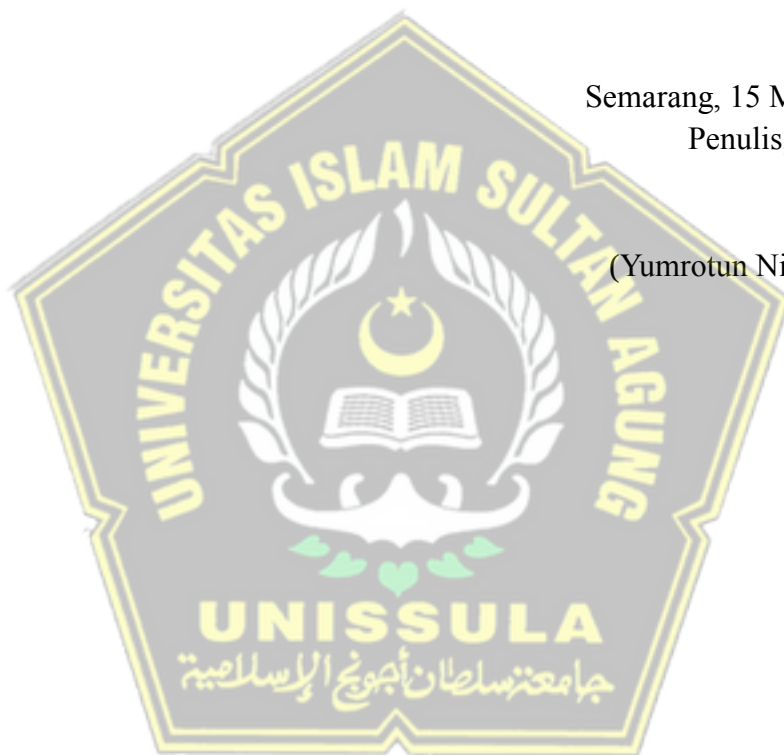
Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, keterbatasan ilmu yang dimiliki sebagai manusia, untuk itu penulis memiliki harapan besar agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis sekaligus para pembaca.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Semarang, 15 Mei 2025

Penulis,

(Yumrotun Nikmah)

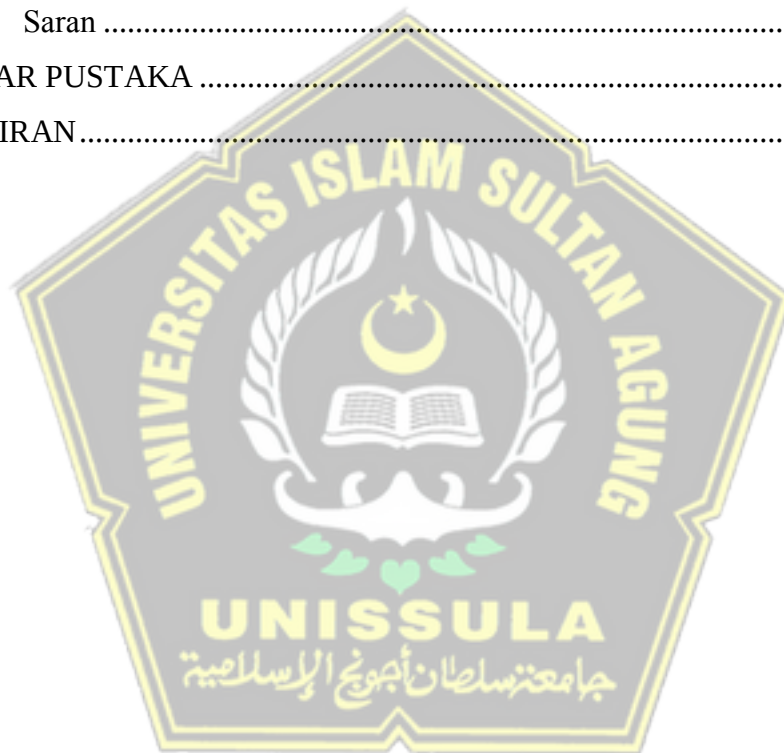


DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Studi Kasus.....	9
D. Manfaat Studi Kasus.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Konsep Dasar Sectio Caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD).....	12
1. Konsep Dasar Sectio Caesarea	12
2. Ketuban Pecah Dini (KPD).....	12
3. Etiologi.....	13
B. Tujuan Asuhan Keperawatan pada Post SC dengan Indikasi KPD	14
C. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum.....	14
1. Adaptasi Fisiologis	14
2. Adaptasi Psikologis.....	20
3. Patofisiologi.....	20
4. Pathways	21
D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post SC	22
1. Pengkajian.....	22
2. Diagnosa keperawatan	25

3. Intervensi keperawatan	25
4. Implementasi Keperawatan.....	27
5. Evaluasi Keperawatan.....	27
E. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI	27
1. Foot And Hand Massage	27
BAB III METODE STUDI KASUS	30
A. Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus	30
B. Subyek Studi Kasus	30
C. Fokus Studi Kasus.....	31
D. Definisi Operasional Fokus Studi	31
E. Instrumen Studi Kasus	31
1. SOP Foot And Hand Massage.....	33
F. Metode Pengumpulan Data.....	34
1. Prosedur Administratif.....	34
2. Prosedur Teknis.....	35
G. Lokasi dan waktu studi kasus	38
H. Analisis data dan penyajian data.....	39
I. Etika Studi Kasus.....	40
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	41
A. Hasil Studi Kasus.....	41
1. Pengkajian.....	41
2. Pengkajian kebutuhan khusus.....	48
3. Pemeriksaan fisik bayi	49
4. Pemeriksaan Penunjang	49
5. Therapy	50
6. Analisa Data.....	51
7. Diagnose Keperawatan	53
8. Intervensi Keperawatan	53
9. Implementasi Keperawatan.....	56
10. Evaluasi Keperawatan.....	68
B. Pembahasan.....	75

1. Pengkajian keperawatan	76
2. Diagnose Keperawatan	79
3. Intervensi Keperawatan	85
4. Implementasi Keperawatan.....	92
5. Evaluasi Keperawatan.....	97
C. Keterbatasan kasus.....	101
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	102
A. Kesimpulan	102
B. Saran	104
DAFTAR PUSTAKA	106
LAMPIRAN.....	110



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan	25
Tabel 3.1 SOP Foot And Hand Massage	33
Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang Pasien I Tanggal 11 Februari 2025.....	49
Tabel 4.2 Pemeriksaan Penunjang Pasien II Tanggal 12 Februari 2025	50



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	21
Gambar 3.1 Skala NRS (Numeric Rating Scale)	32



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Lampiran 2. Lembar Konsultasi Bimbingan KTI

Lampiran 3. Hasil turnitin



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketuban pecah dini (KPD) dapat meningkatkan risiko terjadinya operasi caesar. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini bisa menimbulkan berbagai ancaman. Baik pada kehamilan muda maupun yang cukup bulan, ketuban pecah dini dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti berkurangnya volume cairan ketuban (oligohidramnion), gawat janin, dan infeksi pada rahim. Oleh karena itu, dalam beberapa kasus, penting untuk melindungi kesehatan ibu dan janin. kehamilan perlu segera ditangani, salah satunya dengan tindakan operasi caesar (Byonanuwe et al., 2020).

Menurut data World Health Organization (WHO) tahun 2014, angka kejadian ketuban pecah dini (KPD) diperkirakan 5-10% dari seluruh kelahiran. Selain itu, KPD yang terjadi di kehamilan prematur mencapai sekitar 1% dari seluruh kehamilan aterm. Pada tahun 2017, WHO mencatat angka kejadian ketuban pecah dini di dunia berkisar antara 50-60%. Di Indonesia, angka ini bahkan lebih tinggi, yaitu sekitar 65% dari total persalinan (Wulandari et al., 2019). Ketuban pecah dini merupakan kondisi yang dapat terjadi pada ibu hamil. Angka kejadian ketuban pecah dini (KPD) di dunia berdasarkan data yang dihimpun oleh Boskabdi (2019) dan Wahyuni (2020), angka kejadian ketuban pecah dini bervariasi di berbagai negara. Di Brasil, kasus ini tercatat sekitar 3,1%, sementara di Manipur, India, angka KPD mencapai 2,2%. Di China, angka kejadian jauh lebih tinggi, yaitu sekitar 19,2%. Sementara itu, di

Mesir tercatat 5,3%, Nigeria 3,3%, dan Uganda 7,5%. Perbedaan angka ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk kondisi kesehatan ibu, akses terhadap layanan medis, faktor lingkungan dan sosial di masing-masing negara.

Di Indonesia, ketuban pecah dini (KPD) terjadi pada sekitar 8–10% dari seluruh kehamilan. Dalam kaitannya dengan jumlah kelahiran, kejadian KPD diperkirakan mencapai 3–10% (Ekawati et al. , 2022). Angka ini menunjukkan bahwa KPD cukup umum dan memerlukan perhatian lebih dari tenaga medis serta ibu hamil guna mengurangi potensi risiko yang bisa terjadi bagi ibu dan anak.

Menurut data RISKESDAS tahun 2021, sekitar 17,6% persalinan di Indonesia dilakukan melalui operasi caesar (SC). Tindakan ini biasanya diambil karena adanya komplikasi selama kehamilan atau persalinan, yang mencakup 23,2% dari seluruh kasus. Beberapa faktor penyebabnya meliputi posisi janin yang tidak normal, seperti sungsang atau letak melintang (3,1%), perdarahan (2,4%), eklampsia (0,2%), ketuban pecah dini (5,6%), persalinan yang berlangsung lama (4,3%), terlilitnya tali pusat (2,9%), plasenta previa (0,7%), retensi plasenta (0,8%), hipertensi (2,7%), serta faktor-faktor lainnya (4,6%). (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Tengah tahun 2019, tercatat ada 170.000 persalinan, sebanyak 3.401 di antaranya dilakukan dengan cara operasi caesar. Hal ini berarti ada sekitar 20% dari seluruh persalinan di Jawa Tengah pada tahun tersebut dilakukan dengan metode bedah caesar

(Kemeankes Jawa Tengah, 2019). Angka ini menunjukkan bahwa prosedur operasi caesar menjadi pilihan dalam beberapa kasus persalinan, baik karena alasan medis ataupun dari faktor lainnya.

Ketuban pecah dini (KPD) dapat menimbulkan berbagai komplikasi untuk ibu dan bayi. Pada ibu, KPD berisiko menyebabkan infeksi selama persalinan dan setelah melahirkan (masa nifas), memperlambat proses persalinan, serta meningkatkan kemungkinan menjalani operasi caesar (sectio caesarea). Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, KPD yang berlangsung lebih dari 6 jam sebelum persalinan bisa meningkatkan angka kelahiran melalui operasi caesar hingga 19%. Selain itu, bagi bayi, KPD dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur yang berakibat pada gangguan pernapasan (sindrom distress pernapasan), kesulitan menjaga suhu tubuh (hipotermia), serta masalah dalam menyusu. adapun kondisi ini dapat menyebabkan berkurangnya jumlah cairan ketuban (oligohidramnion), serta meningkatkan risiko gangguan kesehatan serius dan bahkan kematian pada bayi baru lahir. (Barokah, L., & Agustina, S. A. 2021).

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Faktor-faktor tersebut antara lain yaitu kondisi sosial ekonomi yang rendah, kebiasaan merokok, serta riwayat infeksi menular seksual. Selain itu, Adapun ibu yang pernah mengalami persalinan prematur atau memiliki riwayat KPD pada kehamilan sebelumnya juga lebih berisiko mengalami kondisi yang sama. Faktor lain yang dapat berkontribusi adalah perdarahan selama kehamilan, pembesaran rahim akibat kehamilan kembar,

atau kelebihan air ketuban (polihidramnion). Selain itu, prosedur medis tertentu seperti pemasangan jahitan pada leher rahim (sirkulase) dan pengambilan sampel cairan ketuban (amniosentesis) juga dapat memicu KPD, terutama pada usia kehamilan aterm. Pada kehamilan prematur, KPD sering kali disebabkan oleh infeksi atau peradangan pada selaput ketuban serta berkurangnya jumlah kolagen yang berperan untuk menjaga kekuatan membran ketuban. Oleh karena itu, pemantauan yang baik selama kehamilan sangat penting untuk mengurangi risiko terjadinya KPD (Melisa, S. 2021).

Penyebab dari kondisi ketuban pecah dini masih belum bisa diketahui atau ditentukan dengan pasti. Namun, ada beberapa faktor yang berhubungan erat dengan kondisi tersebut, menurut Lazuardi (2020). Faktor predisposisi diantara lain

Infeksi, dapat secara langsung menyerang selaput ketuban atau menyebar dari vagina, serta peradangan pada cairan ketuban dapat menyebabkan ketuban pecah dini (KPD). Kondisi ini sangat berisiko bagi ibu dan janin, sehingga penting sekali untuk mengenali gejalanya dan segera mencari penanganan medis. Serviks yang lemah atau tidak mampu menutup dengan baik bisa menyebabkan leher rahim tetap terbuka. Karena kondisi ini biasanya terjadi akibat kelainan pada serviks, yang bisa disebabkan oleh persalinan sebelumnya atau tindakan medis seperti kuretase. Jika tidak ditangani dengan benar kondisi ini berisiko menyebabkan keguguran atau kelahiran premature. Peningkatan tekanan dalam rahim yang berlebih (overdistensi uterus) dapat memicu ketuban pecah dini (KPD). Tekanan ini

bisanya disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk trauma fisik. Trauma tersebut bisa terjadi akibat dari hubungan seksual, pemeriksaan medis di dalam vagina, atau prosedur seperti amniosentesis. Dalam banyak kasus, KPD yang terjadi akibat kondisi ini juga disertai dengan infeksi, hal ini bisa membahayakan ibu dan janin. Kelainan posisi janin, seperti sungsang, bisa menyebabkan bagian terbawah janin tidak menutupi pintu atas panggul (PAP). Akibatnya, tidak terdapat tekanan yang cukup untuk menahan selaput ketuban, sehingga dapat meningkatkan risiko ketuban pecah dini (KPD).

Dampak dari ketuban pecah dini (KPD) dapat dirasakan oleh ibu dan bayi. Ibu berisiko tinggi mengalami infeksi selama proses persalinan, yang jika tidak ditangani dapat berkembang menjadi sepsis, berpotensi meningkatkan tingkat morbiditas dan mortalitas. Di sisi lain, bayi juga menghadapi risiko, seperti terjadinya bronchopulmonary dysplasia (BPD), yang dapat menyebabkan hipoksia dan asfiksia sekunder, memengaruhi kesehatan mereka setelah kelahiran. Untuk mengurangi risiko hipoksia pada bayi dalam kondisi tertentu, operasi caesar sering kali dipilih sebagai metode yang lebih aman. (Meylani, E. 2023).

Operasi caesar harus dipahami sebagai alternatif yang diambil ketika persalinan normal tidak memungkinkan. Tindakan ini dilakukan berdasarkan indikasi medis yang terbagi menjadi dua kategori, yaitu indikasi maternal dan indikasi fetal. Dalam proses operasi caesar, fetus, plasenta, dan selaput ketuban dikeluarkan melalui sayatan di dinding perut dan rahim, dengan tujuan utama menjaga keselamatan ibu dan anak.

Namun, seiring berjalannya waktu, jumlah persalinan caesar semakin meningkat, tidak hanya karena alasan medis, tetapi juga faktor sosial. Beberapa alasan yang sering muncul antara lain kecemasan atau ketakutan akan rasa sakit, kekhawatiran tidak mampu menghadapi rasa sakit saat persalinan normal, trauma dari pengalaman melahirkan sebelumnya, serta keyakinan bahwa tanggal dan waktu persalinan dapat mempengaruhi masa depan anak. Selain itu, ada juga kekhawatiran bahwa persalinan normal dapat berdampak pada hubungan seksual, faktor dari profesional kesehatan, saran dari pasangan, dan alasan praktis seperti kesempatan untuk melakukan sterilisasi bersamaan dengan operasi caesar. Belum lagi, faktor sosial dan ekonomi yang turut memengaruhi keputusan untuk memilih langkah ini. (Mekania Safitri, 2020).

Sectio caesarea adalah suatu prosedur persalinan yang dilakukan dengan cara membuat sayatan pada bagian depan rahim untuk membantu proses kelahiran bayi ataupun janin (Pragholapati, 2020). Persalinan dengan metode SC (Sectio Caesarea) adalah tindakan operasi pada ibu hamil yang melibatkan pemotongan pada kulit, dinding perut, dan rahim untuk menyelamatkan ibu dan bayinya. Proses ini dilakukan saat ibu tidak dapat melahirkan secara normal karena kondisi atau ada masalah tertentu (Setia & Arifin, 2021).

Dampak dari operasi caesar (SC) yang perlu diwaspadai yaitu perdarahan, pembekuan darah di pembuluh balik (tromboflebitis), penyumbatan pembuluh darah (emboli), serta infeksi pasca operasi. Infeksi

ini bisa menjadi penyebab utama komplikasi setelah dilakukannya operasi caesar, bahkan sekitar 90% kasus morbiditas pasca operasi disebabkan oleh infeksi, seperti infeksi pada rahim, kandung kemih, usus, maupun luka bekas operasi. Jika infeksi tidak segera ditangani dengan benar dan berlangsung dalam jangka waktu yang lama, kondisi ini dapat berkembang menjadi infeksi yang lebih serius hingga sepsis, hal ini bisa berisiko mengancam nyawa ibu. Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan ibu menjalani operasi caesar diantaranya yaitu usia, jumlah kehamilan sebelumnya (paritas), preeklamsia, serta riwayat persalinan dengan operasi caesar sebelumnya (Handayani, 2020).

Salah satu masalah yang bisa muncul setelah operasi caesar yaitu munculnya rasa nyeri akibat sayatan di perut. Prosedur ini menyebabkan perubahan pada jaringan perut bagian depan karena ada robekan atau sayatan selama operasi. Bagi ibu yang pernah menjalani operasi caesar sebelumnya juga berisiko mengalami cedera pada area bekas sayatan akibat dari prosedur tersebut. Selain itu, penggunaan anestesi epidural selama operasi juga bisa menyebabkan efek samping salah satunya adalah nyeri pada punggung dan leher, biasanya sering dialami oleh sebagian besar ibu setelah menjalani operasi caesar. Rasa nyeri yang dirasakan dapat menjadi tantangan tambahan, terutama pada saat ibu bergerak untuk pertama kalinya setelah operasi (mobilisasi dini), karena intensitas nyeri yang cukup kuat dapat menghambat proses pemulihan (Febiantri & Machmudah, 2021).

Menurut Zimpel et al. (2020), terapi non-farmakologi dapat menjadi salah satu pilihan alternatif dalam mengatasi nyeri setelah operasi caesar. Terapi ini dikenal sebagai terapi komplementer dan alternatif (Complementary and Alternative Medicine/CAM), yang dapat digunakan sebagai metode tambahan untuk meredakan rasa sakit tanpa menggunakan obat-obatan. Ada beberapa jenis terapi komplementer yang bisa membantu mengurangi nyeri pasca operasi caesar diantaranya pijat, musik yang menenangkan, teknik relaksasi, metode yang menghubungkan pikiran dan tubuh, refleksiologi, penggunaan obat herbal, hipnosis, serta sentuhan terapeutik. Terapi-terapi ini bertujuan untuk memberikan kenyamanan dan membantu mengelola nyeri dengan cara yang lebih alami (Mata & Kartini, 2020).

Terapi pijat menjadi salah satu metode yang cukup masuk akal untuk membantu meredakan nyeri, karena teknik relaksasi ini bisa dikatakan sederhana, mudah dilakukan, dan dapat diterapkan sendiri oleh pasien atau dengan bantuan orang lain. Salah satu jenis pijat yang dapat digunakan sebagai terapi komplementer untuk mengurangi nyeri adalah pijat pada kaki dan tangan (foot & hand massage). Pijat pada area kaki dan tangan memiliki berbagai manfaat, diantaranya adalah meningkatkan sirkulasi darah, membantu tubuh lebih rileks, mengurangi rasa nyeri, dan juga mempercepat proses pemulihan setelah sakit atau menjalani prosedur medis (Devi, 2019).

Pijat kaki memiliki banyak manfaat, diantaranya adalah bisa membantu mengurangi rasa sakit dan kelelahan. Terapi ini sering diterapkan

di berbagai fasilitas kesehatan sebagai metode pengelolaan nyeri tanpa disertai dengan obat. Pemberian pijat kaki terbukti dapat meredakan nyeri setelah operasi caesar, karena tekanan lembut yang diberikan pada kaki mampu merangsang saraf dan mengirimkan sinyal ke otak lebih cepat dibandingkan rasa sakit yang dirasakan. (Masadah, 2020).

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah implementasi relaksasi foot and hand message dapat membantu mengatasi nyeri kepada pasien post operasi sectio caesarea?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memberikan gambaran mengenai asuhan keperawatan pada pasien yang melakukan operasi caesar (sectio caesarea) akibat dari ketuban pecah dini (KPD). Penulis berharap karya ini dapat menjelaskan secara sistematis bagaimana proses asuhan keperawatan yang tepat untuk membantu pemulihan pasien setelah dilakukan tindakan operasi sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penilaian ini adalah:

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan awal terhadap Ny. I dan Ny. Z setelah menjalani operasi caesar akibat ketuban pecah dini di ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit NU Demak.

- b. Mengidentifikasi dan menggambarkan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny. I dan Ny. Z pasca operasi caesar dengan indikasi ketuban pecah dini.
- c. Menjelaskan rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny. I dan Ny. Z setelah operasi caesar agar proses pemulihannya berjalan optimal.
- d. Mendeskripsikan pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. I dan Ny. Z pasca operasi caesar.
- e. Mengevaluasi hasil dari perawatan yang telah diberikan kepada Ny. I dan Ny. Z setelah menjalani operasi caesar, khususnya terkait pemulihan dan kesehatannya.

D. Manfaat Studi Kasus

Karya Tulis Ilmiah yang disusun ini diharap dapat bermanfaat untuk berbagai pihak yang terkait, antara lain:

1. Masyarakat:
Studi kasus ini dapat membantu meningkatkan pemahaman masyarakat tentang bagaimana mengatasi nyeri post operasi section caesarea dengan melakukan relaksasi foot and hand message.
2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan:
Studi kasus ini dapat menambah wawasan, keluasan ilmu dan teknologi terapan pada bidang keperawatan dalam penatalaksanaan tindakan mandiri perawat dengan relaksasi foot and hand message
3. Penulis:

Studi kasus ini mampu memberikan manfaat bagi penulis dan pemahaman serta ketrampilan dalam mengimplementasikan prosedur relaksasi foot and hand message untuk mengatasi nyeri post operasi section caesarea



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD)

1. Konsep Dasar Sectio Caesarea

Operasi Sectio Caesarea (SC) merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan bayi dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan rahim. Tindakan ini biasanya dilakukan ketika persalinan normal tidak memungkinkan atau berisiko bagi ibu maupun bayi. Ada beberapa alasan untuk dilakukan operasi sesar diantaranya adalah posisi tali pusat yang menurun sebelum bayi lahir (prolaps tali pusat), persalinan yang terhenti, atau tidak sesuai ukuran antara kepala bayi dan panggul ibu (disproporsi sefalopelvik) (Nisa, 2021). Operasi Caesarea adalah suatu tindakan medis yang dilakukan pada ibu yang melahirkan dengan membuat sayatan pada kulit, dinding perut, dan rahim. Tindakan operasi ini bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi, terutama jika persalinan normal tidak memungkinkan akibat kondisi tertentu yang dapat membahayakan keduanya (Setia & Arifin, 2021).

2. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan suatu kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum proses persalinan dimulai. Hal ini terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu, kondisi ini disebut dengan ketuban pecah dini (KPD) pada kehamilan prematur. Secara umum,

sekitar 8–10% ibu hamil dengan usia kehamilan cukup bulan mengalami KPD. Masalah ini dapat meningkatkan risiko infeksi pada ibu dan bayi serta berpotensi menyebabkan rasa nyeri hingga meningkatkan risiko kematian bagi keduanya (Jannah, 2019).

3. Etiologi

Terdapat dua alasan utama mengapa seorang ibu mungkin perlu menjalani operasi caesar (Ansori, 2022),

a. Indikasi pada ibu

Pada kehamilan pertama (primigravida) yang disertai masalah seperti halnya posisi janin yang tidak normal, riwayat kehamilan sebelumnya yang bermasalah, panggul yang terlalu sempit, atau adanya plasenta yang menutupi jalan lahir (plasenta previa). Selain itu, wanita yang hamil di usia lebih tua dengan posisi janin yang tidak wajar, atau kondisi seperti ketidaksesuaian antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu (disproporsi sefalopelvik/CPD), hal ini dapat menjadi pertimbangan. Komplikasi lainnya yang dapat menjadi alasan operasi caesar antara lain preeklampsia atau eklampsia (tekanan darah tinggi selama kehamilan), serta kehamilan yang disertai penyakit seperti diabetes, gangguan jantung, atau adanya hambatan dalam proses persalinan akibat kista ovarium atau mioma (tumor jinak di rahim).

b. Indikasi janin

Beberapa kondisi yang berkaitan langsung dengan bayi bisa menjadi alasan dilakukannya operasi caesar. Misalnya, saat janin

mengalami kondisi gawat darurat di dalam kandungan, seperti posisi bayi yang tidak normal atau tidak sesuai untuk persalinan normal, tali pusat keluar lebih dulu sebelum bayi (prolaps tali pusat) saat pembukaan masih kecil, atau ketika upaya persalinan dengan bantuan alat seperti vakum atau forceps tidak berhasil. Semua kondisi ini menunjukkan bahwa janin memerlukan penanganan segera untuk menghindari risiko yang lebih serius.

B. Tujuan Asuhan Keperawatan pada Post SC dengan Indikasi KPD

Penelitian ini bertujuan untuk memahami pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang menjalani operasi section caesarea akibat ketuban pecah dini. Asuhan keperawatan ini mengacu pada standar praktik klinis keperawatan yang terdiri dari lima tahap, diantaranya adalah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Salah satu manfaat utama dari penerapan asuhan keperawatan yang baik yaitu meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan. Pelayanan ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien, termasuk kebutuhan fisiologis, rasa aman dan perlindungan, kasih sayang dan juga dukungan sosial, penghargaan diri, hingga kebutuhan untuk mengembangkan potensi diri (Julieta & Widiastuti Giri, 2021).

C. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

1. Adaptasi Fisiologis

Masa nifas atau postpartum yaitu sebuah periode di mana kembalinya organ-organ reproduksi ibu ke kondisi semula seperti

sebelum kehamilan. Proses ini melibatkan beberapa perubahan fisiologis yang terjadi secara bertahap setelah melahirkan (Utami et al., 2021)

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

a) Proses Involusi

Involusi adalah suatu proses dimana kembalinya rahim ke ukuran dan kondisi awal. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar, hal ini dipicu oleh kontraksi otot-otot rahim yang bisa membantu mengecilkan ukurannya.

b) Kontraksi

Sebagai respons terhadap penurunan drastis volume didalam rahim setelah melahirkan, kontraksi rahim menjadi sangat intens untuk membantu proses pemulihan dan mengembalikannya ke ukuran seperti semula.

c) Afterpains

Kondisi ini biasanya lebih sering terjadi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan (primipara), di mana tonus atau kekuatan rahim dapat meningkat sehingga bagian puncak rahim (fundus) tetap terasa kencang. Selain itu, pada ibu yang sudah melahirkan lebih dari sekali (multipara), rahim ibu cenderung mengalami relaksasi dan kontraksi secara bertahap, dapat juga menyebabkan rasa nyeri selama awal masa nifas.

2) Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, dapat terjadi penurunan kontraksi pembuluh darah serta proses pembekuan darah di area tempat yang terdapat tempelan plasenta. Area ini terkadang tampak seperti menonjol, bentuk tidak teratur, dan bernodul. Setelah itu, lapisan dalam rahim (endometrium) mulai tumbuh kembali untuk membantu pelepasan jaringan mati dan mencegah terbentuknya jaringan parut, yang menjadi bagian penting dalam proses penyembuhan.

3) Lokhea

Lochia yaitu cairan yang keluar dari rahim dan vagina setelah melahirkan selama masa nifas. Cairan ini termasuk bagian dari proses alami tubuh dalam membersihkan sisa-sisa kehamilan dan membantu pemulihan rahim. Lokhea dibagi menjadi 3 yaitu :

a) Lokhea Rubra

Lokhea di hari pertama sampai dengan hari ketiga setelah melahirkan berwarna merah tua. Hal ini terjadi karena masih mengandung darah segar dari proses pembersihan rahim setelah persalinan.

b) Lokhea serosa

Lokhea terjadi pada hari ketiga sampai hari ke 14 setelah melahirkan. Biasanya darah yang keluar berwarna merah muda atau kekuningan. Warna ini menandakan bahwa darah yang

keluar mulai berkurang dan bercampur dengan cairan lain dari rahim.

c) Lokhea alba

Pada tahap ini, terjadi berlangsungnya pemulihan pada rahim. Cairan yang keluar berwarna putih atau bening menandakan bahwa sisa darah hampir tidak ada. Tahap ini biasanya terjadi mulai hari ke14 setelah melahirkan dan dapat berlangsung kurang lebih selama satu atau dua minggu berikutnya.

4) Serviks

Setelah melahirkan, leher rahim (serviks) berubah menjadi lunak. Akan tetapi, sekitar 18 jam setelah persalinan, serviks mulai memendek kembali dan mengencang secara bertahap serta kembali ke bentuk semula seperti sebelum kehamilan.

5) Vagina dan Perinium

Setelah melahirkan, vagina dan perineum yang sebelumnya meregang akan kembali secara bertahap ke ukuran semula. Proses pemulihan ini berlangsung sekitar 6 sampai 8 minggu setelah persalinan. Lipatan-lipatan pada dinding vagina (rugae) mulai tampak kembali sekitar minggu ke4.

b. Abdomen

Pada ibu yang baru melahirkan, perut masih terlihat menonjol ke depan seperti sedang hamil, terutama pada hari pertama setelah

persalinan. Dinding perut akan Kembali dengan sendirinya secara bertahap, namun proses ini memerlukan waktu sekitar 6 minggu.

c. Sistem Urinaria

Dalam kehamilan, perubahan hormon dapat menyebabkan peningkatan fungsi ginjal. Namun, setelah melahirkan, kadar hormon steroid bisa menurun, jadi fungsi ginjal mulai kembali ke kondisi normal.

d. Sistem Cerna

- a) Nafsu makan
- b) Mobilitas
- c) Defekasi

e. Payudara

1) Ibu Tidak Menyusui

Pada ibu yang tidak menyusui, bisa terjadi pembengkakan di payudara karena produksi dan pengeluaran kolostrum masih berlanjut selama beberapa hari setelah melahirkan. Payudara yang bengkak biasanya terasa keras saat diraba, nyeri ketika ditekan, dan terasa hangat.

2) Ibu Menyusui

Saat dalam proses menyusui (laktasi), payudara bisa membentuk tonjolan akibat dari kelenjar susu yang terisi penuh, biasanya posisinya dapat berubah dari hari ke hari. Sebelum menyusui, biasanya payudara terasa lebih lunak, dan cairan berwarna

kekuningan, hal ini biasanya disebut dengan kolostrum yang akan keluar. Setelah menyusui, payudara terasa lebih kencang dan terasa hangat saat disentuh. Rasa nyeri pada payudara umumnya berlangsung sekitar 48 jam. Selain itu, susu berwarna putih kekuningan juga dapat keluar dari puting.

f. Sistem Kardio Faskuler

- a) Volume darah
- b) Curah jantung
- c) Tanda-tanda vital
- d) Varises

g. Sistem Neurologi

Perubahan sistem saraf yang terjadi selama masa nifas berlawanan dengan adaptasi saraf yang terjadi selama kehamilan. Perubahan ini biasanya terjadi sebagai respons terhadap trauma yang pernah dialami ibu selama proses persalinan dan melahirkan.

h. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi pada sistem otot dan tulang ibu selama periode kehamilan akan berangsur kembali seperti semula setelah melahirkan. Penyesuaian ini mencakup berbagai adaptasi yang sebelumnya membantu tubuh ibu lebih rileks dan menyesuaikan diri dengan pertumbuhan rahim yang membesar.

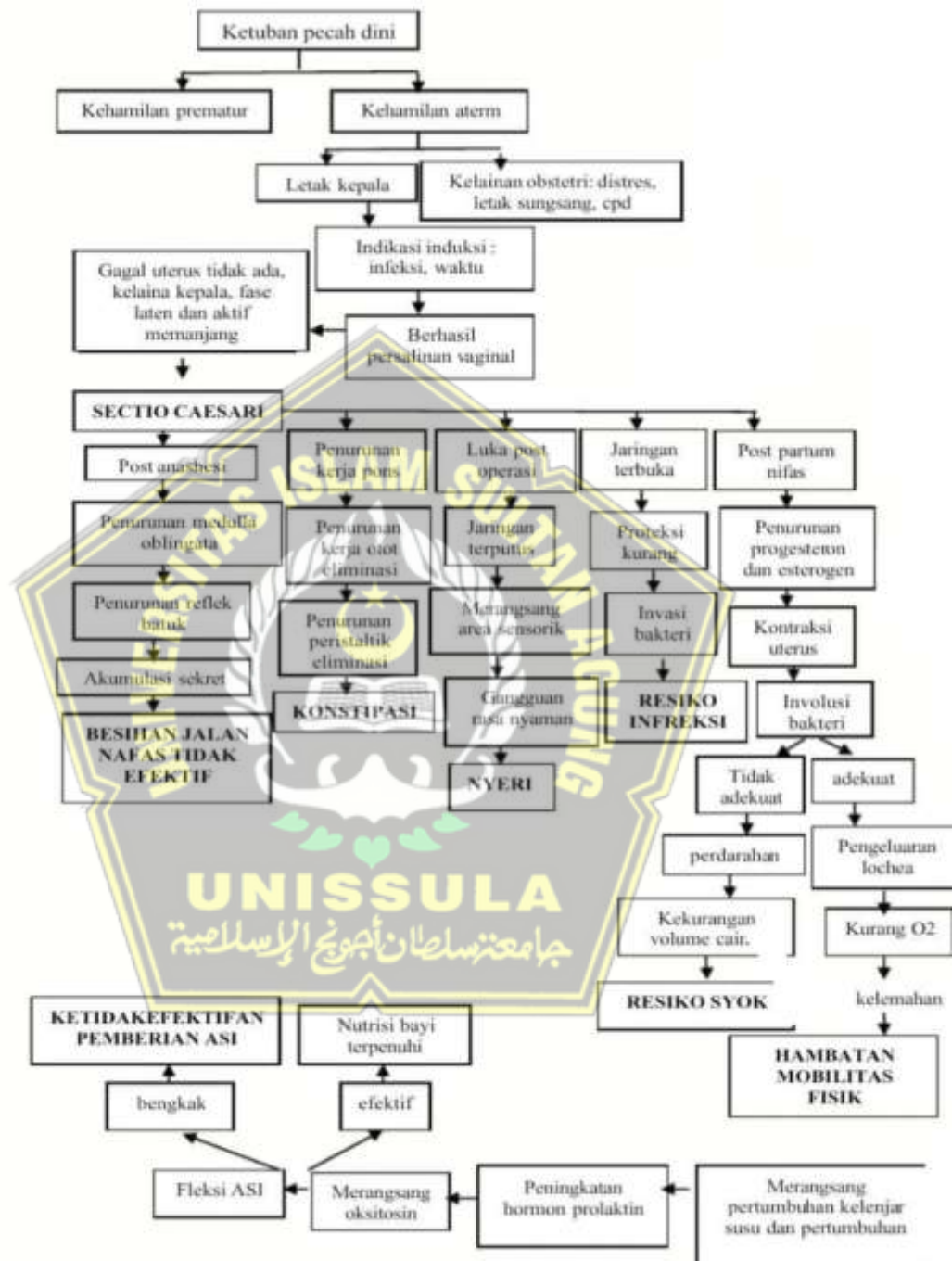
2. Adaptasi Psikologis

Adaptasi psikologis terhadap ibu pasca melahirkan terjadi ketika mulai merawat bayinya. Proses ini menandai perubahan emosional dan mental, di mana ibu harus menyesuaikan diri dengan peran barunya serta tanggung jawab dalam mengasuh dan merawat sang buah hati (Astri et al., 2020).

3. Patofisiologi

Beberapa kondisi yang bisa terjadi selama proses persalinan dapat menyebabkan kelahiran tidak berlangsung secara normal atau spontan. Misalnya, ketika ukuran kepala bayi tidak seimbang dengan panggul ibu, ibu mengalami preeklamsia berat, posisi bayi yang tidak wajar, serta kasus plasenta previa, yaitu kondisi di mana plasenta menutupi jalan lahir. Selain itu ada juga kehamilan kembar, usia ibu yang sudah cukup tua saat mengandung, proses persalinan yang terlalu lama, lepasnya plasenta sebelum waktunya, ketuban pecah namun bayi belum juga lahir dalam waktu lebih dari 24 jam, serta kontraksi yang lemah juga dapat termasuk faktor penyebab. Karena kondisi-kondisi tersebut dapat membahayakan ibu maupun bayi, maka diperlukan tindakan medis segera, salah satunya melalui operasi caesar (Sectio Caesarea) (Popy Freytsia Ramadanty, 2019)

4. Pathways



Gambar 2.1 Pathway

D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post SC

Asuhan keperawatan merupakan suatu tindakan yang dilakukan secara sistematis oleh perawat dengan pasien untuk memenuhi kebutuhan pasien. Dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan, proses asuhan keperawatan ini dibagi menjadi beberapa tahap, diantaranya adalah pengkajian (mengumpulkan data pasien), diagnosa keperawatan (menentukan masalah kesehatan pasien), perencanaan keperawatan (menyusun langkah perawatan yang akan dilakukan), implementasi (melaksanakan tindakan keperawatan), dan evaluasi (menilai hasil dari perawatan yang telah diberikan) (Clara, 2020).

1. Pengkajian

- a. Identitas, hal ini mencakup informasi dasar pasien, seperti nama, usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan alamat tempat tinggal. Selain itu, data ini juga mencatat status pernikahan, suku bangsa, nomor registrasi pasien, tanggal masuk rumah sakit, serta diagnosis medis yang telah ditetapkan (Clara, 2020).
- b. Keluhan utama, biasanya keluhan yang dialami oleh ibu setelah menjalani operasi caesar yaitu nyeri di area bekas sayatan operasi. Untuk memahami lebih lanjut karakteristik nyeri yang dirasakan, dilakukan pengkajian menggunakan metode PQRST, yaitu P (pemicu nyeri), Q (jenis atau karakter nyeri), R (lokasi nyeri), S (skala nyeri), dan T (durasi atau waktu munculnya nyeri) (Nurfarida, 2022).
- c. Riwayat kesehatan, Riwayat obstetric yaitu Riwayat yang mencakup informasi tentang kehamilan, persalinan, dan riwayat keguguran pada

ibu yang biasanya dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida untuk jumlah kehamilan, Para untuk jumlah persalinan yang terjadi, dan Abortus untuk jumlah keguguran). Selain itu, riwayat ini juga mencakup usia saat pertama kali menstruasi (menarche), pola siklus haid, serta adanya nyeri haid atau gangguan menstruasi lainnya (Farah Dilla et al., 2020).

d. Pemeriksaan **head to toe**

- 1) Tanda-tanda vital yang mencakup pemeriksaan seperti tekanan darah, suhu tubuh, denyut nadi, dan laju pernapasan untuk menilai kondisi umum pasien.
- 2) Pemeriksaan kepala meliputi pemeriksaan seperti bentuk kepala, kebersihan, ada atau tidaknya benjolan atau luka (lesi). Pada ibu yang baru melahirkan (postpartum), biasanya sering ditemukan chloasma gravidarum, yaitu perubahan warna kulit wajah yang lebih gelap akibat kehamilan.
- 3) Pemeriksaan leher dilakukan untuk mengetahui dan menilai kelenjar tiroid serta kondisi vena jugularis, hal ini untuk memastikan apakah terdapat pembengkakan atau kelainan lainnya.
- 4) Pemeriksaan payudara mencakup pengamatan warna kulit (apakah ada kemerahan), adanya pembengkakan, dan juga pemeriksaan dengan perabaan untuk mendeteksi massa atau benjolan. Selain itu, dilakukan juga penilaian apakah terdapat rasa

nyeri saat ditekan, yang bisa menjadi tanda adanya masalah seperti infeksi atau peradangan.

- 5) Pemeriksaan abdomen hal ini dilakukan untuk menilai apakah ada cedera akibat operasi, tanda-tanda peradangan, atau perdarahan. Selain itu, juga diperiksa adakah kemungkinan diastasis rectus abdominis, yaitu suatu kondisi di mana otot perut bagian tengah terpisah lebih dari 2,5 cm di sekitar area pusar (D. Aulia et al., 2021).
- 6) Pemeriksaan genitalia bertujuan untuk melihat apakah ada pembengkakan (edema) atau tanda-tanda infeksi. Selain itu, juga dilakukan pemeriksaan terhadap lokia, yaitu darah nifas yang keluar setelah melahirkan, dengan menilai warna, bau, jumlah, dan konsistensinya guna memastikan proses pemulihan berjalan dengan normal.
- 7) Pemeriksaan ekstremitas difokuskan pada kondisi kaki, untuk melihat apakah ada varises, pembengkakan, nyeri tekan, ataupun rasa panas pada betis. Refleks patela juga diperiksa untuk penilaian neurologis. Salah satu metode yang digunakan yaitu uji Homan, dengan cara meletakkan satu tangan di atas lutut ibu, memberikan tekanan ringan, dan menjaga kaki tetap lurus. Jika ibu merasakan nyeri di betis, maka hasil uji Homan dinyatakan positif, yang bisa menjadi tanda adanya gangguan pada pembuluh darah, seperti trombosis (D. Aulia et al., 2021)

2. Diagnosa keperawatan

Hal yang paling penting dalam menentukan asuhan yang benar agar bisa menunjang tercapainya Tingkat untuk yang paling tinggi (Kusumaningrum, 2022). Diagnosa yang sering muncul pada ibu post section caesarea yaitu:

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D. 0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)
- c. Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Infasif (D.0142)

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbl Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal terapi music, kompres hangat, teknik relaksasi) b. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi a. Jelaskan strategi meredakan nyeri b. Ajarkan teknik nonfarmakologis yang dapat menurunkan rasa nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentan Gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) b. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi a. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: a. Demam menurun b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka d. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yaitu suatu tindakan keperawatan untuk membantu pasien dalam meningkatkan status kesehatan pasien dari suatu masalah kesehatan yang muncul, menguraikan kriteria hasil yang diharapkan (Rimadeni et al., 2022)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan bagaimana respon yang diberikan pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan. Evaluasi juga terdiri dari dua komponen diantaranya adalah formatif dan sumatif. Selanjutnya dilakukan penyusunan dengan SOAP:

S: ungkapan yang sedang dirasakan pasien setelah dilakukan implementasi

O: keadaan yang dilihat oleh perawat

A: Analisa perawat setelah mendapatkan respon subjektif dan objektif, dilihat apakah masalah pasien sudah teratasi, hanya teratasi Sebagian, atau belum teratasi

P: rencana tindak lanjut perawat setelah mendapatkan data Analisa

E. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI

1. Foot And Hand Massage

a. Pengertian

Pijat atau massage adalah suatu teknik sentuhan lembut yang bisa memberikan rasa rileks dan nyaman pada tubuh kita. Sentuhan ini bekerja melalui permukaan kulit dan dapat membantu mengurangi

rasa nyeri. Ada berbagai jenis pijat yang bisa digunakan untuk meredakan nyeri, seperti pijat tangan (hand massage), effleurage (usap lembut), pijat punggung dalam (deep back massage), dan pijat kaki (foot massage). Untuk pasien yang baru saja menjalani operasi di area perut, pijat kaki merupakan pilihan yang paling tepat. Karena di area kaki terdapat banyak saraf yang terhubung langsung ke organ-organ dalam tubuh, sehingga bisa membantu proses penyembuhan secara tidak langsung (Sari & Rumhaeni, 2020 dalam Sindi, 2023).

b. Indikasi

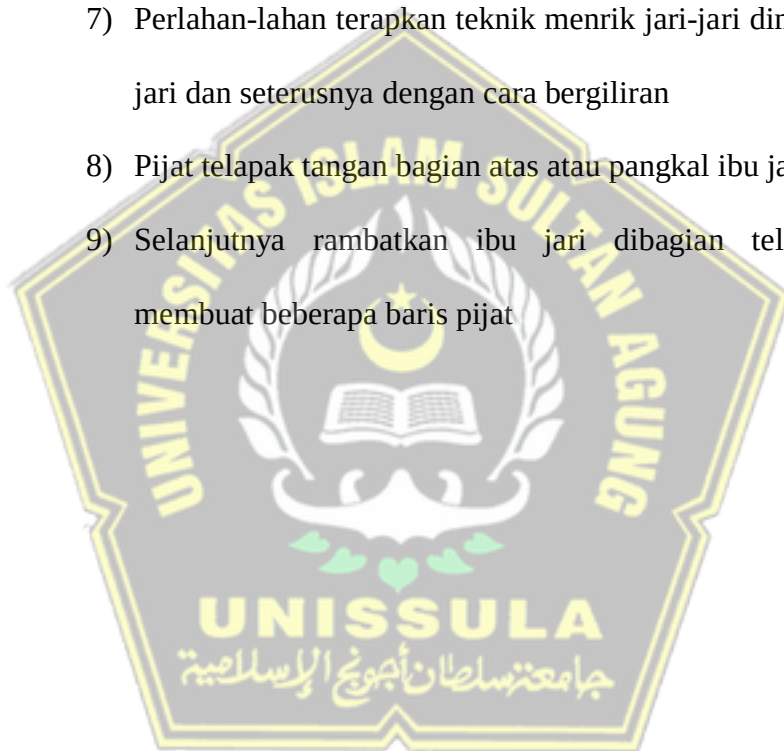
- 1) Klien dengan post SC yang pertama kali
- 2) 6 jam post analgesic di ruang observasi
- 3) Kesadaran compos mentis

c. Prosedur intervensi

- 1) Pastikan posisi berbaring sudah terasa nyaman. Ambil baby oil yang akan digunakan.
- 2) Selanjutnya lapisi permukaan yang akan dipijat dengan handuk lembut agar tetap bersih dan tidak terciprat baby oil
- 3) Lakukan proses pemanasan dengan memijat ringan dengan menggunakan baby oil
- 4) Perlahan – lahan terapkan teknik menarik jari – jari, dimulai dari ibu jari dan seterusnya secara bergiliran selama kurang lebih 15 detik. Pijat telapak kaki bagian atas atau pangkal ibu jari, tekan menggunakan ibu jari dengan menggunakan teknik merambat

kurang lebih selama 15 detik.

- 5) Lanjutkan dengan merambatkan ibu jari di bagian telapak kaki bawah membuat beberapa baris pijatan.
- 6) Gunakan teknik merambatkan ibu jari untuk memijat. Mulailah dari pangkal ibu jari, telunjuk, jari tengah, jari manis dan kelingking.
- 7) Perlahan-lahan terapkan teknik menarik jari-jari dimulai dari ibu jari dan seterusnya dengan cara bergiliran
- 8) Pijat telapak tangan bagian atas atau pangkal ibu jari
- 9) Selanjutnya rambatkan ibu jari dibagian telapak tangan membuat beberapa baris pijat



BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Saya melakukan pengambilan data di ruang Mahmudah Mawardi, RSUD Demak. Proses pengumpulan data ini dilakukan pada tanggal tertentu yang telah ditentukan sebelumnya. Subjek dalam studi ini adalah dua orang pasien pasca operasi sesar (sectio caesarea) dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD), yang mengalami masalah nyeri akut dan memerlukan mobilisasi dini. Dalam pelaksanaan penelitian ini, saya memastikan bahwa partisipan bersedia ikut serta secara sukarela, tanpa adanya tekanan atau paksaan dalam bentuk apa pun.

B. Subyek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini, fokus penelitian diarahkan pada subjek studi kasus, yaitu dua orang pasien yang diamati secara mendalam. Kedua pasien memiliki kondisi keperawatan yang sama, yaitu ibu pasca operasi caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD), yang mengalami nyeri akut dan kesulitan dalam mobilisasi. Dalam proses pengamatan ini, perhatian juga diberikan kepada perawat yang memberikan asuhan keperawatan, keluarga yang secara aktif mendampingi pasien selama perawatan di ruang rawat inap, serta kerja sama antara perawat dengan tenaga kesehatan lainnya.

C. Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus yang digunakan penulis adalah “Implementasi relaksasi foot and hand massage pada post sc dengan indikasi kpd” untuk mengurangi nyeri

D. Definisi Operasional Fokus Studi

Foot dan hand massage adalah salah satu bentuk dari terapi nonfarmakologis yang bisa diberikan pada pasien setelah Tindakan operasi caesar. Terapi ini terbukti sangat efektif dalam membantu mengurangi rasa nyeri, memberikan rasa rileks pada tubuh, dan mendukung proses pengobatan agar lebih nyaman bagi pasien. Foot and hand massage juga termasuk pilihan relaksasi yang praktis karena bisa dilakukan sendiri oleh pasien atau dengan bantuan anggota keluarga. Dengan melakukan pijatan ini selama 10–20 menit, pada area saraf di tubuh akan terstimulasi, sehingga dapat menghambat sinyal rasa sakit yang dikirim ke otak. Selain untuk membantu meredakan nyeri, foot and hand massage ini juga bermanfaat untuk melancarkan sirkulasi darah, membuat tubuh menjadi lebih tenang, dan mempercepat proses penyembuhan pasca operasi (Balkis, and Sukyati, 2023).

E. Instrumen Studi Kasus

Dalam memberikan pengajaran tentang teknik relaksasi foot and hand massage dengan menggunakan bahan baby oil dan washlap. Sementara itu, untuk mengetahui seberapa besar nyeri yang dirasakan oleh pasien, digunakan alat ukur berupa Skala Penilaian Numerik (Numeric Rating Scale/NRS).

Skala NRS (Numeric Rating Scale) merupakan alat yang digunakan untuk menilai tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien, baik sebelum maupun sesudah diberikan intervensi berupa teknik relaksasi foot and hand massage. Skala ini dapat membantu menggambarkan seberapa ringan atau berat nyeri yang dirasakan, sehingga dapat memudahkan tenaga kesehatan dalam memantau efektivitas penanganan yang diberikan. Dalam penerapan skala NRS, pasien diminta untuk menyampaikan tingkat nyeri yang dirasakan secara jujur dengan cara memilih angka antara 0 hingga 10. Angka tersebut dapat dipilih sesuai dengan seberapa berat nyeri yang dirasakan saat itu angka 0 berarti tidak ada nyeri sama sekali, sedangkan angka 10 menunjukkan nyeri yang sangat hebat. Skala ini dapat dinilai sebagai salah satu cara paling sederhana namun efektif untuk menilai dan membandingkan tingkat nyeri sebelum dan sesudah diberikan tindakan (Yusri, 2020).



Gambar 3.1 Skala NRS (Numeric Rating Scale)

Keterangan:

0	: Tidak nyeri
1-3	: Nyeri ringan
4-6	: Nyeri sedang
7-10	: Nyeri berat

Instrumen yang digunakan untuk penelitian ini yaitu berupa daftar pertanyaan yang diajukan langsung kepada pasien. Pertanyaan tersebut

berkaitan dengan tingkat nyeri yang dirasakan saat menjalani perawatan. Penulis kemudian mencatat jawaban yang diberikan pasien sesuai dengan skala intensitas nyeri yang mereka rasakan, sebagai bagian dari pengumpulan data untuk dianalisis lebih lanjut.

1. SOP Foot And Hand Massage

Tabel 3.1 SOP Foot And Hand Massage

FOOT AND HAND MASSAGE	
Standar Operasional Prosedure	
Pengertian	Foot And Hand Massage biasanya disebut juga dengan refleksiologi dalam bentuk massage pada kaki dan tangan yang didasarkan pada premis bahwa ketidaknyamanan atau nyeri di area spesifik yaitu kaki ataupun tangan biasanya berhubungan dengan bagian tubuh atau gangguan.
Tujuan	1. Meredakan stress 2. Menjadikan tubuh menjadi rileks 3. Melancarkan sirkulasi darah 4. Mengurangi rasa nyeri
Indikasi	Pasien pasca operasi Sectio Caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini
Kontraindikasi	1. Pasien dengan gangguan pendengaran dan penglihatan 2. Pasien dalam keadaan tidak sadar
Alat yang digunakan	1. Baby oil/lotion 2. Handuk 3. Perlak 4. Handscoon bersih 5. Skala nyeri (Numbering Rating Scale)
Prosedur	Pra interaksi 1. Mengecek program terapi 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien Fase Orientasi 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Menanyakan kesiapan dan kontrak waktu Fase Kerja 1. Menjaga privasi 2. Mengatur posisi pasien dengan aman dan nyaman 3. Inform consent Langkah – Langkah foot hand massage 1. Pastikan posisi berbaring sudah terasa nyaman. Ambil baby oil yang akan digunakan. 2. Selanjutnya lapisi permukaan yang akan dipijat dengan handuk lembut agar tetap bersih dan tidak terciprat baby oil 3. Lakukan proses pemanasan dengan memijat ringan dengan menggunakan baby oil 4. Perlahan – lahan terapkan teknik menarik jari – jari, dimulai dari ibu jari dan seterusnya secara bergiliran.

Pijat telapak kaki bagian atas atau pangkal ibu jari, tekan menggunakan ibu jari dengan menggunakan teknik merambat.

5. Lanjutkan dengan merambatkan ibu jari di bagian telapak kaki bawah membuat beberapa baris pijatan.

Langkah – langkah hand massage

1. Pastikan posisi tempat berbaring terasa nyaman. Ambil minyak pijat yang akan digunakan. Kemudian lapisi permukaan yang akan dipijat dengan handuk lembut agar tetap bersih dan tidak terciprat minyak pijat.
2. Lakukan proses pemanasan dengan memijat ringan dengan menggunakan minyak pijat.
3. Gunakan teknik merambatkan ibu jari untuk memijat. Mulailah dari pangkal ibu jari, telunjuk, jari tengah, jari manis dan kelingking.
4. Perlahan-lahan terapkan teknik menrik jari-jari dimulai dari ibu jari dan seterusnya dengan cara bergiliran
5. Pijat telapak tangan bagian atas atau pangkal ibu jari
6. Selanjutnya rambatkan ibu jari dibagian telapak tangan membuat beberapa baris pijat

Tahap akhir

1. Evaluasi respon pasien
 2. Berikan reinforcement positif
 3. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik
 4. Mengucapkan terimakasih
 5. Membereskan dan merapikan alat
 6. Mencuci tangan
-

Dokumentasi

1. Catat kegiatan yang dilakukan ke lembar keperawatan
 2. Catat respon pasien terhadap tindakan
 3. Catat nama dan paraf perawat
-

F. Metode Pengumpulan Data

Data yang diperoleh penulis saat menyusun karya ilmiah yaitu sebagai berikut:

1. Prosedur Administratif

- a. Menyusun surat permohonan untuk mendapatkan izin agar bisa melakukan studi kasus maternitas, dari Fakultas Ilmu Keperawatan ke Rumah Sakit NU Demak sebagai bagian dari diklat.
- b. Setelah menerima persetujuan dari departemen diklat Rumah Sakit NU Demak, penulis melakukan penelitian ke ruang Mahmudah

Mawardi di Rumah Sakit NU Demak untuk mengajukan studi kasus, yang akan dilakukan oleh penulis selama empat hari.

- c. Selanjutnya, jika sudah mendapatkan ijin dari pihak penanggung jawab ruang Mahmaudah Mawardi di Rumah Sakit NU Demak, Penulis memilih pasien berdasarkan karakteristik responden, yaitu pasien dewasa Ny. Z umur 25 tahun dan Ny. I umur 28 tahun dengan masalah keperawatan yang sama post op caesarea dengan indikasi KPD

2. Prosedur Teknis

a. Tahap persiapan

Sebelum memulai studi kasus, penulis terlebih dahulu memastikan bahwa semua perlengkapan yang dibutuhkan saat melakukan implementasi sudah tersedia, dan semua intervensi yang akan digunakan dalam proses pengambilan data sudah dipersiapkan dengan lengkap. Hal ini dilakukan agar pelaksanaan studi berjalan lancar dan sesuai dengan rencana.

b. Tahap pelaksanaan

- 1) Sebelum memulai studi kasus, penulis terlebih dahulu menjelaskan tentang tujuan yang akan dilakukan dari kegiatan ini kepada pasien dan keluarganya. Penulis juga meminta izin secara langsung kepada pasien agar dapat menjadi subjek atau responden dalam studi kasus ini. Selama empat hari, saya memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Pasien dan

keluarga memiliki hak penuh untuk menyetujui ataupun menolak keterlibatan dalam studi ini, untuk persetujuan penulis melontarkan pertanyaan persetujuan dan kesiapan dari pasien.

- 2) Setelah pasien dan keluarga memberikan persetujuan untuk ikut serta sebagai responden, penulis mulai melakukan pengumpulan data. Dalam proses ini penulis melakukan wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarganya, dan juga melakukan observasi atau pengamatan secara langsung terhadap kondisi pasien. Langkah ini sangat penting untuk penulis mendapatkan gambaran yang jelas tentang keadaan pasien dan kebutuhan keperawatan yang dibutuhkan pasien.
- 3) Setelah proses pengumpulan data sudah selesai, penulis akan melanjutkan dengan menyepakati waktu, tempat, dan juga persetujuan bersama pasien untuk mulai memberikan asuhan keperawatan. Sebelum intervensi dilakukan.
- 4) Penulis mengecek seberapa besar nyeri yang dirasakan oleh pasien. Hal tersebut dilakukan sebelum memberikan terapi foot and hand massage agar dapat melihat perubahan atau perkembangan setelah dilakukan Tindakan yang sudah diberikan.
- 5) Setelah itu penulis memberikan tindakan kepada pasien sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan, yaitu dengan memberikan Tindakan relaksasi foot and hand massage.

Tindakan ini dilakukan dengan tujuan untuk membantu mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien setelah menjalani operasi caesarea.

a) Tahap pra interaksi

- (1) Menyiapkan program terapi
- (2) Mencuci tangan
- (3) Mengidentifikasi pasien dengan benar
- (4) Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien

b) Tahap orientasi

- (1) Mengucapkan salam, menyapa pasien dan memperkenalkan diri kepada pasien
- (2) Melakukan kontrak untuk Tindakan yang akan dilakukan kepada pasien
- (3) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- (4) Menanyakan kesiapan dan kerja sama dengan pasien

c) Tahap kerja

- (1) Menjaga privasi
- (2) Mengajak pasien membaca basmallah
- (3) Mengatur posisi pasien dengan nyaman sesuai kondisi pasien

(4) Menanyakan intensitas skala nyeri pasien mulai dari 0-10

(5) Memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan implementasi relaksasi foot and hand massage

(6) Mengobservasi respon pasien terhadap pemberian terapi nonfarmakologis terhadap nyeri yang dirasakan

d) Tahap terminasi

(1) Melakukan evaluasi dan menyampaikan hasil penelitian yang dilakukan

(2) Menyampaikan rencana tindak lanjut

(3) Mengajak pasien membaca hamdallah

(4) Menyampaikan kontrak waktu yang akan datang sekaligus berpamitan

(5) Membereskan dan merapikan alat

(6) Mencuci tangan

(7) Mencatat di lembar catatan keperawatan

G. Lokasi dan waktu studi kasus

Dalam pelaksanaan studi kasus ini, tindakan keperawatan mandiri yang diberikan kepada pasien di Ruang Mahmudah Mawardi, Rumah sakit NU Demak. Kegiatan ini dilakukan selama 4 hari, pada tanggal 12-15 februari 2025.

H. Analisis data dan penyajian data

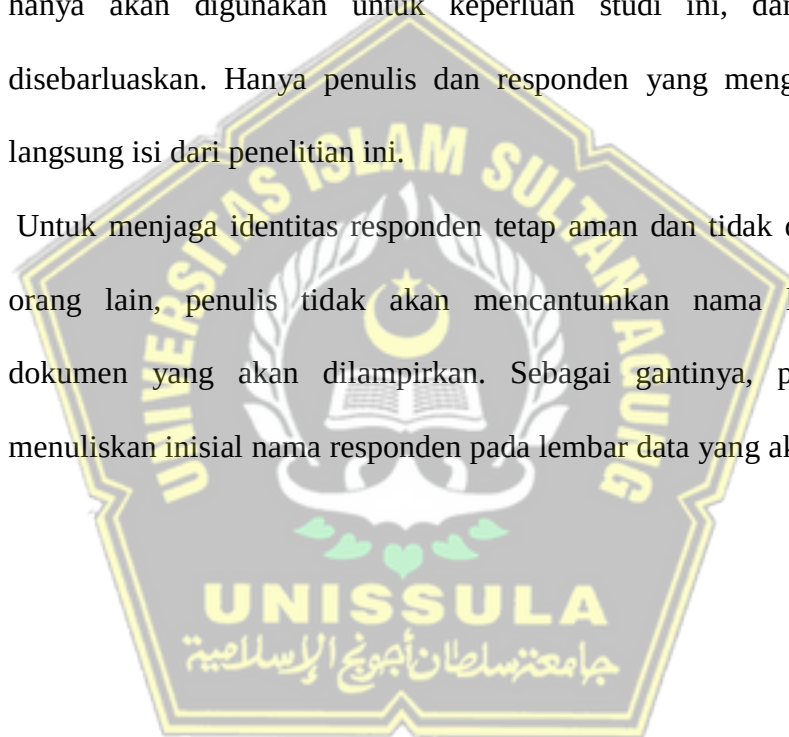
Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 februari 2025 pukul 10.00 WIB di ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit NU Damak Jawa Tengah. Identitas pasien yaitu Ny Z dan Ny I yang berusia 25 tahun dan 28 tahun berjenis kelamin perempuan. Ny Z dan Ny I seorang muslim dan tinggal di Demak sebagai anak pertama dan sebagai orang tua.

Pada awal pengkajian didapatkan hasil sebagai berikut: saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 februari 2025 pasien mengatakan masih nyeri dan sulit untuk bergerak di rasakan saat sesudah dilakukan Tindakan operasi caesarea dengan skala nyeri 7 dari 0-10, keluhan dirasakan saat menggerakkan badannya dan muncul secara tiba tiba.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, dapat ditentukan masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akibat post op sc. Sehingga setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam di harapkan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun. Intervensi yang pertamam dilakukan adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri nonverbal, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, dll.

I. Etika Studi Kasus

1. Penulis meminta persetujuan secara lisan kepada pasien dan keluarganya agar bisa melanjutkan studi kasus ini dengan implementasi relaksasi foot and hand massage yang akan diberikan kepada pasien
2. Penulis akan menjamin untuk seluruh informasi yang telah diberikan oleh responden akan sangat dijaga kerahasiaannya. Data yang dikumpulkan hanya akan digunakan untuk keperluan studi ini, dan tidak akan disebarluaskan. Hanya penulis dan responden yang mengetahui secara langsung isi dari penelitian ini.
3. Untuk menjaga identitas responden tetap aman dan tidak diketahui oleh orang lain, penulis tidak akan mencantumkan nama lengkap pada dokumen yang akan dilampirkan. Sebagai gantinya, penulis hanya menuliskan inisial nama responden pada lembar data yang akan digunakan.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Hasil studi kasus yang dilakukan menunjukkan bahwa untuk mengatasi nyeri post operasi sectio caesarea pada ibu postpartum, terapi yang cocok untuk pasien adalah *Relaksasi Foot And Hand Massage*. Kombinasi ini sangat cocok untuk meredakan nyeri pada ibu post sectio caesarea. Intervensi ini akan dilakukan untuk dua pasien, yaitu Ny. I dan Ny. Z dengan pelaksanaan yang sudah ditentukan dan disepakati oleh pasien dan penulis. Asuhan keperawatan pada Ny. I dilakukan pada tanggal 12 februari 2025 selama tiga hari pada jam 10.00 WIB di Rumah Sakit NU Demak, sedangkan pasien 2 Ny. Z dilakukan pada tanggal 13 februari 2025 selama tiga hari pada jam 13.00 WIB di Rumah Sakit NU Demak.

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Pasien 1 (Ny. I)

Pasien 1 bernama Ny. I yang berusia 28 tahun, kehamilan 37 minggu G1P0A0. Pasien dilakukan operasi section caesarea karena dengan indikasi ketuban pecah dini, memiliki masa obstruksi nifas hari pertama dan baru pertama kali melahirkan. Anaknya lahir dengan selamat dan sehat, berjenis kelamin perempuan dengan berat 2,5 kg, umur 1 hari 0 bulan.

Pasien 2 (Ny Z)

Pasien 2 yang Bernama Ny. Z berusia 22 tahun, kehamilan 39 minggu G1P0A0. Pasien dilakukan operasi section caesarea karena dengan indikasi ketuban pecah dini, memiliki masa obstruksi nifas hari pertama dan baru pertama kali melahirkan. Anaknya lahir dengan selamat dan sehat, berjenis kelamin perempuan dengan berat 3,0 kg, umur 1 hari 0 bulan.

b. Keluhan utama

Pasien 1 (Ny. I)

Ny. I mengatakan nyeri pada bagian perut bawah pasca operasi section caesarea, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk. Sehingga menyebabkan keterbatasan untuk bergerak dan selalu terjaga pada malam hari.

Pasien 2 Ny. Z

Ny. Z mengatakan hanya merasakan nyeri di bagian perut dan saat dilakukan bergerak nyeri lebih intens dan nyeri yang dirasakan seperti diremas-remas.

c. Riwayat Kesehatan sekarang

Pasien 1 Ny. I

Ny. I mengatakan padahari pertama setelah operasi section caesarea terasa nyeri di bagian perut bawah bekas luka post op. P: nyeri saat pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: di bagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 7, T: lama nyeri sekitar 3 menit dan dirasakan secara terus menerus, Ny. I mengeluh selalu terjaga pada malam hari dan sulit untuk tidur

Pasien 2 Ny. Z

Ny. Z mengatakan di hari pertama setelah operasi section caesarea terasa nyeri pada bagian perut bawah bekas luka post op. P: nyeri saat pasien bergerak dan aktivitas, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: di bagian perut bawah pasca operasi, S: skala nyeri 6, T: lama nyeri sekitar 3 menit dan dirasakan secara berkala

d. Masalah kehamilan

Pasien 1 Ny. I

Ny.I mengatakan mempunyai masalah kehamilan ketuban pecah dini sebelum adanya tand-tanda perslinan. Pasien mengalami mual muntah pada trimester 1 kehamilan.

Pasien 2 Ny. Z

Ny. Z mengatakan mengalami masalah yang sama yaitu ketuban pecah dini pada saat sebelum jadwal persalinan. Pasien juga mengatakan mual muntah pada trimester ke 3.

e. Riwayat menstruasi

Pasien 1 Ny. I

Ny. I menstruasi pada waktu umur 13 tahun saat duduk di bangku SMP kelas 1 dengan siklus menstruasi secara normal dan teratur. Untuk lama mentruasi kurang lebih 5-7 hari, pasien tidak ada gangguan pada mentruasinya.

Pasien 2 Ny. Z

Ny. Z mentruasi pada waktu umur 14 tahun saat duduk di bangku SMP kelas 1 dengan siklus menstruasi secara normal dan teratur. Untuk lama mentruasi biasa 7-8 hari, pasien tidak ada gangguan pada menstruasinya.

f. Riwayat KB

Pasien 1 Ny. I

Ny. I mengatakan belum ada Riwayat KB dan belum ada rencana untuk melakukan KB.

Pasien 2 Ny. Z

Ny. Z mengatakan belum pernah melakukan KB, akan tetapi sudah ada rencana untuk melakukan KB.

g. Pemeriksaan fisik

Pasien 1 (Ny. I)

1) Tanda-tanda vital

TD: 130/80 MmHg, N: 88 ×/menit, RR: 20 ×/menit, S: 36 °C, SpO₂: 99%.

2) Pemeriksaan Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih tidak ada ketombe, rambut lurus panjang berwarna hitam, bentuk wajah simetris terlihat pucat karena menahan nyeri, mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva anemis, hidung normal tidak ada sinus,

telinga kanan kiri simetris, bersih, tidak ada benjolan atau lesi di leher, mulut dan gigi bersih.

3) Thorak/Dada

Inspeksi: bentuk dada dan pergerakan simetris antara kiri dan kanan,

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding teraba, Perkusi:

suara sonor, Auskultasi: tidak ada suara nafas tambahan

4) Payudara

Bentuk kanan dan kiri simetris, tidak terdapat luka, tidak ada

edema, puting susu menonjol, areola berwarna gelap, tidak ada

nyeri tekan, colostrum sudah keluar.

5) Abdomen

Inspeksi: bentuk abdomen simetris, terdapat luka post sc, Palpasi:

nyeri tekan di bagian luka post operasi sc, fundus uteri (TFU) 1 jari

dibawah pusat dan kontraksi baik

6) Lokia

Warna merah kecoklatan konsistensi berupa lender dan darah,

dengan jumlah 2 kali ganti pembalut, bau yang keluar amis

7) Perinium

Keadaan utuh, tidak ada REEDA, bersih tidak ada edema tidak ada

lesi.

8) Eliminasi

sehari BAK kurang lebih 7-8 kali, konsistensi warna kuning dan

bau yang khas dengan volume kurang lebih 800 ml. Untuk BAB

sehari sekali dengan warna agak coklat, tidak lembek dan ada bau khas

9) Ekstremitas

Ekstremitas atas kanan kiri bisa di gerakkan normal tetapi untuk ekstremitas bawah kanan dan kiri masih terasa nyeri saat digunakan untuk mobilisasi

Pasien 2 (Ny. Z)

1) Tanda-tanda vital

TD: 125/75 MmHg, N: 84 ×/menit, RR: 20×/menit, S: 36 °C, SpO₂: 98%.

2) Pemeriksaan Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih tidak ada ketombe, rambut bergelombang, panjang berwarna hitam, bentuk wajah simetris terlihat pucat karena menahan nyeri, mata simetris atnara kanan dan kiri, konjungtiva anemis, hidung normal tidak ada sinus, telinga kanan kiri simetris, bersih, tidak ada benjolan atau lesi di leher, mulut dan gigi bersih.

3) Thorak/Dada

Inspeksi: bentuk dada dan pergerakan simetris antara kiri dan kanan,

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding teraba, Perkusi:

suara sonor, Auskultasi: tidak ada suara nafas tambahan

4) Payudara

Bentuk kanan dan kiri simetris, tidak terdapat luka, tidak ada edema, puting susu menonjol, areola berwarna gelap, produksi asi baik, tidak ada nyeri tekan, colostrum sudah keluar.

5) Abdomen

Inspeksi: bentuk abdomen simetris, terdapat luka post sc, Palpasi: nyeri tekan di bagian luka insisi, fundus uteri (TFU) 2 jari dibawah pusat dan kontraksi baik

6) Lokia

Warna merah kecoklatan konsistensi berupa lender dan darah, dengan jumlah 3 kali ganti pembalut, bau yang keluar amis

7) Perinium

Keadaan utuh, tidak ada REEDA, bersih tidak ada edema tidak ada lesi, tidak ada hemoroid

8) Eliminasi

mengatakan sehari BAK kurang lebih 5-6 kali dengan warna kuning dan terdapat bau yang khas dengan volume kurang lebih 700ml. Untuk BAB sehari sekali dengan warna coklat, keras dan terdapat bau yang khas.

9) Ekstremitas

Ekstremitas atas kanan kiri bisa di gerakan normal tetapi untuk ekstremitas bawah kanan dan kiri masih terasa nyeri saat digunakan untuk mobilisasi

2. Pengkajian kebutuhan khusus

a. Oksigenasi

Pasien 1 Ny. I

Pengkajian oksigenasi, pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pernafasan seperti nasa kanul, dan tidak merasakan pusing maupun sesak nafas saat sudah persalinan

Pengkajian nutrisi, pasien mengatakan makan tiga kali sehari dengan porsi habis dan lauk ada sayur, daging buah, susu. Untuk minum air putih sehari sebanyak kurang lebih 1000-1500 ml

Pengkajian eliminasi, pasien mengatakan sehari BAK kurang lebih 7-8 kali, konsistensi warna kuning dan bau yang khas dengan volume kurang lebih 800 ml. Untuk BAB sehari sekali dengan warna agak coklat, tidak lembek dan ada bauk has

Pasien 2 Ny. Z

Pengkajian oksigenasi, pasien mengatakan sedikit merasa pusing akan tetapi tidak merasakan sesak nafas, pasien juga tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

Pengkajian nutrisi, pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi habis dan ada lauk daging, sayur, buah, susu. Untuk minum air putih sehari kurang lebih sebanyak 800-1000 ml

Pengkajian eliminasi, pasien mengatakan sehari BAK kurang lebih 5-6 kali dengan warna kuning dan terdapat bau yang khas

dengan volume kurang lebih 700ml. Untuk BAB sehari sekali dengan warna coklat, keras dan terdapat bau yang khas.

3. Pemeriksaan fisik bayi

Pasien 1 Ny. I

Bayi tampak sehat dan badan lengkap berkulit putih, rambut lurus tebal, mata simetris, tidak ada kecatatan, tidak ada edema, berat bayi 24 kg

Pasien 2 Ny. Z

Bayi tampak sehat dan badan lengkap tidak ada yang cacat, rambut tipis hiam, mata simetris, tidak ada kemerahan, berat bayi 30 kg

4. Pemeriksaan Penunjang

Pasien 1 Ny. I

Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang Pasien I Tanggal 11 Februari 2025

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal	
	Nilai	Satuan	Min	Max
Hematologi				
Darah Rutin				
Hemoglobin	10.1	g/dL	11.7	15,5
Hematokrit	30.1	%	35	47
Lekosit	17,380	mm ³	3,600	11,000
Trombosit	328,000	mm ³	150,000	440,000
Hitung jenis sel (diff)	-	-	-	-
Eosinofil	-	%	1	3
Basofil	-	%	0	1
N. Batang	-	%	2	6
Limfosit	26	%	20	40
Monosit	8	%	2	8
N. Segmen	66	%	50	70
Golongan Darah	A		-	-
Waktu Pembekuan (CT)	4.00	Menit	2	8
Waktu Pendarahan (BT)	4.00	Menit	1	6
Kimia Darah				
Glukosa Sewaktu (GDS)	82	Mg/dL	70	115
Serologi	Negatif			Negatif
HbsAg				

Pasien 2 Ny. Z**Tabel 4.2 Pemeriksaan Penunjang Pasien II Tanggal 12 Februari 2025**

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal	
	Nilai	Satuan	Min	Max
Hematologi				
Darah Rutin				
Hemoglobin	12.3	g/dL	11.7	15.5
Hematokrit	35.1	%	35	47
Lekosit	12,260	mm ³	3,600	11,000
Trombosit	221,000	mm ³	150,000	440,000
Hitung jenis sel (diff)	-	-		
Eosinofil	-	%	1	3
Basophil	-	%	0	1
N. Batang	-	%	2	6
Limfosit	17	%	20	40
Monosit	9	%	2	8
N. Segmen	74	%	50	70
Golongan Darah	A		-	-
Waktu pembekuan (CT)	4.00	Menit	2	8
Waktu Pendarahan (BT)	4.00	Menit	1	6
Kimia Darah	56	Mg/dL	70	115
Glukosa Sewaktu (GDS)				
Serologi	Negatif			Negatif
HbsAg				

5. Therapy**Pasien 1 Ny. I**

- RL 20 tpm
- Katerolac 3×2 (injeksi)
- Asam mefenamat 3×1 (oral)
- Domperidone 3×2 (oral)

Pasien 2 Ny. Z

- RL 20 tpm
- Katerolac 3×2 (injeksi)
- Asam mefenamat 3×1 (oral)
- Domperidone 3×2 (oral)

6. Analisa Data

Pasien 1 Ny. I

Data yang ditemukan pada pasien 1 (Ny. I) dengan analisa data pada tanggal 12 Februari 2025 pada pukul 10.00 WIB. Didapatkan data subjektif, pasien mengatakan. P: nyeri saat pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: di bagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 7, T: lama nyeri sekitar 3 menit dan dirasakan secara terus menerus. Data objektif, pasien tampak meringis menahan nyeri, lemas dan gelisah. TD: 130/80 MmHg, N: 88 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,5 °C, SpO₂: 99%. Sehingga dapat disimpulkan dari analisa data di dapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu, Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D. 0077).

Data fokus yang ke dua, pada waktu yang sama didapatkan data subjektif, pasien mengatakan nyeri dan sulit bergerak. Data objektifnya, pasien terlihat menjaga pergerakannya dan terdapat luka post operasi sectio caesarea. Berdasarkan data tersebut, didapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D. 0054)

Data fokus yang ketiga, pada waktu yang sama di dapatkan data subjektif, pasien mengatakan telah dilakukan operasi section caesarea di bagian perut bawah. Untuk data objektifnya terdapat luka post operasi di perut bawah. Berdasarkan data tersebut di dapatkan masalah keperawatan yaitu Resiko Infeksi dibuktikan dengan Efek Prosedur Infasif. (D. 0142)

Data focus yang ke empat, pada waktu yang sama di dapatkan data subjektif, pasien mengeluh sulit tidur, pola tidur berubah, dan sering terjaga apada malam hari. Untuk data objektifnya, pasien tampak lesuh, pucat dan terdapat kantong mata. Berdasarkan data tersebut didapatkan masalah keperawatan yaitu Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi (D. 0055)

Pasien 2 Ny. Z

Data yang ditemukan pada pasien 2 (Ny. Z) dengan analisa data yang di dapatkan pada tanggal 13 february 2025 P: nyeri saat pasien bergerak dan aktivitas, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: di bagian perut bawah pasca operasi, S: skala nyeri 6, T: lama nyeri sekitar 3 menit dan dirasakan secara berkala. Data objektif, pasien tampak lemas menahan nyeri, TD: 125/75 MmHg, N: 84 ×/menit. RR: 20×/menit, S: 36,6 °C, SpO2: 98%. Sehingga dapat disimpulkan dari analisa data di dapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu, Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D. 0077)

Data fokus yang kedua pada waktu yang sama di dapatkan data subjektif, pasien mengatakan nyeri saat bergerak sehingga pasien sangat membatasi pergerakannya dan terdapat luka post operasi sectio caesarea. Berdasarkan data tersebut didapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu, Gangguan Mobilisasi Fisik berhubungan dengan Nyeri (D. 0054)

Data fokus yang ketiga, pada waktu yang sama di dapatkan data subjektif, pasien mengatakan telah dilakukan operasi section caesarea di

bagian perut bawah. Untuk data objektifnya terdapat luka post operasi di perut bawah. Berdasarkan data tersebut di dapatkan masalah keperawatan yaitu Resiko Infeksi dibuktikan dengan Efek Prosedur Infasif. (D. 0142)

7. Diagnose Keperawatan

Pasien 1 Ny. I

Berdasarkan analisa data yang telah dilakukan, di dapatkan data fokus diagnose keperawatan:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D. 0077)
- b. Gangguan Mobilisasi Fisik berhubungan dengan Nyeri (D. 0054)
- c. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Efek Prosedur Infasif (D. 0142)
- d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi (D. 0055)

Pasien 2 Ny. Z

Berdasarkan analisa data yang sudah dilakukan, di dapatkan data fokus diagnose keperawatan:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D. 0077)
- b. Gangguan Mobilisasi Fisik berhubungan dengan Nyeri (D. 0054)
- c. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Efek Prosedur Infasif (D. 0142)

8. Intervensi Keperawatan

Pasien 1 Ny. I

Diagnose keperawatan peratama pada pasien 1 (Ny. I) yaitu Nyeri Akut dengan tujuan setelah dilakukan Tindakan 3×8 jam, maka

diharapkan nyeri akut menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan adalah identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi foot and hand massage), control lingkungan yang memperberat nyeri.

Diagnose keperawatan yang kedua pasien (Ny. I) yaitu gangguan mobilitas fisik dengan tujuan setelah dilakukan Tindakan 3×8 jam, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil, pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentan Gerak (ROM) meningkat.

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) libatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Miring, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Diagnose ke tiga pasien 1 (Ny. I) yaitu resiko infeksi dengan tujuan setelah dilakuakn Tindakan keperawatan 3×8 jam diharapkan Tingkat resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa luka.

Diagnose ke empat pasien 1 (Ny. I) yaitu Gangguan Pola Tidur dengan tujuan setelah dilakukan Tindakan 3×8 jam diharapkan Gangguan Pola Tidur menurun dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, anjurkan relaksasi dengan otot autogenic dengan Tarik nafas dalam.

Pasien 2 Ny. Z

Diagnose keperawatan peratama pada pasien 2 (Ny. Z) yaitu Nyeri Akut dengan tujuan setelah dilakukan Tindakan 3×8 jam, maka diharapkan nyeri akut menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan adalah identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi foot and hand massage), control lingkungan yang memperberat nyeri,

Diagnose keperawatan yang kedua pasien (Ny. Z) yaitu gangguan mobilitas fisik dengan tujuan setelah dilakukan Tindakan 3×8 jam, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil, pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentan Gerak (ROM) meningkat.

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) libatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Miring, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Diagnose ke tiga pasien 2 (Ny. Z) yaitu resiko infeksi dengan tujuan setelah dilakuakn Tindakan keperawatan 3×8 jam diharapkan Tingkat resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak deengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa luka.

9. Implementasi Keperawatan

Pasien 1 Ny. I

Implementasi keperawatan di terapkan dari intervensi atau rencana keperawatan yang telah ditetapkan sesuai dengan diagnose keperawatan yang telah ditegakkan. Implementasi keperawatan dari ketiga diagnose dilakukan pada tanggal 12 – 15 Februari 2025

Hari Kamis, 12 Februari 2025

Pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi pada pasien 1 (Ny. I) dengan diagnose pertama Nyeri Akut. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Pasien mengatakan, P: nyeri saat pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: di bagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 7, T: lama nyeri sekitar 3 menit dan dirasakan secara terus menerus. Data objektif, pasien tampak meringis menahan nyeri, lemas dan gelisah. TD: 130/80 MmHg, N: 88 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36, 5°C, Spo2: 99%.

Pada pukul 10.10 dilakukan implementasi diagnose pertama yaitu identifikasi skala nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan skala nyeri 7 dari 1- 10. Data Objektif, pasien tampak meringis menahan nyeri

Pukul 10.20 dilakukan implementasi diagnose kedua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 1 (Ny. I). Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Data subjektif, pasien mengatakan terasa nyeri saat bergerak di bagian perut bawah bekas operasi sectio caesarea. Data objektif, pasien tampak menahan nyeri dan meringis.

Pukul 10.30 dilakuakan implementasi diagnose kedua pada pasien 1 (Ny. I) yaitu memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.

Pagar tempat tidur). Data subektif, pasien mengatakan adanya keterbatasan saat bergerak dan masih takut untuk bergerak. Data objektif, pasien tampak bingung dan mau belajar bergerak secara pelan pelan dengan bantuan pagar tempat tidur ataupun dari keluarganya.

Pukul 10.40 dilakukan implementasi diagnose ke tiga Resiko Infeksi pasien 1 (Ny. I). Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Data subjektif, pasien mengatakn terdapat luka post operasi section caesarea di bagian perut bawah. Data objektif, tampak adanya luka post op di perut bawah dengan warna yang pink dan tidak ada nanah ataupun darah yang keluar, TD: 130/80 MmHg, N: 88 ×/menit, RR: 20 ×/menit, S: 36, 5°c, Spo2: 99%.

Pukul 10.50 dilakukan implementasi diagnose ketiga pada pasien 1 (Ny. I) yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Data subjektif, pasien mengatakan akan melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mau bekerja sama.

Pada pukul 11.00 dilakukan implementasi diagnose ke empat pada pasien 1 (Ny. I) yaitu mengidentifikasi pola dan tidur, pasien mengatakan pola tidur terganggu dan tidak teratur. Data objektif, pasien tampak pucat dan terdapat kantung mata

Pada pukul 11. 10 dilakukan implementasi diagnose keempat Gangguan Pola Tidur pada pasien 1 (Ny. I) yaitu memodifikasi lingkungan. Darta subjektif, pasien mengatakan lebih suka tidur dengan

keadaan gelap dan sunyi, tidak suka keramaian. Data objektif, pasien tampak kooperatif

Hari jumat, 13 Februari 2025

pukul 09.00 WIB dilakuakn implementasi pada pasien 1 (Ny. I) dengan diagnose pertama Nyeri Akut. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: di bagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 5, T: lama nyeri sekitar 2 menit hilang timbul. Data objektif, pasien tampak meringis menahan nyeri, lemas dan gelisah. TD: 125/80 MmHg, N: 85×/menit, RR: 20 ×/menit, S: 36, 2°c, Spo2: 99%.

Pukul 09.10 dilakukan implementasi diagnose pertama pada pasien 1 (Ny. I). Memberikan tehnik non farmakologis (relaksasi foot and hand massage). Data subjektif, pasien mengatakan bersedia dan ingin melakukan kegiatan relaksasi foot and hand massage. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mau mendengarkan intruksi

Pada pukul 09.30 dilakukan implemetasi diagnose kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 1 (Ny. I). Memfasilitasi aktifitas mobilitas dengan alat bantu (pagar tempat tidur). Data subjektif, pasien mengatakan sudah berlatih dan sudah cukup berani untuk menggerakkan badannya dengan bantuan pagar tempat tidur maupun dari keluarganya. Data objektif, pasien tampak kooperatif, bekerja sama dengan baik.

Pada pukul 09.40 dilakukan implementasi diagnosa kedua pada pasien 1 (Ny.I). mengajarkan mobilitas sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Data subjektif, pasien mengatakan sudah sedikit mencoba untuk duduk di tempat tidur akan tetapi belum berani untuk pindah dari tempat tidur ke kursi. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mau mencoba untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan keluarganya.

Pada pukul 09.50 dilakukan implementasi diagnose ketiga yaitu Resiko Infeksi pada pasien 1 (Ny. I). Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Data subjektif, pasien mengatakan terdapat sayatan di bagian perut bawah akibat dari operasi sectio caesarea, dan tidak merasakan demam ataupun pusing. Data objektif, tampak bagus di bagian sayatan operasi dan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemrahan, nanah dan demam. TD: 125/80 MmHg, N: 85×/menit, RR: 20 ×/menit, S: 36, 2°c, Spo2: 99%.

Pada pukul 11.00 dilakukan implementasi diagnose ke empat pada pasien 1 (Ny. I) yaitu mengidentifikasi pola dan tidur. Data subjektif, pasien mengatakan polatidur sudah tidak terganggu. Data objektif, pasien tampak rileks

Pada pukul 10.00 dilakukan implementasi diagnose ke empat pada pasien 1 (Ny. I) yaitu melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Data subjektif, pasien mengatakan bersedia untuk diberi bantal biar terjaga kenyamanan. Data objektif, pasien tampak kooperatif

Hari Sabtu 14 februari 2025

Pukul 13.00 WIB dilakukan implementasi pada pasien 1 (Ny. I) dengan diagnose pertama Nyeri Akut. Mengidentifikasi Lokasi karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: di bagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 3, T: lama nyeri sekitar 1 menit hilang timbul. Data objektif, pasien tampak lebih rileks. TD: 120/80 MmHg, N: 85×/menit, RR: 21 ×/menit, S: 36 °c, Spo2: 99%.

Pada pukul 13.10 dilakukan implementasi diagnose pertama pada pasien 1 (Ny. I). Mengajarkan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi foot and hand massage). Data subjektif, pasien mengatakan sudah mempraktekkan Teknik relaksasi tersebut secara mandiri dengan bantuan keluarga sehingga nyeri terasa jauh lebih berkurang. Data objektif, pasien tampak lebih rileks dan kooperatif

Pada pukul 13.20 dilakukan implementasi diagnosa pertama pada pasien 1 (Ny. I) yaitu mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan nyeri timbul biasanya juga karena ruangan terlalu dingin. Data objektif, pasien tampak menggunakan selimut sampai menutupi bekas luka

Pada pukul 13.30 dilakukan implementasi diagnose kedua pada pasien 1 (Ny. I) yaitu melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan mobilisasi. Data subjektif, pasien mengatakan bersedia

untuk membantu kelancaran mobilisasinya. Data objektif, pasien tampak kooperatif

Pada pukul 13.40 dilakukan implementasi diagnose ke dua pada pasien 1 (Ny. I) mengajarkan mobilisasi yang sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Data subjektif, pasien mengatakan sudah mencoba dan berhasil dengan bantuan keluarga. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mampu untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi

Pada pukul 13.50 dilakukan implementasi diagnose ke tiga pada pasien 1 (Ny. I) yaitu mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Data subjektif, pasien mengatakan ingin sekali melakukannya karena agar terhindar dari infeksi dan jauh dari kuman. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan bisa mempraktekannya secara mandiri

Pada pukul 14.00 dilakukan implementasi diagnose ketiga pada pasien 1 (Ny. I) yaitu mengajarkan cara memeriksa luka. Data subjektif, pasien mengatakan bersedia agar bisa mengetahui bagaimana ciri-ciri luka yang terkena infeksi. Data objektif, pasien tampak kooperatif

Pada 14.10 dilakukan implementasi diagnose ke empat Gangguan Pola Tidur pada pasien 1 (Ny. I) yaitu mengajarkan relaksasi otot autogenik dengan tarik nafas dalam. Data subjektif, pasien mengatakan bersedia dan akan melakukan relaksasi tersebut. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mempraktekan

Pasien 2 Ny. Z

Hari Jumat, 13 Februari 2025

pukul 13.00 WIB dilakukan implementasi pada pasien 2 (Ny. Z) dengan diagnose pertama Nyeri Akut. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak dan aktivitas, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: di bagian perut bawah pasca operasi, S: skala nyeri 6, T: lama nyeri sekitar 3 menit dan dirasakan secara berkala. Data objektif, pasien tampak lemas menahan nyeri, TD: 125/75 MmHg, N: 84 ×/menit, RR: 20×/menit, S: 36,6 °C, SpO2: 98%.

Pada pukul 13.00 dilakukan implementasi diagnose pertama yaitu mengidentifikasi skala nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan saat itu 6 dari 1-10. Data objektif, pasien tampak meringis dan menahan nyeri

Pada pukul 13.20 dilakukan implementasi diagnose kedua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 2 (Ny. Z). Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Data subjektif, pasien mengatakan nyeri muncul saat digunakan untuk bergerak dan nyeri di bagian luka post op di perut bawah. Data objektif, pasien tampak terdapat luka di perut bagian bawah

Pada pukul 13.30 dilakukan implementasi diagnose kedua pada pasien 2 (Ny. Z) yaitu memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur). Data subjektif, pasien mengatakan akan mencoba bergerak miring kanan kiri terlebih dahulu menggunakan alat

bantu pagar tempat tidur. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mau mencoba agar bisa bergerak

Pada pukul 13.40 dilakukan implementasi diagnose ke tiga yaitu Resiko Infeksi pada pasien 2 (Ny. Z). Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Data subjektif, pasien mengatakan ada luka post operasi section caesarea di perut bagian bawahnya. Data objektif, pasien tampak terdapat luka sayatan di perut bawah dan tidak terdapat tanda infeksi seperti warna merah ataupun cairan nanah TD: 125/75 MmHg, N: 84 ×/menit. RR: 20×/menit, S: 36,6 °C, Spo2: 98%.

Pada pukul 13.50 dilakukan implementasi diagnose ke tiga pada pasien 2 (Ny. Z) yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Data subjektif, pasien mengatakan belum melakukan dan akan mencoba melakukannya. Data objektif, pasien tampak kooperatif

Hari Sabtu 14 Februari 2025

pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi pada pasien 2 (Ny. Z) dengan diagnose pertama Nyeri Akut. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak dan aktivitas, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: di bagian perut bawah pasca operasi, S: skala nyeri 3, T: lama nyeri sekitar 1 menit dan dirasakan secara berkala. Data objektif, pasien tampak lemas menahan nyeri, TD: 123/80 MmHg, N: 85 ×/menit. RR: 20×/menit, S: 36,3 °C, Spo2: 98%.

Pada pukul 10.10 dilakukan implementasi diagnose pertama pada pasien 2 (Ny. Z). Memberikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi foot and hand massage). Data subjektif, pasien mengatakan, bersedia dan akan mengikuti teknik relaksasi tersebut. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mau berpartisipasi dalam kegiatan tersebut, sebelumnya pasien belum mengetahui Teknik relaksasi tersebut.

Pada pukul 10.30 dilakukan implementasi diagnose kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 2 (Ny. Z). Mengidentifikasi aktifitas mobilitas dengan alat bantu (pagar tempat tidur). Data subjektif, pasien mengatakan sudah melakukan dan mencoba menggerakkan tubuhnya dengan alat bantu pagar tempat tidur. Data objektif, pasien tampak bisa memiringkan badan dan masih belajar juga untuk berlatih duduk menggunakan alat bantu pagar tempat tidurnya,

Pada pukul 10.40 dilakukan implementasi diagnose kedua pada pasien 2 (Ny.Z). Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Data subjektif, pasien menhgatakan akan mencoba melakukan duduk di tempat tidur terlebih dahulu setelah itu akan melakukan pindah dari tempat tidur ke kursi dan akan dibantu oleh suaminya. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mau mencoba mobilisasinya

Pada pukul 10.50 dilakukan implementasi diagnose ketiga yaitu Resiko Infeksi pada pasien 2 (Ny. Z). Memonitor tanda dan gejala infeksi

local dan sistemik. Data subjektif, pasien mengatakan ada sayatan di perut dan tidak merasakan demam. Data objektif, tidak terdapat tnda infeksi seperti terdapat darah maupun nanah pada luka post op nya , TD: 123/80 MmHg, N: 85 ×/menit. RR: 20×/menit, S: 36,3 °C, Spo2: 98%.

Hari Minggu 15 Februari 2025

pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi pada pasien 2 (Ny. Z) dengan diagnosa Nyeri Akut. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak dan aktivitas, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: di bagian perut bawah pasca operasi, S: skala nyeri 2, T: lama nyeri sekitar 1 menit dan dirasakan secara berkala. Data objektif, pasien tampak lebih rileks, TD: 120/85 MmHg, N: 85 ×/menit. RR: 21×/menit, S: 36 °C, Spo2: 98%.

Pada pukul 09.10 dilakukan implementasi diagnose pertama pada pasien 2 (Ny. Z). Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi foot and hand massage). Data subjektif, pasien mengatakan sudah menerapkan Teknik relaksasi tersebut dengan bantuan keluarganya disaat nyeri muncul. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan sudah mau mempraktekkannya secara mandiri dengan bantuan keluarga

Pada pukul 09.20 dilakukan implementasi diagnose pertama pada pasien 2 (Ny. Z) yaitu mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri. Data subjektif, pasien mengatakan merasakan nyeri saat kondisi ruangan

terlalu dingin. Data objektif, pasien tampak menggunakan selimut sampai menutupi luka post operasinya di saat suhu ruangan terlalu dingin

Pada pukul 09.30 dilakuakn implementasi diagnose kedua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 2 (Ny. Z) yaitu melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan mobilitas. Data subjektif, pasien mengatakan di bantu bergerak oleh keluarganya. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mendapatkan dukungan penuh dari keluarga untuk membantu mobilisasi

Pada pukul 09.40 dilakukan implementasi kedua pada pasien 2 (Ny. Z). Meningkatkan mobilitas sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Data subjektif, pasien mengatakan sudah mencoba pindah dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan keluarganya dan berlatih untuk mandiri dalam berpindah ke kursi, Data objektif, pasien tampak kooperatif dan sudah bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi.

Pada pukul 09.50 dilakukan implementasi diagnose ke tiga yaitu Resiko Infeksi pada pasien 2 (Ny. Z) yaitu mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Data objektif, pasien mengatakan mau dan ingin melakukannya untuk bisa menjaga agar busa lebih bersih dan terhindar dari resiko infeksi. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mau mengikuti dengan benar

Pada pukul 10.00 dilakukan implementasi ketiga pada pasien 2 (Ny. Z) yaitu mengajarkan cara memeriksa luka. Data subjektif, pasien

mengatakan ingin melakukannya agar bisa memeriksa luka dengan benar untuk mengetahui tanda awal resiko infeksi. Data objektif, pasien tampak kooperatif menyimak dan memahami bagaimana cara memeriksa luka dengan benar.

10. Evaluasi Keperawatan

Pasien 1 Ny. I

Evaluasi keperawatan atau catatan perkembangan pasien 1 (Ny. I) dilakukan pada hari Kamis tanggal 12 Februari 2025 sampai Sabtu, 14 Februari 2025 di dokumentasikan di hari yang sama.

Kamis 12 Februari 2025

Dilakukan evaluasi pada pasien I (Ny. I) pada pukul 10.05 diperoleh evaluasi dari diagnose pertama Nyeri Akut. Data subjektif, pasien mengatakan, P: nyeri saat pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: di bagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 7, T: lama nyeri sekitar 3 menit dan dirasakan secara terus menerus. Data objektif, pasien tampak meringis menahan nyeri, lemas dan gelisah. TD: 130/80 MmHg, N: 88 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36, 5°C, Spo2: 99%. Masalah keperawatan belum teratasi, lanjutkan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, memberikan Teknik non farmakologis (Foot and hand massage)

Pukul 10.35 diperoleh evaluasi diagnose ke dua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post op dan belum bisa mobilisasi. Data

objektif, pasien tampak meringis menahan sakit saat mencoba menggerakkan tubuhnya. Masalah keperawatan belum teratasi, lanjutkan intervensi memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) dan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

Pukul 10.55 diperoleh evaluasi diagnose ke tiga Resiko Infeksi pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan, terdapat luka post operasi sectio caesarea di bagian perut bawah dan tidak terasa demam. Data objektif, terdapat luka post operasi section di bagian perut bawah . TD: 130/80 MmHg, N: 88 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36, 5°C, Spo2: 99%. Masalah keperawatan belum teratasi, lanjutkan intervensi memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Pukul 11.15 dilakukan evaluasi diagnose ke empat Gangguan Pola Tidur pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan pola tidur masih terganggu. Data objektif, pasien tampak pucat dan terdapat kantung mata. Masalah keperawatan belum teratasi, lanjutkan intervensi mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

Jumat, 13 Februari 2025

Dilakukan evaluasi diagnose pertama Nyeri Akut pukul 09.35 pada pasien 1 (Ny. I). Data objektif, pasien mengatakan, P: nyeri saat pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: di bagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 5, T: lama nyeri sekitar 2 menit dan

dirasakan secara terus menerus dan sudah melakukan teknik relaksasi foot and hand massage untuk mengurangi nyeri. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan masih terlihat meringis menahan nyeri, lemas. TD: 125/80 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36, 2°C, SpO₂: 99%. Masalah keperawatan teratasi sebagian, lanjutkan intervensi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (foot and hand massage)

Pukul 09.45 diperoleh evaluasi diagnose kedua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan sudah sedikit mencoba mobilisasi untuk duduk di tempat tidur. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan sudah bisa duduk di tempat tidur. Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dan melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi

Pukul 09.55 diperoleh evaluasi diagnose ketiga Risiko Infeksi pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan, terdapat luka post operasi di perut bawah dan tidak merasakan demam. Data objektif, luka tampak tidak ada kemerahan maupun nanah TD: 125/80 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36, 2°C, SpO₂: 99%. Masalah teratasi Sebagian, lanjutkan intervensi ajarkan cara mencuci tangan dengan benar dan ajarkan memeriksa luka

Pada pukul 10.05 dilakukan evaluasi diagnose keempat Gangguan Pola Tidur pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan sudah bisa tidur tapi sesekali masih terjaga. Data objektif, pasien tampak lebih rileks. Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi relaksasi dengan otot autogenic dengan Teknik nafas dalam

Sabtu 14 Februari 2025

Dilakukan evaluasi diagnose pertama Nyeri Akut pada pukul 13.25 pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: di bagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 3, T: lama nyeri sekitar 1 menit dan dirasakan secara terus menerus dan sudah melakukan tehnik relaksasi foot and hand massage untuk menguramgi nyeri. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan lebih rileks. TD: 125/80 MmHg, N: 85 ×/menit, RR: 20 ×/menit, S: 36, 2°C, SpO₂: 99%. Masalah teratasi, hentikan intervensi.

Pukul 13.45 diperoleh evaluasi diagnose ke dua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan sudah bisa berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan keluarga. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan sudah bisa mobilisasi. Masalah teratasi, hentikan intervensi

Pukul 14.05 diperoleh evaluasi diagnose ketiga Resiko Infeksi pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan sudah bisa memeriksa luka dan mengetahui tanda infeksi. Data objektif pasien tampak kooperatif dan memahami. Masalah teratasi, hentikan intervensi

Pada pukul 14.15 dilakukan evaluasi diagnose keempat Gangguan Pola Tidur pada pasien 1 (Ny. I). Data subjektif, pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari dan tidak terjaga di malam hari. Data objektif, pasien tampak rileks dan tidak terdapat kantung mata. Masalah teratasi, pertahankan intervensi

Pasien 2 Ny. Z

Evaluasi keperawatan atau catatan perkembangan pasien 2 (Ny. Z) dilakukan pada hari Jumat tanggal 13 Februari 2025 sampai Minggu, 14 Februari 2025 di dokumentasikan di hari yang sama.

Jumat 13 Februari 2025

Dilakukan evaluasi pada pasien 2 (Ny. Z) pada pukul 13.10 diperoleh evaluasi dari diagnose pertama Nyeri Akut. Data subjektif, pasien mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak dan aktivitas, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: di bagian perut bawah pasca operasi, S: skala nyeri 6, T: lama nyeri sekitar 3 menit dan dirasakan secara berkala. Data objektif, pasien tampak lemas menahan nyeri, TD: 125/75 MmHg, N: 84 ×/menit. RR: 20×/menit, S: 36,6 °C, Spo2: 98%. Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, memberika Teknik non farmakologis (relaksasi foot and hand massage)

Pada pukul 13.35 diperoleh evaluasi diagnose kedua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 2 (Ny. Z). Data subjektif nyeri muncul saat bergerak dan nyeri di bagian perut saat dilakuikan mobilisasi. Data

objektif, pasien tampak meringis menahan nyeri dan tampak luka post op, pasien hanya berbaring. Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi mengidentifikasi aktifitas mobilitas dengan alat bantu (pagar tempat tidur) dan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

Pada pukul 13.55 diperoleh evaluasi diagnose ketiga Resiko Infeksi pada pasien 2 (Ny. Z). Data subjektif, pasien mengatakan ada luka sayatan post operasi di perut. Data objektif, tampak luka post operasi di perut bawah, pasien tidak demam TD: 125/75 MmHg, N: 84 ×/menit. RR: 20×/menit, S: 36,6 °C, Spo2: 98%. Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi memonitor tanda dan gejala infeksi

Sabtu 14 Februari 2025

Dilakukan evaluasi diagnose pertama Nyeri Akut pukul 10.15 pada pasien 2 (Ny. Z). Data subjektif, pasien mengatakan mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak dan aktivitas, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: di bagian perut bawah pasca operasi, S: skala nyeri 3, T: lama nyeri sekitar 1 menit dan dirasakan secara berkala. Data objektif, pasien tampak menahan nyeri, TD: 123/80 MmHg, N: 85 ×/menit. RR: 20×/menit, S: 36,3 °C, Spo2: 98%. Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengajarkan Teknik non farmakologis (relaksasi foot and hand massage), mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri

Pukul 10.45 diperoleh evaluasi diagnose kedua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 2 (Ny. Z). Data subjektif, pasien mengatakan

sudah bisa duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar tempat tidur. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan mau melatih mobilisasi. Masalah teratasi Sebagian, lanjutkan intervensi meningkatkan mobilitas sederhana yang harus dilakukan (pindah dari tempat tidur ke kursi) dan melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan mobilitas

Pada pukul 10.55 diperoleh evaluasi diagnose ketiga Resiko Infeksi pada pasien 2 (Ny. Z). Data subjektif, pasien mengatakan ada sayatan di perut dan tidak demam. Data objektif, tidak tampak adanya kemerahan atau tanda-tanda infeksi. Masalah teratasi Sebagian, lanjutkan intervensi ajarkan cara mencuci tangan dengan benar dan ajarkan cara memeriksa luka

Minggu 15 Februari 2025 d

Dilakukan evaluasi diagnose pertama Nyeri Akut pukul 09.25 pada pasien 2 (Ny. Z). Data subjektif, pasien mengatakan P: nyeri saat pasien bergerak dan aktivitas, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: di bagian perut bawah pasca operasi, S: skala nyeri 3, T: lama nyeri sekitar 1 menit dan dirasakan secara berkala. Data objektif, pasien tampak lebih rileks TD: 120/85 MmHg, N: 85 ×/menit. RR: 21×/menit, S: 36 °C, Spo2: 98%. Masalah teratasi, hentikan intervensi

Pukul 09.45 diperoleh evaluasi diagnose kedua Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 2 (Ny. Z). Data subjektif, pasien mengatakan sudah bisa pindah dari tempat tidur ke kursi tapi dengan bantuan

keluarganya. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan sudah bisa melakukan mobilisasi. Masalah teratasi, hentikan intervensi

Pukul 10.05 diperoleh evaluasi diagnose ketiga Resiko Infeksi pada pasien 2 (Ny. Z). Data subjektif, pasien mengatakan sudah bisa memeriksa luka dengan mandiri dan benar. Data objektif, pasien tampak kooperatif dan memahami tanda gejala infeksi. Masalah teratasi, hentikan intervensi

B. Pembahasan

Penulis ingin membahas tentang bagaimana masalah yang ditemukan dan yang akan diselesaikan, lalu menyesuaikannya dengan konsep dasar yang telah dijelaskan di Bab II, dengan tetap memperhatikan tahapan dalam proses asuhan keperawatan, khususnya mengenai penegakan diagnosa dan pelaksanaan intervensi keperawatan, yang sebelumnya belum dijelaskan secara rinci.

Penulis membahas hasil analisis kasus mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien 1 (Ny. I) dan pasien 2 (Ny. Z) diruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit NU Demak dengan indikasi ketuban pecah dini yang telah disesuaikan dengan teori yang didapat. Penulis memberikan asuhan keperawatan yang meliputi aspek keperawatan diantaranya pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Dari hasil yang sudah dilaksanakan menghasilkan berikut :

1. Pengkajian keperawatan

Tahap pengkajian adalah tahap awal yang dilakukan dalam sebuah asuhan keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan pendekatan yang sistematis untuk mendapatkan data dari klien baik dari sisi subjektif klien ataupun sisi objektif (Rahmah, 2021).

Berdasarkan hasil pengkajian yang sudah dilakukan pada pasien 1 (Ny. I) pada tanggal 12 februari 2025 pukul 10.00 WIB didapatkan hasil data subjektif dari pasien yang mengatakan nyeri pada bagian perut postpartum sectio caesarea dengan rasa seperti ditusuk-tusuk. Data objektif yang ditemukan pada saat pemeriksaan adalah ditemukan luka post op dibagian perut bawah. Sedangkan hasil pengkajian pada pasien 2 (Ny Z) pada tanggal 13 februari 2025 pukul 13.00 WIB. Pasien mengatakan nyeri terasa setelah dilakuka operasi postpartum section caesarea dan rasa nyeri seperti diremas-remas. Data objektifnya terdapat luka sayatan dibagian perut bawah ibu.

Masalah yang timbul dari hasil pengkajian kedua pasien tersebut yaitu tingginya rasa nyeri yang dirasakan setelah dilakukan tindakan operasi *Sectio Caesarea*. Operasi SC memiliki beberapa dampak negatif, terutama secara fisik, karena hal ini bisa menyebabkan nyeri pada area perut yang telah dilakukan pembedahan. Tingkat nyeri diketahui lebih tinggi yaitu sekitar 27,3%, jika dibandingkan dengan persalinan normal. Rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu pasca persalinan dengan metode sesar bisa memicu rasa takut dan kecemasan, terutama saat efek

analgesik mulai menghilang, sehingga nyeri yang muncul akan menjadi lebih intens. Hal ini dapat memengaruhi kenyamanan tubuh ibu dan dapat mengurangi kesempatan untuk memberikan kasih sayang kepada bayinya (Vagnoli et al., 2019).

Data fokus yang kedua, yang didapatkan pada Ny.I didapatkan data subjektif pasien mengatakan kesulitan dalam mobilisasi karena nyeri yang dirasakan. Data objektifnya pasien tampak tidur di tempat tidur dan aktivitas dibantu oleh keluarganya. Sedangkan keluhan yang dirasakan Ny. Z adalah pasien mengatakan saat ingin memiringkan badan terasa nyeri dan mobilisasi selalu dibantu oleh suaminya. Data objektif, pasien tampak membatasi mobilisasi.

Mobilisasi dini sangat penting bagi ibu yang baru saja melahirkan dengan cara operasi Caesar. Mobilisasi lebih awal sangat baik untuk proses penyembuhan luka bekas operasi bisa berlangsung lebih cepat. Gerakan ringan membantu rahim berkontraksi dengan baik, sehingga hal ini dapat mencegah perdarahan yang tidak normal. Kontraksi ini membuat pembuluh darah yang terbuka mengecil dan tertutup dengan sendirinya. Selain itu, mobilisasi dini bisa membuat ibu merasa lebih sehat dan kuat, memperlancar pengeluaran darah nifas (lokhia), dan mempercepat proses pemulihan rahim. Adapun fungsi pencernaan, saluran kemih, dan sirkulasi darah juga akan lebih lancar, yang pada akhirnya membantu mempercepat produksi ASI dan pembuangan sisa metabolisme dari tubuh (A. I., Ma'rifah, A. R., & Utami, T 2022).

Data fokus yang ketiga yang didapatkan pada pasien Ny. I pasien mengatakan bahwa takut terkena infeksi pada bekas operasi di perutnya karena sesekali nyeri dan warna sedikit kemerahan. Data objektif pasien tampak terdapat luka post op sc. Sedangkan pasien ke dua Ny. Z mengatakan terdapat bekas sayatan dibagian perut, pasien juga mengaku takut jika terkena infeksi. Data objektif, pasien tampak belum mengerti tentang apa itu infeksi.

Perawat memiliki peran penting dalam membantu mencegah dan mengatasi risiko infeksi, terutama pada ibu yang baru saja menjalani operasi. Peran ini dilakukan melalui empat pendekatan, yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pendekatan promotif berfokus pada upaya peningkatan pengetahuan pasien. Selanjutnya, pendekatan preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi. Pendekatan kuratif lebih menekankan pada pengobatan. Pendekatan rehabilitatif dilakukan selama masa pemulihan, dengan menganjurkan pasien untuk cukup istirahat, menghindari stres, serta mengonsumsi makanan bergizi yang dapat mempercepat proses penyembuhan luka (Sindu, K., Agustina, A., & Prihatini, F. 2024).

Data fokus ke empat yang didapatkan pada pasien 1 Ny. I pasien mengatakan sulit tidur dan sering terjaga di malam hari, pola tidur berubah. Data objektif pasien tampak lemas, pucat dan terdapat kantung mata. Sedangkan Ny. Z tidak memiliki gangguan pola tidur

Kurangnya waktu tidur atau istirahat yang cukup pada ibu setelah melahirkan bisa berkembang menjadi gangguan tidur jangka panjang seperti insomnia. Kondisi ini tidak hanya membuat ibu merasa sangat mengantuk di siang hari, tetapi juga bisa menurunkan kemampuan berpikir, menimbulkan rasa lelah berlebihan, dan membuat emosi jadi lebih mudah tersulut. Ibu yang mengalami gangguan tidur setelah melahirkan juga berisiko mengalami gejala *baby blues* atau perasaan sedih dan cemas berlebihan di masa nifas (Septianingrum & Damawiyah, 2019).

2. Diagnose Keperawatan

Tahapan diagnosa menjadi tahapan terpenting setelah dilakukannya pengkajian kepada klien. Perawat tidak dapat membuat atau menetapkan suatu rencana asuhan keperawatan tanpa menetapkan diagnosa keperawatan terlebih dahulu kepada klien. Perawat melakukan diagnosa berdasarkan analisis yang diperoleh sebelumnya dan berdasarkan oleh ilmu pengetahuan serta pengalaman dari perawat itu sendiri (Sinaga, 2019).

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

Berdasarkan data pengkajian keperawatan didapatkan 4 diagnosa dari data pasien 1 (Ny. I) dan pasien 2 (Ny. Z) keduanya didapatkan 3 diagnose yang sama diantaranya yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D. 0077), Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D. 0054), Resiko Infeksi dibuktikan dengan Prosedur infasif (D. 0142) dan 1 diagnosa berbeda yaitu diagnose pada pasien 1 Ny. I Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi (D. 0055)

a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Salah satu masalah yang bisa muncul setelah operasi caesar yaitu munculnya rasa nyeri akibat sayatan di perut. Prosedur ini menyebabkan perubahan pada jaringan perut bagian depan karena ada robekan atau sayatan selama operasi. Bagi ibu yang pernah menjalani operasi caesar sebelumnya juga berisiko mengalami cedera pada area bekas sayatan akibat dari prosedur tersebut. Selain itu, penggunaan anestesi epidural selama operasi juga bisa menyebabkan efek samping salah satunya adalah nyeri pada punggung dan leher, biasanya sering dialami oleh sebagian besar ibu setelah menjalani operasi caesar. Rasa nyeri yang dirasakan dapat menjadi tantangan tambahan, terutama pada saat ibu bergerak untuk pertama kalinya setelah operasi (mobilisasi dini), karena intensitas nyeri yang cukup kuat dapat menghambat proses pemulihan (Febiantri & Machmudah, 2021).

Menurut PPNI (2016), nyeri akut adalah rasa sakit yang dirasakan sebagai respon tubuh terhadap kerusakan jaringan, baik yang terlihat secara fisik maupun yang bersifat fungsional. Rasa nyeri ini bisa muncul tiba-tiba atau perlahan-lahan, dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda, mulai dari ringan hingga sangat nyeri, dan umumnya berlangsung kurang dari tiga bulan (Mussardo, 2019).

Rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu setelah operasi caesar perlu segera ditangani agar tidak menimbulkan masalah kesehatan lainnya. Perawat memiliki peran penting dalam menilai dampak dari nyeri tersebut, misalnya apakah nyeri mengganggu waktu tidur, pola makan, menguras energi, atau menghambat ibu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Penanganan nyeri bisa dilakukan melalui dua cara, yaitu dengan obat-obatan (farmakologis) dan tanpa obat (non-farmakologis). Tujuan dari intervensi ini yaitu untuk mencegah agar rasa nyeri tidak semakin parah. Penanganan yang efektif biasanya menggabungkan keduanya, seperti pemberian obat pereda nyeri (analgesik) dan terapi non-obat seperti teknik relaksasi *foot and hand massage*, pernapasan dalam, yoga, atau membayangkan hal-hal menyenangkan (guided imagery). Keberhasilan dari penanganan ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti tingkat kecemasan ibu, keyakinan pribadi, dukungan dan cara keluarga dalam menghadapi situasi, tingkat kelelahan, serta pengalaman nyeri sebelumnya (Rizki, Utami, & Danang, 2024)

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), gangguan mobilitas fisik merupakan kondisi di mana seseorang mengalami keterbatasan dalam menggerakkan satu atau beberapa bagian tubuhnya (ekstremitas) secara mandiri. Hal ini sejalan dengan pendapat Koziar dan rekan-rekannya dalam NANDA (2010) yang menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik, atau disebut juga imobilitas, merupakan suatu keadaan saat seseorang tidak mampu bergerak dengan bebas atau mengalami hambatan dalam melakukan gerakan secara normal.

Mobilisasi dini sangat penting bagi ibu yang baru saja menjalani operasi Sectio Caesarea, dikarenakan dapat berpengaruh besar terhadap proses penyembuhan luka. Dengan bergerak lebih awal, kontraksi rahim akan jauh menjadi lebih baik sehingga bagian atas rahim (fundus uteri) terasa keras. Hal ini dapat membantu mencegah terjadinya perdarahan yang tidak normal, karena kontraksi tersebut menutup pembuluh darah yang terbuka. Selain itu, mobilisasi dini juga diharapkan dapat membuat kondisi ibu nifas menjadi lebih sehat dan lebih kuat (Vina P. Patandung et al., 2023).

Jika ada keterlambatan mulai bergerak atau mobilitas dini setelah operasi Sectio Caesarea, kondisinya bisa semakin memburuk dan proses pemulihannya jadi lebih lama. Karena itu, mobilisasi dini perlu dilakukan secara rutin dan bertahap, disertai dengan latihan

gerak aktif maupun pasif (Range of Motion/ROM) untuk membantu mempercepat pemulihan (Suryanti, 2023).

c. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Prosedur infasif

Menurut SDKI (PPNI, 2016), risiko infeksi ialah suatu kondisi di mana seseorang lebih rentan terkena serangan kuman atau mikroorganisme penyebab penyakit. Penulis memilih diagnosa risiko infeksi karena adanya luka di area perut setelah persalinan section caesarea. Hal ini didukung oleh keluhan pasien yang merasakan panas dan nyeri di area jahitan, serta ditemukan tanda-tanda fisik seperti kemerahan di sekitar luka dan pasien tampak kesakitan atau meringis saat dilakukan pemeriksaan.

Berdasarkan penelitian, risiko infeksi ini bisa meningkat akibat dari adanya luka operasi seperti pada bekas sayatan operasi caesar (sectio caesarea), karena luka tersebut bersifat terbuka dan sangat memungkinkan untuk bakteri masuk ke dalam tubuh (Rida & Taharuddin, 2021). Namun, ada penelitian lain yang menyebutkan bahwa semakin baik perawatan luka yang telah dilakukan dan sesuai dengan standar prosedur yang ada, maka kemungkinan untuk bisa terjadi infeksi akan semakin kecil, dan proses penyembuhan luka pun akan berlangsung lebih cepat (Castirih, 2021).

Salah satu cara untuk mengurangi risiko infeksi pada luka operasi adalah dengan cara melakukan perawatan luka dengan tepat. Proses ini dimulai dari membersihkan area luka, dilanjutkan dengan

langkah-langkah perawatan dan penutupan luka menggunakan balutan yang bersih. Tujuan dari tindakan ini salah satunya untuk mencegah terjadinya infeksi yang bisa menyebar dari satu orang ke orang lain, serta membantu mempercepat proses penyembuhan luka (Dylan, 2017).

Perawatan luka adalah suatu proses membersihkan luka dengan mengikuti prinsip steril agar tetap higienis. Tujuan dari perawatan luka adalah untuk mengangkat kotoran dari luka, mempercepat pertumbuhan jaringan baru, mencegah terbentuknya jaringan parut atau cacat, serta menghindari risiko infeksi (Sinaga & Siringoringo, 2017). Infeksi bisa saja terjadi jika tindakan keperawatan yang diberikan di fasilitas kesehatan tidak sesuai dengan standar prosedur yang berlaku. Luka bekas operasi akan lebih cepat sembuh jika perawatannya dilakukan dengan cara yang tepat dan sesuai dengan prosedur yang ditentukan (Rahman et al., 2018).

Infeksi pada luka operasi termasuk jenis infeksi yang terjadi pada lingkungan rumah sakit dan bisa juga menimbulkan berbagai kerugian, terutama bagi pasien dan tenaga kesehatan. Kondisi ini dapat memperpanjang masa perawatan di rumah sakit, menambah beban fisik dan biaya bagi pasien serta keluarganya, bahkan bisa menyebabkan trauma karena proses penyembuhannya menjadi lebih lama dari seharusnya (Jama & Alam, 2022).

d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi

Menurut (PPNI, 2016) gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas waktu tidur akibat factor eksternal Tidur yang cukup dan berkualitas sangat penting bagi ibu yang baru saja menjalani operasi caesar, karena berperan besar dalam proses pemulihan. Jika ibu mengalami gangguan tidur, hal ini bisa menimbulkan berbagai masalah, seperti berkurangnya produksi ASI, lambatnya pemulihan rahim, meningkatnya risiko mengalami depresi setelah melahirkan, serta menurunnya kemampuan ibu dalam merawat bayinya (Syarifah et al., 2022).

Beberapa hal yang dapat menyebabkan gangguan tidur antara lain rasa nyeri setelah operasi, rasa cemas, perubahan pola tidur selama hamil, serta kondisi lingkungan yang kurang nyaman (Pires, 2018).

3. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Pelaksanaan keperawatan merupakan suatu tahapan yang penting dalam proses keperawatan, di mana perawat mulai menjalankan berbagai tindakan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya dan mencapai kondisi yang lebih baik, sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya. Tindakan ini bisa berupa interaksi langsung, seperti memberikan obat, merawat

luka, atau memasang infus, dan juga bisa berupa tindakan tidak langsung, seperti menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, serta memberikan edukasi kepada pasien dan tidak gelisah, serta kemampuan pasien dalam menyelesaikan aktivitas sehari-hari menjadi lebih baik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi yang digunakan untuk menangani diagnosa pertama adalah Manajemen Nyeri, dengan beberapa intervensi yang direncanakan. Intervensi tersebut meliputi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas, identifikasi skala nyeri, memberikan cara-cara nonfarmakologis untuk membantu mengurangi nyeri (*relaksasi foot and hand massage*), fasilitasi istirahat dan tidur yang cukup, serta menjelaskan berbagai strategi yang bisa digunakan untuk meredakan nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Rasionalnya yaitu untuk mengetahui Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, agar penulis dapat mengetahui Tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien, untuk mengetahui Tingkat nyeri yang dirasakan pasien serta pemahaman tentang relaksasi foot and hand massage yang telah dilakukan.

Pijatan atau massage merupakan salah satu teknik non-farmakologis yang bisa membantu tubuh dan pikiran menjadi lebih rileks. Dengan melakukan pijatan di area tertentu selama sekitar 20

menit, otot-otot tubuh bisa menjadi lebih rileks sehingga tubuh terasa lebih nyaman dan istirahat pun menjadi lebih tenang (Potter & Perry, 2018). Selain itu, rasa nyaman dari pijatan juga bisa membantu mengalihkan perhatian dari rasa nyeri yang dirasakan. Hal ini sejalan dengan teori distraksi, yang menyebutkan bahwa saat seseorang menerima dua rangsangan secara bersamaan, otak hanya akan memproses rangsangan yang paling kuat atau paling menyenangkan (Yuliatun, 2018).

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri

Tujuan dari tindakan keperawatan pada diagnosa ini adalah agar setelah dilakukan perawatan selama 3×8 jam, pasien dapat mulai bergerak dengan lebih leluasa dan tidak lagi mengalami hambatan. Hasil yang diharapkan antara lain berkurangnya rasa nyeri, menurunnya tingkat kecemasan, meningkatnya kelenturan gerakan tubuh, serta perbaikan pada penurunan tinggi rahim (TFU) yang menandakan proses pemulihan berjalan dengan baik (PPNI, 2018)

Di dapatkan intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi memantau tanda-tanda vital (seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan), mengamati adanya rasa nyeri atau keluhan fisik lainnya, serta melibatkan anggota keluarga untuk membantu pasien agar lebih aktif bergerak. Selain itu, perawat juga menjelaskan tujuan dan langkah-langkah mobilisasi dini, serta

menganjurkan pasien untuk mulai bergerak lebih awal secara bertahap guna mempercepat proses pemulihan (PPNI, 2018). Rasionalnya yaitu untuk mengetahui identifikasi keluhan fisik lainnya, memantau perkembangan mobilisasi yang dilakukan pasien dan juga melihat bagaimana pemahaman pasien terhadap mobilisasi dini.

Mobilisasi dini lebih awal setelah melahirkan itu sangat penting untuk mempercepat proses pemulihan ibu, terutama setelah menjalani operasi caesar. Dengan bergerak sejak dini, ibu dapat mengurangi risiko infeksi pada luka bekas sayatan, mencegah sembelit, serta menghindari terjadinya luka tekan (dekubitus) dan kekakuan otot di seluruh tubuh. Gerakan ringan juga dapat membantu melancarkan sirkulasi darah, pernapasan, kerja usus, dan fungsi kandung kemih. Mobilisasi dini menjadi salah satu faktor utama untuk mempercepat penyembuhan pasca operasi dan mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Ibu nifas yang aktif bergerak cenderung lebih cepat pulih, merasa lebih sehat, dan lebih kuat. Selain itu, aktivitas ini juga dapat memperlancar pengeluaran darah nifas (lochea), membantu penyembuhan terhadap luka bekas persalinan, mempercepat proses pengecilan rahim (involusi uteri), memperbaiki fungsi sistem pencernaan dan saluran kemih, serta memperlancar peredaran darah. Semua hal tersebut berperan

penting dalam mempercepat keluarnya ASI dan sisa-sisa hasil metabolisme tubuh

c. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Prosedur infasif

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan ini sesuai dengan intervensi yang bertujuan untuk menurunkan risiko infeksi. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan yang diberikan selama 3×8 jam, diharapkan risiko infeksi dapat dicegah atau diminimalkan. Hasil yang ingin dicapai antara lain meningkatnya kebersihan tangan dan tubuh pasien, berkurangnya nyeri pada area luka, serta membaiknya kondisi luka berdasarkan hasil pemeriksaan kultur (PPNI, 2018).

Dalam upaya mencegah terjadinya risiko infeksi, penulis menyusun intervensi keperawatan yang ditujukan untuk beberapa tindakan yang dilakukan antara lain memantau tanda-tanda vital seperti suhu tubuh dan denyut nadi, Melakukan pengkajian secara rutin terhadap adanya tanda-tanda infeksi untuk mencegah terjadinya komplikasi dan Memberikan edukasi kepada pasien mengenai cara-cara pencegahan infeksi, (Buntet et al., n.d.). Edukasi ini mencakup penjelasan dasar seperti pentingnya menjaga kebersihan diri (personal hygiene) dan merawat area luka perineum dengan baik agar tidak menjadi tempat berkembangnya bakteri penyebab infeksi (Hayati, 2020). Rasionalnya yaitu untuk mengetahui sejauh apa pemahaman pasien dan keluarga mengenai

resiko infeksi dan mengetahui apakah keluarga dan pasien sudah mengerti tanda gejala serta tata cara mencuci tangan dengan benar.

Berdasarkan jumlah persalinan sebelumnya (paritas), ditemukan bahwa ibu nifas pasca operasi caesar yang baru pertama kali melahirkan (primipara) dan yang sudah melahirkan lebih dari lima kali (grandemultipara), masing-masing sebanyak 7 orang (25%) dan 5 orang (25%), mengalami infeksi pada luka operasi. Sementara itu, ibu yang sudah pernah melahirkan dua hingga empat kali (multipara) justru lebih banyak yang tidak mengalami infeksi, yaitu sebanyak 38 orang (79,2%). Proses penyembuhan luka diharapkan bisa berlangsung dengan cepat dan ideal, karena jika semakin cepat luka sembuh, maka semakin kecil pula risiko terjadinya infeksi. Namun, pada kenyataannya, proses ini tidak selalu berjalan mulus. Secara garis umum, penyembuhan luka dipengaruhi oleh dua jenis faktor, diantaranya yaitu faktor dari dalam tubuh (intrinsik) dan faktor dari luar (ekstrinsik). Faktor intrinsik meliputi usia ibu, jumlah persalinan sebelumnya (paritas), kondisi gizi, serta apakah ibu melakukan mobilisasi dini atau tidak. Sementara itu, faktor ekstrinsik yang turut berpengaruh adalah bagaimana cara luka dirawat setelah persalinan (Nurani et al., 2015).

d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi

Penulis menetapkan tujuan dalam asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan intervensi yang diberikan, yaitu untuk mengurangi gangguan pola tidur pada pasien. Diharapkan setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3×8 jam, kondisi tidur pasien dapat membaik. Kriteria keberhasilannya meliputi berkurangnya keluhan sulit tidur dan pasien menunjukkan pola tidur yang lebih teratur serta lebih nyenyak (PPNI, 2018).

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan untuk mendukung kualitas tidur, penulis mengacu pada *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, (2018). Mengenai dorongan tidur. Tindakan ini bertujuan membantu pasien memiliki waktu tidur dan bangun yang lebih teratur. Beberapa langkah yang dilakukan antara lain: mengenali pola tidur dan aktivitas pasien sehari-hari, mencari tahu apa saja yang bisa mengganggu tidurnya karena nyeri, untuk solusinya dilakukan relaksasi oto autogenik, berupaya meningkatkan kualitas tidurnya, menanyakan apakah pasien mengonsumsi obat tidur, serta menyesuaikan kondisi lingkungan agar lebih nyaman untuk beristirahat. Rasionalnya yaitu untuk mengetahui seberapa parah Tingkat pola tidur pasien, serta bagaimana perkembangan pasien tentang pola aktivitas dan tidurnya.

Relaksasi otot autogenik merupakan salah satu metode yang bisa membantu untuk mengurangi ketegangan tubuh dan pikiran.

Teknik ini menggabungkan antara visualisasi atau gambaran mental serta kesadaran terhadap tubuh (body awareness), sehingga seseorang bisa mencapai kondisi relaksasi yang dalam. Metode ini bermanfaat juga untuk membantu mengatasi berbagai masalah kesehatan, salah satunya yaitu gangguan pada pernapasan, pencernaan, sirkulasi darah, detak jantung yang tidak teratur, hingga rasa nyeri. Selain itu, relaksasi ini juga sangat efektif untuk meredakan pikiran yang berlebihan, perasaan cemas, dan gejala depresi (Dewi & Widari, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan suatu tahapan yang penting dalam proses keperawatan, di mana perawat mulai menjalankan berbagai tindakan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya dan mencapai kondisi yang lebih baik, sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya. Tindakan ini bisa berupa interaksi langsung, seperti memberikan obat, merawat luka, atau memasang infus, dan juga bisa berupa tindakan tidak langsung, seperti menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya agar mereka lebih memahami kondisi dan perawatannya (Safitri, 2020).

Pada tahap implementasi ini yang diberikan pada Ny. I dan Ny. Z dengan diagnose utama yang sama yaitu diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Penulis dalam melakukan

implementasi keperawatan sudah sesuai dengan intervensi yang sudah diterapkan dan Ketika melakukan Tindakan didapatkan respon yang baik dari kedua pasien. Tindakan pertama yang dilakukan pada pasien yaitu mengkaji tentang factor penyebab nyeri, Tindakan selanjutnya yaitu identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi foot and hand massage), control lingkungan yang memperberat nyeri. Adapun beberapa kendalanya seperti saat pertama kali pasien tidak ingin dilakukan pijatan di area kaki karena takut nyeri akan terasa, akan tetapi di hari selanjutnya pasien ingin dilakukan pijatan di area kaki juga.

Menurut Shebimol (2024), relaksasi foot and hand massage bisa menjadi salah satu cara yang efektif untuk membantu mengurangi rasa nyeri setelah operasi caesar. Ibu yang menjalani operasi ini dapat merasakan manfaat dari terapi relaksasi foot and hand massage tersebut, karena dapat memberikan efek nyaman dan mengurangi ketidaknyamanan pascaoperasi. Penelitian menunjukkan bahwa relaksasi foot and hand massage terbukti ampuh dalam meredakan nyeri yang dialami ibu setelah operasi caesar.

Hal ini didukung oleh penelitian Kumari & Mary (2023), yang memberikan pijatan menggunakan minyak kelapa atau baby oil selama lima menit di setiap tangan dan kaki, sehingga total waktu pijatan adalah sekitar 20 menit. Pijatan dilakukan dua kali sehari, pada pagi dan sore

hari, selama tiga hari pertama setelah operasi yakni sebelum dan sesudah dua jam pemberian obat pereda nyeri. Sementara itu, Yadav (2022) menjelaskan bahwa efek dari pijatan ini berkaitan dengan rangsangan pada kulit yang memicu serabut saraf untuk melepaskan endorfin, yaitu zat alami dalam tubuh yang dapat meredakan nyeri dan memberikan rasa rileks.

Implementasi ke dua yang diberikan pada Ny. I dan Ny. Z dengan diagnose yang sama yaitu diagnose gangguan mobilities fisik berhubungan dengan nyeri. Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan sudah sesuai dengan intervensi yang sudah diterapkan dan Ketika melakukan Tindakan didapatkan respon yang baik dari kedua pasien. Tindakan pertama yang dilakukan pada pasien yaitu mengkaji identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) libatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Miring, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Adapun kendalanya yaitu, saat pertama kali dilakukan mobilisasi dini pasien menolak untuk melakukan karena pasien takut saat menggerakkan badannya nyeri akan timbul. Tapi untuk hari selanjutnya pasien ingin mencoba dan akhirnya bisa.

Melibatkan keluarga untuk membantu pasien bergerak merupakan suatu Langkah yang penting untuk mendukung pemulihannya, terutama bagi pasien yang mengalami keterbatasan gerak. Tujuan dari keterlibatan

ini adalah agar pasien jauh merasa lebih terbantu dan termotivasi untuk melakukan aktivitas fisik secara perlahan. Salah satu kunci keberhasilan dari proses ini yaitu adanya dorongan atau motivasi, baik dari keluarga maupun tim medis yang merawat. Menurut Friedman (2018), motivasi dari orang terdekat bisa muncul dari sikap menerima, memberi semangat, serta dukungan berupa penilaian, dan perhatian emosional. Dukungan keluarga juga termasuk dalam faktor eksternal yang mempengaruhi proses pemulihan pasien. Ini bisa berupa dorongan dari pasangan atau anggota keluarga lainnya, pandangan keluarga tentang gerakan pasien (misalnya anggapan bahwa pasien harus tetap berbaring lurus), kondisi ekonomi keluarga, kualitas layanan dari tenaga kesehatan, dan kemampuan pasien untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya (Hartati, S., Setyowati, & Afiyanti, 2018).

Implementasi ke tiga yang diberikan pada Ny. I dan Ny. Z dengan diagnose yang sama yaitu diagnose resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasif. Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan sudah sesuai dengan intervensi yang sudah diterapkan dan Ketika melakukan Tindakan didapatkan respon yang baik dari kedua pasien. Tindakan pertama yang dilakukan pada pasien yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa luka.

Pemberian edukasi kesehatan tentang cara mencegah infeksi sangat penting dan perlu dilakukan, terutama dengan langkah-langkah dasar seperti menjaga kebersihan diri (personal hygiene) agar tubuh tetap bersih dan tidak menjadi tempat berkembangnya kuman. Selain itu, kebersihan area luka perineum juga harus dijaga dengan baik agar tidak menjadi jalur utama masuknya bakteri yang bisa menyebabkan infeksi (Hayati, 2020).

Menurut Khasanah (2017), ada beberapa cara yang bisa dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi yaitu dengan merawat luka perineum menggunakan teknik yang bersih dan aman (aseptik), memastikan semua peralatan yang digunakan di area genital dalam keadaan steril, membatasi kunjungan tamu agar lingkungan tetap kondusif, serta mendorong pasien untuk mulai bergerak lebih awal (mobilisasi dini) agar proses pemulihan berjalan lebih baik.

Implementasi ke empat yang diberikan pada Ny. I dengan diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan sudah sesuai dengan intervensi yang sudah diterapkan dan Ketika melakukan Tindakan didapatkan respon yang baik dari pasien. Tindakan pertama yang dilakukan pada pasien yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, anjurkan relaksasi dengan otot autogenic dengan Tarik nafas dalam. Ada beberapa kendalanya yaitu pasien mengatakan tidak

mau melakukannya karena malas, akan tetapi pasien ingin mencobanya agar bisa tidur dengan nyaman.

Relaksasi otot autogenik merupakan salah satu teknik untuk mengurangi ketegangan didalam tubuh dan pikiran dengan memanfaatkan visualisasi dan kesadaran tubuh. Melalui latihan ini, seseorang dapat mencapai kondisi rileks yang mendalam. Teknik ini sangat bermanfaat juga untuk membantu mengatasi berbagai masalah kesehatan, seperti gangguan pada pernapasan, pencernaan, sirkulasi darah, hingga denyut jantung yang tidak teratur. Selain itu, relaksasi ini juga bisa membantu meredakan pikiran yang terus-menerus mengganggu, rasa cemas berlebihan, serta gejala depresi (Dewi & Widari, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari beberapa rangkaian proses keperawatan. Dalam tahap ini, terdapat dua jenis evaluasi, yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan secara terus-menerus selama proses perawatan berlangsung, untuk melihat sejauh mana tujuan yang sudah direncanakan tercapai. Sementara itu, evaluasi sumatif dilakukan setiap hari setelah semua tindakan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa telah diberikan. Evaluasi sumatif biasanya menggunakan metode SOAP, yang terdiri dari data Subjektif, data Objektif, Analisis, dan Rencana tindak lanjut (Anton & Sujarwo, 2023).

Asesmen keperawatan dalam evaluasi ini juga mencakup penilaian terhadap kinerja perawat serta bagaimana kondisi kesehatan klien setelah

intervensi diberikan. Hasil dari evaluasi ini sangat penting untuk mengetahui apakah perawatan yang diberikan sudah efektif atau perlu penyesuaian, termasuk kemungkinan perubahan pengobatan sesuai dengan kondisi pasien. Misalnya, pada kasus pasien dengan diagnosa ansietas (kecemasan), hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah tersebut sudah sepenuhnya teratasi (Herman et al., 2023).

Pasien 1 Ny. I

Evaluasi hari pertama pada Ny. I dengan diagnose Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedeera fisik didapatkan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri pada bekas jahitan saat bergerak dengan Skala nyeri 7/10. Sedangkan evaluasi hari kedua didapatkan hasil jika pasien mengatakan nyeri masih terasa terutama saat bergerak atau duduk lama, dengan skala nyeri 5. Sedangkan evaluasi hari ketiga didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri semakin ringan dengan skala nyeri 2, sehingga masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi hari pertama pada Ny. I dengan diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan hasil pasien mengatakan hari pertama belum bisa melakukan mobilisasi secara mandiri. Selanjutnya, evaluasi hari ke dua pada Ny.I mengatakan sudah bisa mobilisasi dengan bantuan keluarga atau pagar tempat tidur dengan cara duduk di tempat tidur. Sedangkan evaluasi hari ketiga pasien mengatakan sudah bisa mobilisasi dengan mandiri yaitu berpindah

tempat dari tempat tidur ke kursi, sehingga masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi hari pertama pada Ny. I dengan diagnose resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasif didapatkan hasil pasien mengatakan belum mengetahui mengenai resiko infeksi. Pada evaluasi hari ke dua pasien mengatakan sudah sedikit faham mengenai resiko infeksi dan bagaimana cara menjaganya. Untuk evaluasi hari ke tiga pasien mengatakan sudah paham dengan tanda gejala, cara mencuci tangan dengan benar sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Sehingga masalah etratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi hari pertama padaa Ny. I dengan diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Didapatkan hasil pasien mengatakan tidak bisa tidur selalu terjaga pada malam hari. Sedangkan hari ke dua pasien mengatakan sudah bisa tidur akan tetapi sesekali masih terbangun di malam hari. Untuk hari ke tiga pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan normal dan tidak terjaga pada malam hari. Sehingga masalah etratasi dan intervensi dihentikan.

Pasien 2 Ny. Z

Evaluasi hari pertama pada Ny. Z dengan diagnose Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedeera fisik didapatkan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri pada bekas sayatan saat melakukan mobilisasi dengan Skala nyeri 6/10. Sedangkan evaluasi hari kedua didapatkan hasil jika pasien mengatakan nyeri masih sedikit terasa

terutama saat bergerak, dengan skala nyeri 4. Sedangkan evaluasi hari ketiga didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri semakin ringan dengan skala nyeri 2, sehingga masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi hari pertama pada Ny. Z dengan diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan hasil pasien mengatakan hari pertama belum bisa melakukan mobilisasi secara mandiri dan masih memerlukan bantuan keluarga atau suaminya. Selanjutnya, evaluasi hari ke dua pada Ny.I mengatakan sudah bisa mobilisasi dengan bantuan keluarga atau pagar tempat tidur dengan cara duduk dan memiringkan badannya di atas tempat tidur. Sedangkan evaluasi hari ketiga pasien mengatakan sudah bisa mobilisasi dengan mandiri yaitu berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi, sehingga masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi hari pertama pada Ny. I dengan diagnose resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasif didapatkan hasil pasien mengatakan belum mengetahui mengenai resiko infeksi. Pada evaluasi hari ke dua pasien mengatakan sudah sedikit faham mengenai resiko infeksi dan bagaimana cara menjaga agar tidak terkena infeksi. Untuk evaluasi hari ke tiga pasien mengatakan sudah paham dengan tanda gejala, cara mencuci tangan dengan benar sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Sehingga masalah etratasi dan intervensi dihentikan.

C. Keterbatasan kasus

Studi kasus terkait dengan implementasi relaksasi foot and hand massage pada pasien post sc dengan indikasi kpd di Rumah Sakit NU Demak yang dilakukan selama 3 hari mengalami beberapa keterbatasan selama melakukan studi kasus, diantaranya:

1. Saat akan dilakukan pengkajian kepada pasien ada salah satu pasien yang masih bingung dan belum begitu faham dengan keadaan yang dialaminya
2. Saat melakukan implementasi penulis tidak mengalami kesulitan dalam pemberian relaksasi foot and hand massage, hal ini dikarenakan pasien selalu kooperatif.
3. Rumah Sakit belum mempunyai SOP yang resmi mengenai relaksasi foot and hand massage ini, jadi penulis menggunakan pedoman dari buku ajar yang relevan.
4. Untuk beberapa kondisi fisik dari pasien penulis memperoleh catatan medis dari ruangan, tidak sepenuhnya dari pemeriksaan langsung oleh penulis. Hal ini dikarenakan adanya keterbatasan akses dan protocol dari ruang perawat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 3 hari termasuk hari pengkajian sejak Kami, 12 Februari 2025 sampai dengan Minggu 15 Februari 2025. Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap dua pasien yaitu Ny. I dan Ny. Z postpartum sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini di Rumah Sakit NU Demak dengan penerapan relaksasi foot and hand massage, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian ini, kedua pasien menyampaikan keluhan utama yaitu nyeri pada bagian perut yang terdapat sayatan post operasi sectio caesarea. Selain itu Ny. I mengeluh rasa nyeri di perut seperti di tusuk-tusuk dan selalu terjaga pada malam hari, sedangkan Ny. Z mengeluh nyeri di perut seperti di remas-remas.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan utama yang ditegakkan pada kedua pasien yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Selain itu, Ny. I mengalami diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasif dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Sedangkan Ny. Z memiliki diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasif.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan difokuskan untuk menurunkan intensitas nyeri dengan cara relaksasi foot and hand massage. Selain itu diberikan intervensi mengenai cara mobilisasi dini, mengetahui tanda dan gejakaa infeksi dan bagaimana cara mengontrol tidur yang baik.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari. Terapi relaksasi foot and hand massage ini diberikan secara rutin oleh penulis. Sementara untuk intervensi yang lainnya di berikan sesuai dengan kebutuhan pasien, termasuk edukasi tanda dan gejala infeksi, cara mencuci tangan dengan benar, menjelaskan pentingnya mobilisasi dini, dan edukasi pentingnya tidur dan istirahat yang cukup.

5. Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama tiga hari, maka didapatkan hasil evaluasi yaitu kedua pasien mengalami perubahan. Intensitas nyeri yang dirasakan menurun, skala nyeri menurun, keluhan nyeri menurun. Sehingga seluruh tujuan dan rencana keperawatan tercapai dan semua masalah teratasi

B. Saran

C. Bagi Rumah Sakit

Karya Tulis Ilmiah akhir ini bisa dijadikan untuk bahan referensi bagi bidang keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan G1P0A0 uk 38/39 mg Post Sectio Caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini

D. Bagi Perawat

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah akhir ini bisa dijadikan sebagai pedoman atau panduan bagi perawat dalam memberikan Proses Asuhan Keperawatan dari Pengkajian sampai dengan Evaluasi pada pasien dengan G1P0A0 uk 38/39 mg Post Sectio Caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini

E. Bagi Institusi Pendidikan

Karya Tulis Ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan literatur dan bisa dijadikan untuk penambahan referensi pustaka bagi institusi pendidikan.

F. Bagi Masyarakat

Sebagai perawat harus mampu untuk memberikan edukasi kesehatan tentang masalah setelah persalinan dengan section caesarea dan untuk mengatasi nyeri setelah dilakukan pembedahan



DAFTAR PUSTAKA

- Andini, R. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Plao Dengan Post Partum Sectio Caesaria Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- AULIA, D. N. (2024). *Implementasi Pemberian Paket Dzikir Dan Foot And Hand Massage Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang).
- Balkis, G. M., & Sukyati, I. (2023). Penerapan Foot & Hand Massage Pada Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini. *Bul. Kesehat. Publ. Ilm. Bid. Kesehat.*
- Balkis, G. M., & Sukyati, I. (2023). Penerapan Foot & Hand Massage Pada Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini. *Bul. Kesehat. Publ. Ilm. Bid. Kesehat.*
- Balkis, G. M., & Sukyati, I. (2023). Penerapan Foot & Hand Massage Pada Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini. *Bul. Kesehat. Publ. Ilm. Bid. Kesehat.*
- Barokah, L., & Agustina, S. A. (2021). Faktor Internal Kejadian Ketuban Pecah Dini di Kabupaten Kulonprogo. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 4(2), 108-115.
- Barokah, L., & Agustina, S. A. (2021). Faktor Internal Kejadian Ketuban Pecah Dini di Kabupaten Kulonprogo. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 4(2), 108-115.
- FERAWATI, L. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Post Laparotomi Atas Indikasi Ca Ovarium Di Rsi Sultan Agung Semarang* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang).
- Fitriyani, D. (2021). *Asuhan Keperawatan Post Section Caesaria Atas Indikasi Partus Macet Pada Ny. S Di Rs. Sultan Agung Semarang* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Lail, N. A., Efendi, R., Lestari, I., Fausi, A. A., & Noviyani, A. T. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd). *MEJORA Medical Journal Awatara*, 2(2), 84-90.

- Mardiana, M., Irawati, I., & Basri, M. (2025). Implementasi Terapi Slow Stroke Back Massage (SSBM) untuk Meningkatkan Kualitas Tidur pada Klien Post Op Sectio Caesarea. *Jurnal Anestesi*, 3(1), 227-238.
- Mariyana, D. M., & Astuti, Y. (2024). Pengaruh Foot And Hand Massage Therapy Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea. *An-Najat*, 2(4), 114-123.
- Melisa, S. (2021). Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Medika Hutama*, 3(01 Oktober), 1645-1648.
- MEYLANI, E. (2023). *Laporan Studi Kasus Pada Pasien Post Sectio Caesaria Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Kana Rsud Wonosari* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Klaten).
- Misrina, M., & Lestari, F. (2024). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Indikasi Sectio Caesarea Pada Ibu Bersalin Di Rumah Sakit Avicenna Bireuen. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 10(2), 373-390.
- Nariswari, G. (2024). *Implementasi Relaksasi Benson Dan Kompres Dingin Pada Ibu Post Sc Dengan Indikasi Cpd Untuk Mengurangi Nyeri* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang).
- Nariswari, G. (2024). *Implementasi Relaksasi Benson Dan Kompres Dingin Pada Ibu Post Sc Dengan Indikasi Cpd Untuk Mengurangi Nyeri* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang).
- Ningrum, D. A. W. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Partus Tak Maju Di Ruang Baitunnisa 2 Rsi Sultan Agung Semarang* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Ningrum, N. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S P1a0 Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang).
- Ningsih, R., AMIN, M., ARYANI, I., & PUTRI, P. (2023). Implementasi Keperawatan Manajemen Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut Di Kota Palembang. *Journal of Nursing and Public Health*, 11(1), 105-113.
- Nirwana, M. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post partum Sectio caesarea Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Di Ruang Diamond Rumah Sakit Abdul Radjak Hospital Cileungsi* (Doctoral dissertation, Universitas Mohammad Husni Thamrin).

- olekhudin, A. I., Ma'rifah, A. R., & Utami, T. (2022). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Post Sectio Caesarea. *Journal of Management Nursing*, 2(1), 177-183.
- PRAMESWARI, I. D. (2024). *Implementasi Kombinasi Aromaterapi Sereh, Terapi Warna Hijau Dan Murottal Qs. Ar-Rahman Pada Pasien Plao Post Sc Dengan Nyeri Akut* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang).
- Rahmawati, A. L. D., & Nailah, N. (2023). Studi Kasus Deskriptif Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD). *Jurnal Keperawatan*, 7(01).
- Rizki, S. R., Utami, T., & Danang, D. (2024). Asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien post sectio caesarea di ruang Gayatri RST Wijayakusuma Purwokerto. *Journal of Management Nursing*, 3(2), 334-340.
- Shofa, M. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Panggul Sempit Dengan Penerapan Mobilisasi Dini Untuk Mempercepat Penurunan Tfu Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Siagian, L., Anggraeni, M., & Pangestu, G. K. (2023). Hubungan Antara Letak Janin, Preeklampsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Sectio Caesaria Di Rs Yadika Kebayoran Lama Tahun 2021. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1107-1119.
- Sindu, K., Agustina, A., & Prihatini, F. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S & Ny. E yang Mengalami Risiko Infeksi Post Partum Sectio Caesarea dengan Indikasi Bayi Letak Lintang di Ruang Dahlia RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 11(41), 18-25.
- Syadza, A. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan Risiko Infeksi Melalui Tindakan Perawatan Luka Operasi Dengan Nacl 0, 9% Di Rs Bhayangkara Tk. I Puskokkes Polri* (Doctoral dissertation, Universitas Mohammad Husni Thamrin).
- Viona, S. T. (2023). *Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Pada Ny. N Di Ruang Mahmudah Rumah Sakit Islam Nu Demak* (Doctoral Dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Viona, S. T. (2023). *Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Pada Ny. N Di Ruang Mahmudah Rumah Sakit Islam Nu Demak* (Doctoral Dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).

- Wijaya, A. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Cpd Di Ruang Baitunnisa 2 Rs Islam Sultan Agung Semarang* (Doctoral Dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Wijaya, A. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Cpd Di Ruang Baitunnisa 2 Rs Islam Sultan Agung Semarang* (Doctoral Dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Wulandari, A. (2023). *Laporan Studi Kasus Pada Pasien Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Bangsal Adas Manis Rsud Pandan Arang Boyolali* (Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Klaten).
- Wulandari, A. (2023). *Laporan Studi Kasus Pada Pasien Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Bangsal Adas Manis Rsud Pandan Arang Boyolali* (Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Klaten).
- Zaharany, T. A. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan Penyulit Malpresentasi Janin di Rumah Sakit Wilayah Kerja Depok. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(1), 43-52.

