# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS POST OPERASI SECTIO CAESAREA P3003 DENGAN**

**INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RUANG F1**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**OLEH :**

**IMELDA SANDY WIRATAMI , S .S.Kep**

**NIM. 193.0043**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS POST OPERASI SECTIO CAESAREA P3003 DENGAN**

**INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RUANG F1**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ners**

****

**OLEH :**

**IMELDA SANDY WIRATAMI , S .S.Kep**

**NIM. 193.0043**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya

**Surabaya, 15 Juli 2020**

**Imelda Sandy Wiratami . S., S.Kep**

**NIM. 1930043**

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa ;

Nama : **Imelda Sandy Wiratami . S**

NIM : **183.0033**

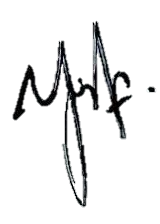
Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Sectio Caesarea P3003 dengan Letak Sungsang di Ruang F1 Rumkital Dr Ramelan Surabaya**

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhya, maka kami menganggap dan dapat menyerujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagaian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, Juli 2020**

**Pembimbing**

**Iis Fatmawati,, S.Kep.,Ns.,M.Kes**

**NIP.03.067**

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.,MB.**

**NIP.03.020**

# HALAMAN PENGSAHAN

Karya Ilmiyah Akhir :

dari

Nama : Imelda Sandy Wiratami . S

NIM : 193.0043

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa

Medis Post Operasi Sectio Caesarea DenganIndikasi Etak Sungsang di Ruang F1 Rumkital dr. RamelanSurabaya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Penguji I** | **:** | **Astrida Budiarti, M.Kep .,Ns., Sp.Kep.Mat**  **NIP. 03.025** |  |
| **Penguji II** | **:** | **Iis Fatmawati, S.Kep., Ns., M.Kes NIP. 03.067** | C:\Users\Ririn\Documents\10-09-2020-07.41.44.jpg |

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SUABAYA**

**KAPRODI PROFESI NERS**

**Nuh Huda M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB**

**NIP.03.020**

# KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhannahuwata’ala, atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penyusunan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Sectio Caesarea dengan Indikasi letak Sungsang di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya” dapat terselesaikan tepat waktu. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan tujuan untuk memenuhi tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsulhadi, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir

2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep, selaku ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Bapak Ns. Nuh Huda, M. Kep. Sp. Kep. MB, selaku Kepala Program StudiPendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Iis Fatmawati., S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Pembimbing Institusi, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep.Mat selaku Penguji yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

6. Ibu Nadia Okhtiary, Amd selaku Kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Seluruh staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi di Stikes Hang Tuah Surabaya.

8. Orang tua dan adik-adik yang selalu memberikan semangat dan mendukung penulis dalam menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

9. Pasien dan keluarga pasien selaku responden penulisan yang telah memberi izin dan kesempatan menjadi responden dalam penulisan ini

10. Rekan-rekan sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 23 Juli2020

Penulis

**MOTTO & PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

“Berjuang & kerjakan tugasmu dengan sepenuh hati, Selesaikan proses dan lalui dengan berani. Maju terus pantang berhenti”

**PERSEMBAHAN**

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkah karunia serta kemudahan akhirnya saya dapat menyelesaikan proposal ini dengan baik. Karya saya ini di persembahkan untuk :

1. Mama saya (Idawati) yang selama ini selalu mendoakan saya, meberikan kasih sayang yang tak terhingga, perhatian, dukungan dan motivasi terbesar untuk saya.

2. Papa saya (Hendri Subiyatrik) yang selama ini selalu mendoakan saya, memberikan kasih sayang, dan memberikan motivasi untuk menyemangati. Semoga Allah melindungi, memberi kesehatan, dan kebahagiaan kepada beliau.

3. Ketiga Adik kandungku tercinta (Gasica Dwi Sandy Wiratami), (Aldya Afdalya Wiratami), (Raudhatul Jannah Wiratami) yang selalu mendo’akanku menghibur dan menyemangatiku.

5. Dan semua pihak yang telah membantu, yang tidak bisa ku sebutkan satu persatu. Terimakasih atas motivasi dan dukungan yang telah di berikan.

# DAFTAR ISI

[**HALAMAN DEPAN**](#_Toc46770751)

[**HALAMAN DALAM** i](#_Toc46770752)

[**HALAMAN PERNYATAAN** ii](#_Toc46770753)

[**HALAMAN PERSETUJUAN** iii](#_Toc46770754)

[**HALAMAN PENGSAHAN** iv](#_Toc46770755)

[**KATA PENGANTAR** v](#_Toc46770756)

[**DAFTAR ISI** ix](#_Toc46770757)

[**DAFTAR LAMPIRAN** xii](#_Toc46770758)

[**DAFTAR SINGKATAN :** xiii](#_Toc46770759)

[**BAB 1**](#_Toc46770760)[**PENDAHULUAN**](#_Toc46770761)

[1.1Latar Belakang 1](#_Toc46770762)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc46770763)

[1.3 Tujuan Penulisan 4](#_Toc46770764)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc46770765)

[1.3.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc46770766)

[1.4 Manfaat Penulisan 4](#_Toc46770767)

[1.4.1 Dari Segi Akademik 5](#_Toc46770768)

[1.4.2 Dari segi praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi 5](#_Toc46770769)

[1.5 Metode Penulisan 5](#_Toc46770770)

[1.5.1 Metode 5](#_Toc46770771)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 6](#_Toc46770772)

[1.5.3 Sumber Data 6](#_Toc46770773)

[1.5.4 Studi Kepustakaan 6](#_Toc46770774)

[1.6 Ruang Lingkup Penulisan 7](#_Toc46770775)

[1.7 Sistematika Penulisan 7](#_Toc46770776)

[**BAB 2**](#_Toc46770777)[**TINJAUAN PUSTAKA**](#_Toc46770778)

[2.1 Konsep Dasar Post Partum 9](#_Toc46770779)

[2.1.1 Definisi 9](#_Toc46770780)

[2.1.2 Tahap Pemulihan 9](#_Toc46770781)

[2.1.3 Perubahan Fisiologis masa nifas 10](#_Toc46770782)

[2.1.3 Perubahan Psikologis pada ibu nifas 12](#_Toc46770783)

[2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas 13](#_Toc46770784)

[2.2 Konsep Sectio Caesarea 16](#_Toc46770785)

[2.2.1 Definisi Sectio Caesarea 16](#_Toc46770786)

[2.2.2 Klasifikasi 16](#_Toc46770787)

[2.2.3 Etiologi 17](#_Toc46770788)

[2.2.4 Komplikasi 20](#_Toc46770789)

[2.2.5 Pemeriksaan Penunjang 21](#_Toc46770790)

[2.2.6 Pencegahan 21](#_Toc46770791)

[2.2.7 Penatalaksanaan 21](#_Toc46770792)

[2.3 Konsep Letak Sungsang 22](#_Toc46770793)

[2.3.1 Definisi Letak Sungsang 22](#_Toc46770794)

[2.3.2 Klasifikasi letak sungsang 22](#_Toc46770795)

[2.3.3 Etiologi 23](#_Toc46770796)

[2.3.4 Manifestasi Klinis 24](#_Toc46770797)

[2.3.5 Komplikasi 25](#_Toc46770798)

[2.3.6 Pemeriksaan Penunjang 25](#_Toc46770799)

[2.3.7 Pencegahan 26](#_Toc46770800)

[2.3.8 Penatalaksanaan 26](#_Toc46770801)

[2.2.9 WOC 27](#_Toc46770802)

[2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Post *SC* Indikasi Letak Sungsang 28](#_Toc46770803)

[2.4.1 Pengkajian 28](#_Toc46770804)

[2.4.2 Pemeriksaan Fisik 29](#_Toc46770805)

[2.4.3 Diagnosa Keperawatan 31](#_Toc46770806)

[2.4.4 Intervensi Keperawatan 32](#_Toc46770807)

[**BAB 3**](#_Toc46770808)[**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**](#_Toc46770809)

[3.1 Pengkajian 35](#_Toc46770810)

[3.1.1 Indentitas 35](#_Toc46770811)

[3.1.2 Analisa Data 46](#_Toc46770812)

[3.2 Diagnosa Keperawatan 47](#_Toc46770813)

[3.2.1 Prioritas Masalah 47](#_Toc46770814)

[3.3 Intervensi Keperawatan 48](#_Toc46770815)

[3.4 Implementasi dan evaluasi 51](#_Toc46770816)

[**BAB 4**](#_Toc46770817)[**PEMBAHASAN**](#_Toc46770818)

[4.1 Pengkajian 58](#_Toc46770819)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 61](#_Toc46770820)

[4.3 Intervensi 64](#_Toc46770821)

[4.4 Implementasi 66](#_Toc46770822)

[4.5 Evaluasi 69](#_Toc46770823)

[**BAB 5**](#_Toc46770824)[**PENUTUP**](#_Toc46770825)

[5.1 Kesimpulan 71](#_Toc46770826)

[5.2 Saran 73](#_Toc46770827)

[**DAFTAR PUSTAKA**](#_Toc46770828)

[Lampiran 1 75](#_Toc46770829)

[Lampiran 2 76](#_Toc46770830)

**DAFTAR LAMPIRAN**

|  |  |
| --- | --- |
| Lampiran1  Lampiran2  Lampiran3  Lampiran4 | *CurriculumVittae*..........................................................75  SPO Pengambilan Darah IntraVena.............................76  SPO Injeksi IntraVena..................................................79  SPO Pasang dan PerawatanInfus..................................81 |

# DAFTAR SINGKATAN

WHO : World Health Organization

RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar

BUN : *Blood Urea Nitorgen*: Nitrogen Urea Darah

BB : Berat Badan

BBJ : Berat Badan Janin

BCG : Bacillus Calmette Guerin

C : Celcius

HCT : Hemotrocit

IV : Intra Vena

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buag Air Kecil

IG : Imunigloblin G

IGD : Instalasi Gawat Darurat

IM : Intra Muskuler

KRS : Keluar Rumah Sakit

Kg : Kilo Gram

KH : Kriteria Hasil

MK : Masalah Keperawatan

MRS : Masuk Rumah Sakit

Ml : Mili Liter

Ny : Nyonya

N : Nadi

RR : Respiratori Rate

RS : Rumah Sakit

RM : Rekam Medis

S : Suhu

SOAP : *Subjective, Objective, Assessment, Plan*: Subjektif, Objektif,

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

SPO : Standart Prosedur Operasional

THT : Telinga, Hidung, Tenggorok

T : Tensi

TB : Tinggi Badan

Tn : Tuan

TD : Tekanan Darah

TTV : Tanda-Tanda Vital

Vit : Vitamin

WOC : Web Of Caution

SC : Sectio Caesarea

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Menurut (Padila, 2015)Sectio caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerostomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Dari beberapa pengertian tentang Sectiom Caesareadiatas dapat diambil kesimpulan bahwa Sectio Caesareaadalah suatu tindakan pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.Salah satu masalah / kasus pada kehamilan yang perlu di lakukan tindakan sectio caesarea adalah kehamilan dengan indikasi letak sungsang.Letak sungsang merupakan dimana keadaan janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri tipe letak sungsang yaitu: frank breech (50,70%) yaitu kedua tungkai fleksi, complete breech (5,70%) yaitu tungkai atas lurus keatas, tungkai bawah ekstensi, flooting (10,30%) yaitu satu atau kedua tungkai atas ekstensi presentasi kaki. Penyebab letak sungsang yaitu terdapat plasenta previa, keadaan janin, keadaan air ketuban, keadaan kehamilan, keadaan uterus, keadaan dinding abdomen, keadaan tali pusat (Manuba, 2007 dalam Prawirohardjo, 2010). Letak sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentasi bokong). Jika ada bayi sungsang maka dokter akan menganjurkan untuk melakukan operasi SC untuk keselamatan ibu dan bayi (Rukiyah, 2010).

Data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2016, selama hampir 30 tahun tingkat persalinan dengan sectio caesarea menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di negara-negara berkembang. Tingkat persalinan sectio caesarea di Indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancarai di 33 provinsi (RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar), 2015). Dari hasil jurnal penelitian (Ariminah, 2015) di sebutkan bahwa di Daerah Jawa Timur di Rumah Sakit rujukan terbesar di Surabaya ditemukan angka kejadian persalinan dengan *Sectio Caesarea* adalah 1478 kasus dari 6335 total persalinan. Sementara di Jawa Timur ditemukan bahwa angka persalinan *Sectio Caesarea*sebesar (23,3%).

Dari hasil beberapa penelitian tentang melahirkan melalui operasi *Sectio Caesarea* menunjukkan bahwa melahirkan secara *Sectio Caesarea* akan memerlukan waktu penyembuhan luka uterus / rahim yang lebih lama dari pada persalinan normal. Selama luka belum benar benar sembuh, rasa nyeri bisa saja timbul pada luka tersebut. Bahkan menurut pengakuan para ibu yang melahirkan bayinya mengguanakan prosedur operasi, rasa nyeri memang kerap terasa sampai beberapa hari setelah operasi (Maryunani, 2010). Persalinan *Sectio Caesarea* memiliki nyeri lebih tinggi sekitar 27,3% dibandingkan dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9%. Rasa nyeri meningkat pada hari pertama post operasi *Sectio Caesarea.* Secara psikologis tindakan *Sectio Caesarea* berdampak terhadap rasa takut dan cemas terhadap nyeri yang di rasakan setelah analgetik hilang (Utami, 2016).Dampak dari operasi caesar relative lama dibandingkan persalinan normal yaitu sekitar 3 bulan, dapat mengalami rahim pecah (uterine ruptur) perempuan yang sering melakukan operasi caesar memiliki resiko lebih besar terkena kondisi pecahnya rahim. Hal ini disebabkan karena bekas luka di rahim rentan untuk robek/ hancur. (Manuaba, 2008).

Ibu hamil yang mengalami bedah *Caesar* akibat letak sungsang harus diberikan perawatan dan pengawasan yang intensif. Dari sinilah peran perawat sangat diperlukan. Perawat harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif, preventif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran. Penanganan yang sering di gunakan untuk meredakan nyeri post *SC* berupa penanganan farmakologi. Pengendalian nyeri secara farmakologi efektif untuk nyeri sedang dan berat. Farmakologi untuk mengontol nyeri dengan non farmakologi agar sensasi nyei dapat berkurang serta masa pemulihan tidak memanjang (Sawandari, 2014). Sedangkan penangan untuk gangguang mobilitas fisik yang di sebabkan oleh nyeri bisa di tangani dengan mengajarkan mobilisasi bertahap yang dapat di lakukan sesuai tahapan standar intervensi (SIKI, 2018). Berdasarkan dari permasalah yang dihadapi pasien yang mengalami bedah caesar akibat letak sungsang harus diberikan perawatan dan pengawasan yang intensif maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Sectio Caesarea dengan Indikasi letak sungsasng di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Post op Sectio Caesarea indikasi letak Sungsang dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Post SC Letak Sungsang di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”.

## 1.3 Tujuan Penulisan

## 1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Post SC Letak Sungsang di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

## 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien Ny. S dengan diagnosa medis Post SC Letak Sungsang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Post SC Letak Sungsang di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Post SC Letak Sungsang di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Post SC di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi Pasien Ny. S dengan diagnosa medis Post SC Letak Sungsang di Ruang F1 Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Post SC Letak Sungsang di Ruang F1 Dr. Ramelan Surabaya

## 1.4 Manfaat Penulisan

Tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

## 1.4.1 Dari Segi Akademik

Merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan Post op SC Letak Sungsang.

1.4.2 Dari segi praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi**:**

1.Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu refrensi bagi penelitian berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan Post SC Letak sungsang.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post SC Letak sungsang

3. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Post SC Letak sungsang

## 1.5 Metode Penulisan

## 1.5.1 Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini adalah metode case study yaitu metode yang sifatnya mengungkap peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

**Langkah-langkah yang diambil dalam karya tulis ilmiah ini yaitu:**

1. Studi kepustakaan, yaitu mengumpulkan bahan-bahan yang berkaitan dengan Post SC Letak Lintang dan asuhan keperawatan, dengan membaca buku, maupun sumber-sumber lain yang berkaitan dengan Post SC Letak sungsang.

2. Wawancara, yaitu wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga, perawat ruangan, dokter serta petugas tim kesehatan lainnya.

3. Observasi, yaitu melakukan pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku pasien yang dapat diamati pada saat melakukan asuhan keperawatan.

4. Pemeriksaan, yaitu meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

## 1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil - hasil pemeriksaan dan tim kesehatan yang lain.

## 1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

## 1.6 Ruang Lingkup Penulisan

Ruang lingkup penulisan makalah ini hanya membahas tentang konsep dasar yang terdiri dari pengertian, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Post SC Letak Sungsang di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 15 – 19 Juli 2020

## 1.7 Sistematika Penulisan

**Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :**

1. Bagian awal, memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran dan daftar singkatan.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari segi medis dan asuhan keperawatan pasien Post SC indikasi Letak sungsang.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan pasien.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan di uraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan ibu post partum dengan indikasi letak lintang. Konsep penyakit akan di uraikan anatomi fisiologi, definisi, etiologi, manifestasi klinis, tanda dan gejala, patofisiologi, komplikasi, pencegahan, pemeriksaan diagnosis dan penatalaksanaan medis. Konsep asuhan keperawatan mengenai ibu post partum dengan indikasi letak lintang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## 2.1 Konsep Dasar Post Partum

## 2.1.1 Definisi

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang di perlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani, 2015)

## 2.1.2 Tahap Pemulihan

Beberapa tahapan masa nifas menurut Endang Purwoastuti dan Elisabeth Siwi Walyani, ( 2015 ) adalah sebagai berikut :

1. *Early puerperium*

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan

2. *Puerperium intermedia*

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia.

3. *Puerperium remote*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

## 2.1.3 Perubahan Fisiologis masa nifas

1. Perubahan reproduksi

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) perubahan sistem reproduksi pada masa nifas yaitu:

a) Uterus

Alat reproduksi internal maupun eksternal berangsur- angsur akan kembali/ uterus akan mengecil dan perubahan keseluruhan alat genetalia ini disebut involusi.

b) Lokia

Lokia adalah meluruhnya jaringan desidua yang menyebabkan keluarnya sekret vagina dalam jumlah bervariasi lokia berbau amis dan berbeda-beda setiap wanita. Pengeluaran lokia dibagi menjadi 4 bagian yaitu:

1) Lokia rubra

Lokia rubra timbul pada hari 1-2 post partum, yang berisi darah bercampur sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, sisa mekonium, sisa selaput ketuban, dan sisa darah.

2) Lokia sanguelenta

Lokia sangulenta timbul pada hari ke 3-7 post partum, berisis sisa darah bercampur lender

3) Lokia serosa

Lokia serosa timbul 7-14 hari postpartum, cairan berwarna kekuningan berisi leukosit dan robekan laserasi plasenta.

4) Lokia alba

Muncul pada 2 minggu post partum dan merupakan cairan putih

2. Perubahan sistem pencernaan

Menurut (Marliandhiana, 2015) perubahan sistem pencernaan antara lain:

a) Nafsu makan

Rasa lelah yang dirasakan ibu setelah persalinan mempengaruhi nafsu makan ibu. Segera mungkin berikan ibu minum hangat dan manis untuk mengembalikan tenaga yang hilang karena proses persalinan

b) Gastrointestinal

Ibu sering mengalami konstipasi pasca melahirkan karena tonus usus menurun selama proses persalinan dan awal masa nifas.

3. Perubahan sistem perkemihan

Saluran kemih akan kembali normal dalam waktu 8 minggu hal tersebut dipengaruhi oleh keadaan sebelum persalinan dan besarnya tekanan kepala yang menekan. Pada saat nifas kandung kemih kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih kemih penuh.

4. Perubahan tanda-tanda vital

a) Suhu

Ibu akan mengalami peningkatan suhu tubuh (380C) sebagai respon tubuh terhadap proses persalinan, terutama dehidrasi akibat pengeluaran darah dan cairan saat persalinan dalam 24 jam pertama post partum.

b) Nadi

Denyut nadi akan mengalami peningkatan dan waspada terjadinya perdarahan bila nadi >100x per menit pada saat proses persalinan.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibanding pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

d) Pernafasan

Pernafasan ibu menjadi lebih lambat atau kembali normal hal ini karena ibu dalam kondisi pemulihan

5. Perubahan kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah persalinan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat.

## 2.1.3 Perubahan Psikologis pada ibu nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) perubahan psikologis ada 3 tahapan yaitu:

1) Fase taking in

Terjadi pada 1-2 hari post partum ibu sangat pasif dan sangat tergantung pada orang lain, ibu masih merasa lelah karena proses persalinan dan memngingat pengalaman persalinan.

2) Fase taking hold

Terjadi pada 3-10 hari post partum. Ibu merasa kawatir akan ketidak mampuannya dan sudah mulai ada rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Pada masa ini ibu sensitif dan mudah tersinggung

3) Fase Letting go

Terjadi pada lebih dari 10 hari post partum.Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab.Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

## 2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

Menurut Marliandhiani dan Ningrum (2014) kebutuhan ibu nifas yaitu:

1) Kebutuhan gizi

Ibu nifas harus memenuhi kebutuhan gizinya dengan cara: mengkonsumsi tambahan kalori, 500-700 kalori perhari.Pemenuhan diit berimbang,terdiri atas protein, kalsium, mineral, sayur hijau dan buah. Kebutuhan cairan setidaknya 3 liter perhari yang dapat diperoleh dari air putih atau buah.Vitamin A (200000 unit) selain untuk ibu, vitamin Adapat diberikan kepada bayi melalui asi.

2) Ambulasi dini

Ibu nifas sebaiknya melakukan ambulasi dini yakni segera bangun dari tempat tidur dan bergerak agar lebih kuat setelah melahirkan. Ambulasi dini bermanfaat melancarkan sirkulasi peredaran darah, pengeluaran lokia, memperbaiki fungsi usus, dan mencegah terjadinya trombosis pada pembuluh tungkai.

3) Eliminasi

a) Miksi

Rasa nyeri kadang mengakibatkan ibu nifas enggan untuk berkemih atau muiksi, tetapi harus di usahakan untuk tetap berkemih secara teratur. Hal ini dikarenakan kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi uterus yang dapat menyebabkan perdarahan. BAK yang normal pada masa nifas adalah BAK spontan setiap 3-4 jam per hari.

b) Defekasi BAB

BAB normal 3-4 hari masa nifas. Feses yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan mengakibatkanterjadinya konstipasi. Setelah melahirkan, ibu nifas sering mengeluh mengalami kesulitan BAB yang disebabkan pengosongan usus besar sebelum melahirkan serta faktor individual misalnya nyeri pada luka *perenium* ataupun perasaan jika BAB akan menimbulkan robekan pada jahitan.

4) Kebersihan

Ibu nifas harus mandi setiap hari 2 kali dengan membersihkan daerah *perenium* dan juga pada waktu selesai BAB atau BAK. Ibu nifas harus mengganti pembalut 3-4 kali sehari atau jika sudah penuh. Luka*Perenium* merupakan daerah yang harus di jaga agar tetap bersih dan kering karena rentan terjadi infeksi

5) Istirahat

Istirahat merupakan keadaan yang tenang, relaks, tanpa tekanan emosional dan bebas dari kegelisahan. Ibu nifas sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas setidaknya 1 jam pada siang hari dengan kaki di tempatkan lebih tinggi dari tubuhnya, hal ini bertujuan untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Kurang istirahat pada ibu nifas akan mempengaruhikurangnya jumlah produksi ASI, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.

6) Seksual

Pengeluaran lokia sudah bersihselama enam minggu post partum, termasuk luka episiotomi dan luka SC telah sembuh dan tidak ada masalah untuk memulai ibu melakukan hubungan seksual serta ibu siap secara fisik maupun psikis. Ada penyebab yang mungkin menurunkan gairah seksual ibu pasca melahirkan, yaitu luka persalinan, depresi atau kelelahan.

7) Senam nifas

Ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal ini dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu pasca melahirkan, sebaiknya dilakukan dalam 24 jam post partum.

8) Proses laktasi dan menyusui

Laktasi adalah proses pembentukan ASI yang melibatkan hormon prolaktin danproses pengeluaran yaitu oxitosin. Pada hari ke 2-3 post partum hormon esterogen dan progesteron turun sehingga hormon prolaktin berperan memproduksi asi.Saat itulah terjadi sekresi ASI. Reflek yang penting dalam mekanisme isapan bayi antara lain : rooting reflek, sucking reflek, swallowing reflek. Manfaat pemberian asi:

a) Antibodi tinggi sehingga anak lebih sehat

b) Mengurani risiko caries gigi

c) Mudah dicerna sesuai kemampuan bayi

Komposisi gizi dalam ASI

* + 1. Kolostrum adalah susu yang pertama kali keluar berwarna kuning keemasan kental lengkat
    2. ASI transisi /peralihan diproduksi pada hari keempat / ke tujuh yang sampai hari ke 14
    3. ASI matur keluar setelah hari ke 14 ASI matur terlihat encer dari susu sapisalah pada bayi antara lain : bayi enggan menyusu, bayi dengan reflek hisap lemah, bayi kuning, bayi sumbing, bayi bingung puting.

## 2.2 Konsep Sectio Caesarea

## 2.2.1 Definisi Sectio Caesarea

*Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Winkjosastro, 2013)

*Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuatsayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amrusofian, 2012)

## 2.2.2 Klasifikasi

**Klasifikasi Sectio Caesarea menurut (Manuba, 2012) Antara Lain :**

1. Segmen bawah : Insisi melintang

Pada bagian segmen bawah uterus di buat insisi melintang yang kecil, luka ini dilebarkan kesamping dengan jari-jari tangan dan berhenti didekat daerah pembuluh-pembuluh darah uterus. Kepala janin yang pada sebagian besar kasus terletak dibalik insisi diekstraksikan atau didorong, diikuti oleh bagian tubuh lainnya dan kemudian plasenta serta selaput ketuban.

2. Segmen bawah : insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapi uterus sama seperti pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cidera pada bayi.

3. Sectio Caesarea klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan skapel ke dalam dinding uterus anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi dilahirkan dengan persentasi bokong dahulu, janin atau plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis.

4. Sectio Caesarea ekstra peritonial

Pembedahan ekstra peritonial dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisasi yang sering bersifat fatal.

## 2.2.3 Etiologi

Adapun etiologi menurut (Manuaba, 2012) indikasi ibu dilakukan adalah *ruptur uteri iminen*, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah *fetal distres* dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor *Sectio Caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *Sectio Caesarea* sebagai berikut :

1. CPD ( *Chepalo Pelvik Disproportio* )

*Chepalo Pelvik Disproportion* (CPD) adalah ukuran lingkar panggulibu tidak sesuai dengan ukuran lingkar kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi simetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

2. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling pentingdalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi impartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

4. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara sesar. Hal ini karena kelairan kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pundapat mengalami sunsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit berbafas

6. Kelainan Letak Janin

Menurut (Saifuddin, 2012) kelainan pada letak janin dibagi 2 :

1) Kelainan pada Letak Kepala

1. Letak Kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

b) Presentasi Muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah adalah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5%.

c) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

2) Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sunsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki. (Sukarni & Sukarti, 2014).

## 2.2.4 Komplikasi

Komplikasi menurut (Sukowati, 2010)adalah :

1. Infeksi Purperal (nifas)

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu tubuh beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat, seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala infeksi intrapartum, atau ada faktr-faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginalsebelumnya), bahaya infeksi sangat diperkecil dengan pemberian antibiotika, akan tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali terutama seksio sesarea klasik dalam hal ini lebih berbahaya daripada seksio sesarea transperitonealis profunda.

2. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteria uterine ikut terbuka, atau karena atonia uterin.

Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah seksio sesarea klasik.

## 2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang menunjang menurut Nanda (2015)

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

2. Pemantauan EKG

3. Elektrolit

4. Ekstensi

5. Hemoglobin / Hematokrit

6. Golongan Darah

## 2.2.6 Pencegahan

Cara pencegahan yang dilakukan adalah untuk mengatasinya agar tidak mengalami sectio caesarea adalah dengan latihan senam hamil yang teratur dapat dijaga kondisi otot-otot dan persendian yang berperan dalam proses mekanisme persalinan (Sarwono, 2010)

## 2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan sectio caesarea menurut (Prawiroharjo, 2010) antara lain :

1) Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat

2) Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat.

3) Pemberian analgesik dan antibiotik

4) Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam

5) Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan

6) Ambulasi satuhari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuanorang lain

## 2.3 Konsep Letak Sungsang

## 2.3.1 Definisi Letak Sungsang

Letak Sungsang adalah janin yang kakinya memanjang membujur dalam rahim kepala berada di fundus dan bokong berada di bawah kavum uteri (Reny, 2017)

Letak sungsang adalah letak membujur atau memanjang dari janin dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri, sebelum atau sesudah masuk kedalam pintu atas panggul(Nugroho, 2010). Letak sungsang adalah keadaan dimana janin terletak memanjang (membujur) dengan kepala berada di fundus dan bokong di bawah kavum uteri (Amru, 2011).

## 2.3.2 Klasifikasi letak sungsang

Klasifikasi presentasi bokong menurut (Liu, 2013) adalah :

1. Ekstensi

Posisi ini paling sering ditemukan yang terjadi sebesar 75% kejadiaan presentasi bokong pada primigravida dan 50% pada multigravida. Penempelan yang baik terhadap serviks mungkin dilakukan tetapi tungkai yang ekstensi dapat membebat janin yangmenghambat fleksi lateral tubuh. Kelahiran tungkai memerlukan bantuan.

2. Presentasi bokong sempurna

Terjadi terutama pada ibu multigravida dengan diameter pelviks baik atau pada gestasi multipel terdapat resiko prolaps tali pusat. Proses persalinan secara spontan atau mealui ekstermitas bawah yang mudah mungkin dapat dilakukan.

3. Presentasi bokong tidak sempurna

Presentasi ini jarang terjadi, terdapat penempelan yang buruk pada serviks sehingga memiliki resiko yang lebih tinggi terjadinya prolaps taki pusat. Presentasi ini dapat mengindikasikan kesulitan dalam penurunan sehingga direkomendasikan kelahiran dengan sectio caesarea.

## 2.3.3 Etiologi

Menurut Wiknjosastro (2013), penyebab terjadinya presentasi bokong adalah:

1. Faktor Ibu

Keadaan jalan lahir (Kesempitan panggul, deformitas tulang panggul, terdapat tumor menghalangi jalan lahir, multiparasitas, plasenta previa dan panggul sempit). Banyak faktor yang menyebabkan meningkatnya persalinan dengan letak sungsang diantaranya oleh faktor usia lebih dari 35 tahun berhubungan dengan mulainya terjadi regenerasi sel-sel tubuh terutama dalam hal ini adalah endometrium akibat usia biologis jaringan dan adanya penyakit yang dapat menimbulkan kelainan letak (Manuba, 2012)

2. Faktor janin

a) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat

b) Hidrosefalus atau anensefalus

c) Kehamilan Kembar

d) Hidramnion atau oligohidramnion

e) Prematuritas

## 2.3.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Letak Sungsang menurut (DS Baratakoesma, 2015) adalah :

1. Pergerakan anak terasa oleh ibu di bagian perut bawah, dibawah pusat dan ibu sering mengeluh merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.

2. Merasa kesakitan di area serviks atau rectal

3. Pada pimigravida tidak merasakan janin turun sebelum permulaan kelahiran

4. Pada palpasi akan teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri. Punggung anak dapat diraba pada salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil pada pihak berlawanan. Di atas simpisis teraba bagian yang kurang bundar dan lunak

5. Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat

6. Pemeriksaan vagina biasanya akan menggambarkan bagian terendah tidak mengalami *engaged* dan terasa lembut tanpa garis sutura atau formal

## 2.3.5 Komplikasi

**Menurut Rukiyah dan Yuliani (2010), koplikasi letak sungsang antara lain:**

1) Bagi Ibu

a) Robekan perineum lebih besar

b) Jika ketuban pecah dini dapat terjadi partus lama

c) Infeksi

2) Bagi janin

Ada gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong dan perut lahir karena tali pusat terjepit.

## 2.3.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Rukiyah dan Yulianti, 2010) antara lain :

1. Anamnesa

Pergerakan anak terasa oleh ibu bagian perut bawah, ibu sering merasa ada benda keras yang mendesak tulang iga dan rasa nyeri pada tulang iga karena kepala janin.

2. Palpasi

Teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus, punggung dapat teraba pada salah satu sisi perut bagian kecil pada sisi yang berlawanan di atas sympisis teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.

3. Auskultasi

Denyut jantung janin (DJJ) sepusat atau ditemukan paling jelas pada tempat yang lebih tinggi (sejajar atau lebih tinggi dari pusat).

4. Vagina toucher

Terbagi 3 tonjolan tulang yaitu tubera *os ischii* dan tulang *os sacrum*, anus genetalia anak jika odema tidak terlalu besar dan dapat diraba.

5. Perbedaan antara letak sungsang dan kepala pada pemeriksaan

Jika anus posisi terendah maka akan teraba lubang kelic, tidak ada tulang, tidak menghisap. Jika presentasei kaki maka akan teraba patella dan politeal. Pada presentasi mulut maka akan teraba hisapan dijari, teraba rahang dan lidah. Presentasi tangan dan siku : terasa jari panjang, tidak rata, patella (+)

## 2.3.7 Pencegahan

Pencegahan agar bayi tidak sunsang dengan cara melakukan posisi *knee chest* yaitu dengan cara melakukan sujud atau secara tidak sengajamelakukan sujud ketika sholat, dilakukan pada kehamilan sekitar 7-8 bulan kemudian dilakukan 3-4 kali sehari selama 10 menit (Mufdililah, 2009).

## 2.3.8 Penatalaksanaan

Mengingat bahaya-bahayanya, sebaiknya persalinan dalam letak sunsang harus dihindarkan. Untuk ibu bila pada waktu pemeriksaan antenatal dijumpai letak sunsang menjadi letak kepala. Upaya-upaya tersebut adalah :

1) Posisi *Knee Chest*

a) Tujuan

Membenarkan posisi sungsang janin ke arah posisi presentase kepala secara alamiah, dengan pertimbangan kepala lebih berat dari bokong sehingga dengan hukum alam akan mengarah kepintu atas panggul

b**)** Persiapan alat

1) Lantai beralas

2) Satu bantal tipis

c) Pelaksanaan

1) Sikap

Posisikan tubuh tengkurap dengan bertumpu pada lutut dan lengan, rebahkan dada sampai menyentuh lantai, kepala dimiringkan di atas lantai.

2) Anjuran

1. Pada kehamilan sekitar 7-8 bulan

2. Di lakukan 3-4 kali sehari selama 10 menit, seminggu kemudian periksa ulang

3. Bila letak janin berubah, posisi *knee chest* diulangi, bila berhasil perlu difiksasi (diikat) dengan gurita atau stagen agar posisi janin tak berubah kembali

## 2.2.9 WOC

Faktor dari Ibu :

1. Multiparitas
2. Plasenta previa
3. Panggul sempit

Faktor dari Janin

1. Hidrosefalus
2. Gameli
3. Hidraminion
4. Prematuritas

**LETAK SUNGSANG**

Keadaan dimana jenis terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bawah fakum uteri

Rencana dilakukan persalinan normal

Rencana dilakukan tindakan pembedahan (SC)

Episiotomy (insisi)

Terputusnya inkountinitas jaringan

Pre operasi

Pre operasi

Kurang informasi

Kurang pengetahuan

Koping individu inefektif

MK : Resti Infeksi

MK : Nyeri akut

MK : Gangguan pola tidur

MK : Cemas

Post partum nifas

Luka post operasi

Psikologi

Penambahan anggota baru

Tuntutan anggota baru

Bayi menangis

MK : Gangguan pola tidur

Kelemahan penurunan sirkulasi

Jaringan terbuka

Terputusnya inkontuinitas jaringan

MK : Gangguan Mobilitas

Proteksi kurang

Hal ini merangsang pengeluaran histamine

MK : Nyeri

Invasi kurang

MK : Resiko infeksi

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Post *SC* Indikasi Letak Sungsang

## 2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu tahap penting dari proses pemberian asuhan keperawatan yang sesuai bagi kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian yang akurat, lengkap sesuai kenyataan dan kebenaran data sangat penting untuk langkah selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai respon individu

1. Identitas

Di dalam identitas yang berisiko tinggi mengalami indikasi letak sungsang ialah usia kehamilan di atas 35 tahun menurut (Manuba, 2012)

2. Keluhan Utama

Pasien post operasi biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi SC (Sectio Caesaria)

3. Riwayat Kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan setelah pasien operasi

4. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah mengalami operasi sesar sebelumnya

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya riwayat penyakit keluarga seperti riwayat penyakit DM, jantung, asma dari komplikasi tersebut akan dilakukan opersi sesar

6. Riwayat perkawinan

Meliputi menikah sejak umur berapa dan berlangsung sudah berapa tahun pernikahannya

7. Riwayat kehamilan saat ini

Yaitu menghitung usia kehamilan dan tanggal tafsiran persalinan (HPHT), mengetahui perkiraan lahir bayi, apakah bayi lahir premature karena bayi premature merupakan factor predisposisi dari letak sungsang

8. Riwayat Persalinan

Meliputi jenis persalinan yang pernah dialami ( SC/ normal ) adanya perdarahan atau tidak

9. Riwayat Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Meliputi menarche berapa siklus, berapa lama, haid pertama dan haid terakhir ( HPHT )

b) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas

Meliputi kehamilan anak ke berapa, umur kehamilan, ada penyulit atau tidak, penolong dalam persalinan, jenis persalinan SC atau normal, terdapat komplikasi nifas atau tidak

c) Riwayat Keluarga berencana

Apakah pernah melaksanakan KB sebelumnya, jenis kontrasepsinya apa, sejak kapan menggunakan kontrasepsi.

## 2.4.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik B1-B6 menurut (Nugroho, 2011)

1. *Breath* (B1)

a) Inspeksi : tidak terjadi peningkatan RR, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas.

b) Palpasi : pergerakan dinding dada sama, vocal premitus sama.

c) Perkusi : Suara perkusi resonan atau tidak

d) Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti whezzing atau ronchi.

2. *Blood* (B2)

a) Inspeksi : Anemis (pucat), tidak ada nyeri dada.

b) Palpasi : CRT < 3 detik, tidak *cianosis*, akral dingin, takikardia

c) Perkusi : Batas jantung normal, tidak ada pembesaran jantung.

d) Auskultasi : Bunyi S1 dan S2 tunggal, suara jantung regular, tidak ada bunyi jantung abnormal seperti murmur dan gallop.

3. *Brain (*B3)

a) Inspeksi : Kesadaran composmentis (GCS 4-5-6)

b) Palpasi : Ada luka di area kepala atau tidak, ada ketombe atau tidak.

4. *Bladder*(B4)

a) Inspeksi : Biasanya terpasang kateter, urine jernih, bau khas amoniak, pemeriksaan penungeluaran lochea, warna, bau dan jumlah.

b) Palpasi : Nyeri tekan uterus yang mungkin ada, penggunaan alat bantu kateter untuk membatasi aktifitas klien ke toilet berhubung untuk mengurangi rasa nyeri *Post Op sc*

5. *Bowel* (B5)

a) Inspeksi : Mukosa bibir lembab atau kering, bentuk simetris, ada luka *Post Op sc* pada abdomen bagian bawah, bentuk luka vertikal panjang luka sekitar 15 cm ditutup dengan kasa steril

b) Palpasi : Ada nyeri tekan pada luka *Post Op sc* yaitu pada perut bagian bawah.

c) Auskultasi : Bising usus menurun 1-5x/menit akibat efek anastesi sehingga terjadi konstipasi

6. *Bone (*B6)

a) Inspeksi : Ada fraktur atau tidak, warna kulit kemerahan atau tidak. Pergerakan klien bebas atau terbatas

b) Palpasi : Ada nyeri tekan pada luka *Post Op sc*

Skala kekuatan otot : Ada penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah

## 2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan Letak sungsang pada pasien post op SC Letak Lintang antara lain :

1. Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik

2. Hambatan mobilitas fisik b/d Nyeri

3. Risiko Infeksi

## 2.4.4 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  **dx** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| **1.**  **2.**  **3.** | Setelah di lakukan intervensi keperawatan 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan KH :  1. Keluhan nyeri menurun  2. Gelisah menurun  3. Meringis menurun  Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan ekspetasi meningkat dengan KH :  1. Nyeri menurun  2. Kecemasan menurun  3. Kelemahan fisik menurun  Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24jam di harapkan tingkat infeksi menurun dengan KH :  1. Nyeri menurun  2. Bengkak menurun  3. Demam menurun | **1.** Monitor intensitas nyeri menggunakan skala  2. Monitor kualitas nyeri  3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri  4. Monitor durasi dan frekuensi nyeri  5. Kolaborasikan dengan tim medis untuk pemberian analagesik  1. Indentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  2. Indentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi  3. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi  4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu  5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi  6. Anjurkan melakukan ambulasi dini  7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus di lakukan  1. Batasi jumlah pengunjung  2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  3. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar  4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi  5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi | 1. Untuk mengetahui intensitas nyeri  2. agar mengetahui kualitas nyeri  3. Agar mengetahui lokasi dan penyebaran nyeri  4. Untuk mengetahui durasi dan frekuensi nyeri  5. Untuk menurunkan nyeri  1. Untuk mengetahui keluhan fisik  2. Untuk mengetahui toleransi fisik  3. untuk mengetahui kondisi saat melakukan aktivitas  4. Untuk mempermudah pergerakan  5. Untuk meningkatkan ambulasi pasien  6. Untuk mempercepat kemandirian ambulasi  7. agar dapat melakukan aktivitas secara mandiri  1. Untuk mengurangi resiko penularan infeksi  2. agar tidak terjadi infeksi  3. untuk mengurangi resiko infeksi  4. Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi  5. Mempercepat penyembuhan luka |

# BAB 3

# ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan diagnosa medis Post Op *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 10 Maret 2020 sampai dengan 13 Maret 2020 dengan data pengkajian pada 10 Maret 2020 pukul 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien file No. Rekam medis 86-XX-XX sebagai berikut:

## 3.1 Pengkajian

## 3.1.1 Indentitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama “Ny. S” Usia 41 tahun beragama Islam, berasal dari suku Jawa, bahasa yang sering di gunakan adalah Indonesia. Pasien adalah seorang ibu rumah tangga dan pendidikan terakhir SMA. Pasien berstatus sudah menikah dan memiliki 3 anak. Suami pasien berrnama “Tn. H” usia 45 tahun beragama Islam, berasal dari suku Jawa, bahasa yang sering di gunakan adalah Indonesia. Pekerjaan suami adalah seorang TNI AL dan pendidikan terakhir SMA. Pasien beserta suami dan anak-anaknya tinggal di Surabaya.

1. **STATUS KESEHATAN SAAT INI**

1. Alasan kunjungan ke rumah sakit :

Pasien di jadwalkan untuk operasi SC oleh dokter pada tgl 10 Maret 2020

2. Keluhan Utama saat ini :

Pasien mengatakan Nyeri pada perut bekas luka Post Operasi*SC*.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah akibat pembedahan sectio caesarea, nyeri seperti panas terbakar, nyeri sejak usai menjalani operasi. Hasil TTV : TD = 120/70, N = 80x/menit, RR = 21x/menit, S=38C

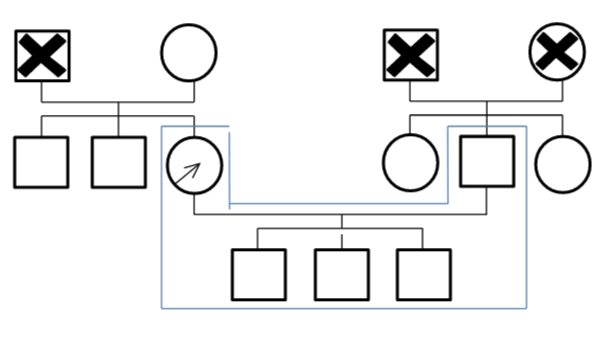
4. Riwayat penyakit dahulu :

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit kehamilan letak sungsang

5. Diagnosa medik :

P3003 Post op SC Letak sungsang

**III.PENGKAJIAN KELUARGA**

****

Keterangan :

: Laki – laki

: Perempuan

: Pasien

: Tinggal satu rumah

: Meninggal

**IV. RIWAYAT KEPERAWATAN**

1. **RIWAYAT OBSTETRI :**
   1. Riwayat menstruasi :

Menarche : umur 15 tahun Siklus : teratur

Banyaknya : ± 100 cc/hari Lamanya : ± 7-8 hari

Keluhan : Tidak ada keluhan

2. Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anak ke | | Kehamilan | |  | Persalinan |  |  | Komplikasi Nifas | | |  | Anak |  |
| No | Usia | Umur | Penyulit | Jenis | Penolong | Penyakit | Laserasi |  | Infeksi | Perdarahan | Jenis | BB | PJ |
|  | Anak | Kehamilan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | 16 Th | 39 minggu | - |  | Bidan | - | - |  | - | - | - | 2800 gr | 50 cm |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | 8 Th | 39 minggu |  |  | Bidan |  |  |  |  |  |  | 2850 gr | 51 cm |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Hamil ini | 38 minggu |  |  | Dokter |  |  |  |  |  |  | 2900 gr |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**B. RIWAYAT KELUARGA BERENCANA**

a) Melaksanakan KB : Ibu pernah menggunakan KB suntik sejak anak ke 2 lahir

b) Bila ya jenis KB apa yang di gunakan : 7 tahun yang lalu pernah menggunakan KB suntik

c) Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : Sejak anak ke 2 lahir (7 tahun yang lalu) akan tetapi hanya beberapa bulan karna suami Ny. S ingin memiliki anak perempuan

d) Masalah apa yang terjadi : tidak ada masalah keperawatan

**C. RIWAYAT KESEHATAN**

a) Penyakit yang pernah dialami ibu : Ibu tidak memiliki riwayat apapun penyakit sebelumnya

b) Pengobatan yang di dapat : Ibu tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan khusus

c) Riwayat penyakit keluarga : Pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat kehamilan letak sungsang.

**D. RIWAYAT LINGKUNGAN**

a) Kebersihan : Lingkungan tempat tinggal pasien cukup bersih

b) Bahaya : Tidak terdapat bahaya di lingkungan tempat tinggal, lingkungan cukup aman.

c)Lainnya sebutkan : Pasien memahami tentang pentingnya menjaga kebersihan

**E. ASPEK PSIKOSOSIAL**

1. Persepsi ibu tentang keluhan / penyakit : Ibu mengatakan keadaan yang di alami sekarang adalah hal yang wajar di rasakan oleh setiap ibu.

2. Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan pada kehidupan sehari-hari? Tidak

3. Harapan yang ibu inginkan : Ingin segera pulang kerumah

4. Ibu tinggal dengan siapa ? Dengan suami dan anak

5. Siapakah orang yang terpenting bagi ibu ? Suami dan anak

6. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : Mendukung perawatan pasien

7. Kesiapan mental untuk menjadi ibu : Ya, Ibu siap menjadi ibu bagi anak-anaknya

**F. KEBUTUHAN DASAR KHUSUS**

1. Pola Nutrisi

a) Frekuensi makan : 3 x sehari porsi satu piring habis

b) Nafsu makan : baik, tidak ada masalah

c) Jenis makanan rumah : tinggi protein, tinggi serat

d) Makanan yang tidak disukai/ alergi/ pantangan : pasien tidak memiliki alergi makanan ataupun pantangan makanan apapun.

2. Pola Eliminasi

BAK

a) Frekuensi : 5-6 x/ hari, ± 70 cc/jam

b) Warna : kuning jernih, bau khas urine, konsistensi cair

c) Keluhan saat BAK : Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada sistem perkemihan, riwayat ISK, dll

d) Frekuensi : Pasien terpasang catheter, jenis foley catheter, ukuran 16-18 French, frekuensi urine UP: 470cc

BAB

SMRS

a) Frekuensi : 1-2x/hari

b) Warna : kuning kecoklatan

c) Bau : Khas Feses

d) Keluhan : Tidak ada masalah pada sistem defekasi

MRS

a) Frekuensi : Frekuensi : pasien mengatakan belum BAB sejak MRS hari ini

b) Warna : Tidak terkaji

c) Bau : tidak terkaji

d) Konsistensi : tidak terkaji

3. Pola personal hygiene

a) Mandi

(a) Frekuensi : ± 2-3 kali/hari (Rumah), pasien mengatakan mandi 1x jam 05.00 di seka (MRS)

(b) Sabun : Ya

(c) Frekuensi : 2 x /hari (Rumah), pasien mengatakan melakukan oral hygien 1x (MRS)

4. Pola istirahat dan tidur

Lama tidur : ± 8 jam /hari pasien tidak pernah tidur siang karena harusmenjemput anak sekolah, kualitas tidur saat MRS 8 jam dan tidur siang

Keluhan : Tidak ada keluhan

5. Pola aktifitas dan latihan

a) Kegiatan dalam pekerjaan : Pasien sebagai ibu rumah tangga

b) Olahraga : Olahraga pasien dengan melaksanakan kegiatan sebagai ibu rumah tangga

c) Kegiatan waktu luang : Kegiatan waktu luang merapikan perabotan rumah

6. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

a) Merokok : Pasien dan keluarga tidak ada yang merokok

b) Minuman keras : Pasien dan keluarga tidak ada yang mengkonsumsi minuman keras atau alkohol

c) Ketergantungan obat : Pasien dan keluarga tidak ada yang ketergantungan mengkonsumsi obat

**G. PEMERIKSAAN FISIK**

a)Keadaan umum : Pasien tampak lemas

b) Kesadaran : Composmentis

c) Pemeriksaan Tanda – tanda vital Tekanan darah : 120/70 mmHg Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 37

d) Kepala : Bentuk kepala tidak ada benjolan

Keluhan : Tidak ada keluhan

e) Mata :

Kelopak mata : Tidak ada pembengkakan pada kelopak mata

Gerakan mata : Normal

Konjungtiva : Tidak ada benjolan, merah muda, tidak ada anemis

Sklera : Tidak ikterik, warna putih

Pupil : Bulat isokor

Akomodasi : Normal

f) Hidung :

Reaksi alergi : Tidak ada gangguan

Sinus : Tidak memiliki riwayat sinusitis akut maupun kronis Lainnya sebutkan : Tidak ada poli

g) Mulut dan Tenggorokan

Gigi geligi : Gigi terdapat 31 buah

Kesulitan menelan : Tidak ada kesulitan menelan

Lainnya sebutkan : Tidak ada gangguan pada mulut dan tenggor\

h) Dada dan Axilla

Mammae : membesar : Ya

Areolla mammae : Adanya hiperpigmentasi

Papila mammae : Papila mammae menonjol

Colostrum : Belum mengeluarkan colostrum

i) Pernafasan

Jalan nafas Bebas dan paten, Suara nafas Vesikuler, Menggunakan otot-otot bantu pernafasan Tidak menggunakan otot bantu nafas,Frekuensi Pernafasan 20x/menit, Lainnya sebutkan : tidak ada masalah pernafasan

j) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut nadi : 80x/ menit

Tekanan darah : 120/70

Irama : Teratur

Kelainan bunyi jantung : bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada kelainan bunyi jantung

Sakit dada : Tidak ada nyeri dada

Lainnya sebutkan : Pasien tidak memiliki penyakit jantung

k) Abdomen

Tinggi fundus uterus 2 jari di bawah pusat, Fungsi pencernaan Tidak ada gangguan fungsi pencernaan, fungsi pencernaan baik, Terdapat luka bekas sayatan Post Op SC Horizontal +15 cm, nyeri tekan pada luka *Post Op sc*yaitu pada perut bagian bawah, Bising usus menurun, Kontraksi uterus teraba keras

l) Ekstrimitas (integumen/muskuloskeletal)

Saat di lakukan pengkajian, turgor kulit elastis dengan warna kulit kuning langsat dan tidak terdapat kontraktur pada persendian ekstrimitas, serta tidak ada kesulitan pegerakan pada ekstrimitas.

**H. KESIAPAN DALAM PERAWATAN BAYI**

Senam hamil : pasien sebelumnya belum pernah mengikuti kegiatan senam hamil, Kesiapan mental ibu dan keluarga Pasien sudah siap dengan kelahiran anak ketiganya, Pengetahuan tentang memandikan bayi, merawat tali pusat, teknik menyusui, perawatan perineum Pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan bayi yang tepat

**I. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Value** | **Ref Range** |
| Hemoglobin | 11,9 | ≥ 9,5 – 15,0 g/dl |
| WBC | 9,22 | 34,9 – 44,5 % |
| Trombosit | 302 | 150 – 400 10³/uL |

**J. Terapi Obat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama obat, dosis, cara pemberian** | **Fungsi** |
| 1. Infus RL 500 cc/ 24 jam  2. Inj. Ketorolac 30mg  3. Neurobion 1 amp per IV  4. Asamefenamat 3x1 | 1.Sebagai sumber hidrasi, dan pemeliharaan.  2. Sebagai pereda nyeri  3. Vitamin B kompleks  4. Untuk meredakan nyeri post op |

## 3.1.2 Analisa Data

**ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **DATA** | **PENYEBAB** | **MASALAH** |
| **1.** | DS: Pasien mengatakan nyeri bekas operasi  P : Sayatan luka bekas operasi post op  Q : Cekot-cekot  R : Area perut luka bekas post op  S : 6  T : Hilang timbul  DO : Pasien tampak menahan nyeri sambil meringis  TD : 120/80mmHg  Suhu : 38  Nadi 80x/menit  RR 21 | Agen pencedera fisik (tindakan pembedahan) | Nyeri Akut  (D.0077, hal 172, SDKI 2017) |
| **2.** | Ds : Pasien mengeluh nyeri saat bergerak  DO :  - Gerakan pasien terbatas  - Fisik tampak lemah  TD : 120/80  Nadi : 80x/menit  RR : 21 | Nyeri | Gangguan mobilitas fisik  (D.0054, hal 124, SDKI 2017) |
| **3.** | Faktor Risiko :  1. Luka Post op Sectio Caesarea  2. Klien terpasang kateter urine  3. WBC = 9,22 %  4. HB = 11,9 g/dl  5. PLT = 30210³/uL  6. Suhu = 38°C | Tindakan Invasif | Risiko infeksi (D.0142, hal 304,SDKI 2017) |

## 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik

2. Gangguan mobilitas fisik b/d Nyeri

3. Risiko infeksi b/d Tindakan Invasif

## 3.2.1 Prioritas Masalah

1. Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik

2. Gangguan mobilitas fisik b/d Nyeri

3. Risiko infeksi b/d Tindakan Invasif

## 3.3 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | **Setelah di lakukan intervensi** keperawatan 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan KH :  1. Keluhan nyeri menurun  2. Gelisah menurun  3. Meringis menurun | 1. Monitor intensitas nyeri menggunakan skala  2. Monitor kualitas nyeri  3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri  4. Monitor durasi dan frekuensi nyeri  5. Ajarkan tekhnik pengalihan nyeri non farmakologi distraksi & relaksaai  6. Kolaborasikan dengan tim medis untuk pemberian analagesik | 1. Untuk mengetahui intensitas nyeri  2. agar mengetahui kualitas nyeri  3. Agar mengetahui lokasi dan penyebaran nyeri  4. Untuk mengetahui durasi dan frekuensi nyeri  5. Pengalihan nyeri non farmakologis  6.Untuk menurunkan nyeri |
| 2. | Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan ekspetasi meningkat dengan KH :  1. Nyeri menurun  2. Kecemasan menurun  3. Kelemahan fisik menurun | 1. Indentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  2. Indentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi  3. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi  4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu  5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi  6. Anjurkan melakukan ambulasi dini  7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus di lakukan (Mobilisasi dini bertahap) | 1. Untuk mengetahui keluhan fisik  2. Untuk mengetahui toleransi fisik  3. untuk mengetahui kondisi saat melakukan aktivitas  4. Untuk mempermudah pergerakan  5. Untuk meningkatkan ambulasi pasien  6. Untuk mempercepat kemandirian ambulasi  7. agar dapat melakukan aktivitas secara mandiri |
| 3. | Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24jam di harapkan tingkat infeksi menurun dengan KH :  1. Nyeri menurun  2. Bengkak menurun  3. Demam menurun | 1. Batasi jumlah pengunjung  2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  3. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar  4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi  5. Mengajarkan tekhnik perawatan luka  6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi | 1. Untuk mengurangi resiko penularan infeksi  2. agar tidak terjadi infeksi  3. untuk mengurangi resiko infeksi  4. Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi  5. Mengurangi risiko infeksi  6. Untuk mempercepat penyembuhan luka |

## 3.4 Implementasi dan evaluasi

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/ Tgl** | **Diagnosa Keperawatan** | **Waktu** | **Implementasi** | **Paraf** | **Evaluasi Formatif SOAPIE / Catatan Perkembangan** |
| **10/03/**  **2020**  **11/03/**  **2020**  **12/03/**  **2020** | **1**  **1**  **1**  **1,2**  **2**  **2**  **3**  **3**  **2**  **1**  **1**  **1,2,3**  **1**  **1,3**  **2**  **2**  **3**  **3**  **2**  **1**  **1**  **1**  **2**  **3**  **3**  **1**  **2**  **3**  **1** | 15.30  15.50  16.00  17.00  18.00  19.00  19.30  20.00  20.30  21.00  21.00  22.00  05.00  05.10  05.20  05.45  06.00  06.10  06.30  07.00  15.00  16.00  17.00  17.30  17.50  18.00  19.00  19.30  20.00 | MengobservasiTTV  Tekanan darah : 120 / 70mmHg Suhu : 38 °C  Nadi : 80 x / menit  Frekuensi napas : 21 x / menit  Melakukan rehidrasi 1 kolf RL  Mengkaji skala nyeri  P : Sayatan luka bekas operasi post op  Q : Cekot-cekot  R : Area perut luka bekas post op  S : 6  T : Hilang timbul  Mengajarkan teknik nafas dalam dan teknik distraksi  Mengindentifikasi keluhan fisik saat melakukan aktifitas  Memonitor keadaan umum saat ambulasi  Mempertahankan urine bag di bawah  Membatasi jumlah pengunjung  Menganjurkan untuk mobilisasi dini  Memberikan Inj.Ketorolac 30mg IV  Memberikan cairan infus RL  Inj.Neurobion 1amp per IV  Memberikan injeksi ketorolac 1 amp per iv  Mengobservasi TTV  Tekanan darah : 120 / 80 mmHg  Suhu : 37,5 °C  Nadi : 80 x / menit  Frekuensi napas : 21 x / menit  Mengajarkan mobilisasi dini  melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi  mengajarkan cara menyeka dan mencuci tangan yang benar  Mengajarkan memeriksa kondisi luka  Mengajarkan ambulasi sederhana yang bisa di lakukan  Mengkaji skala nyeri  P : Sayatan luka bekas operasi post op  Q : Cekot-cekot  R : Area perut luka bekas post op  S : 4  T : Hilang timbul  Mengkaji skala nyeri  P : Luka sayatan bekas post op  Q : cekot – cekot  R : Daerah Perut sekitar bekas post op  S : 3 (ringan)  T: hilang timbul  Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi  Mengajarkan mobilisasi mandiri dan dengan bantuan keluarga  Memeriksa kondisi luka pasien  Melepas kateter pasien  Mengobservasi TTV  Tekanan darah : 110 / 80 mmHg  Suhu : 36,9 °C  Nadi : 87 x / menit  Frekuensi napas : 21 x / menit  Memantau kemampuan mobilisasi pasien  Mengajarkan tekhnik perawatan luka Post Op  Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi  Acc KRS, memberikan obat tablet asamefenamat 3x1, SF 2x1 | Imelda  Imelda  Imelda | **Dx 1 (Nyeri Akut)**  S : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi  P : Sayatan luka bekas operasi post op  Q : Cekot-cekot  R : Area perut luka bekas post op  S : 6  T : Hilang timbul  O :  Pasien tampak menahan nyeri sambil meringis  TTV :  Tekanan darah : 120 / 70  mmHg Suhu : 38 °C  Nadi : 80 x / menit  Frekuensi napas : 21 x / menit  A : Masalah nyeri teratasi sebagian  P : Intervensi di lanjutkan  **Dx 2 Gangguan mobilitas fisik**  S : Pasien mengeluh nyeri saat bergerak  DO :  - Gerakan pasien terbatas  - Fisik tampak lemah  TD : 120/80  Nadi : 80x/menit  RR : 21  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi di lanjutkan  **Dx 3 Risiko Infeksi**  S : Pasien mengatakan nyeri di luka sayatan operasi  O : -tampak luka bekas operasi  -Pasien terpasang kateter  -Ada rembesan cairan di kasa bekas post op  Suhu : 38°C  A : Masalah tertasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi 1,2,3  **Dx 1 (Nyeri Akut)**  S : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi sedikit berkurang  P : Sayatan luka bekas operasi post op  Q : Cekot-cekot  R : Area perut luka bekas post op  S : 4  T : Hilang timbul  O :  Terkadang pasien menahan nyeri sambil meringis  TTV :  Tekanan darah : 120 / 70mmHg  Suhu : 37,5 °C  Nadi : 80 x / menit  Frekuensi napas : 21 x / menit  A : Masalah nyeri teratasi sebagian  P : Intervensi di lanjutkan  **Dx 2 (Gangguan Mobilitas Fisik)**  S : Pasien mengeluh nyeri saat bergerak berkurang dengan bantuan saat mobilisasi  DO :  - Gerakan pasien terbatas  - Mobilisasi pasien di bantu keluarga  TD : 120/80  Nadi : 80x/menit  RR : 21  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi di lanjutkan  **Dx 3 Risiko Infeksi**  S : Pasien mengatakan nyeri di luka sayatan operasi sedikit berkurang  O : -tampak luka bekas operasi  -Pasien terpasang kateter  -Rembesan cairan di kasa bekas post op mulai mengering  Suhu : 37,5°C  A : Masalah tertasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi 1,2,3  **Dx 1 (Nyeri Akut)**  S : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang  P : Sayatan luka bekas operasi post op  Q : Cekot-cekot  R : Area perut luka bekas post op  S : 3  T : Hilang timbul  O :  Pasien tampak tenang  TTV :  Tekanan darah : 110 / 80mmHg  Suhu : 36,5 °C  Nadi : 87 x / menit  Frekuensi napas : 21 x / menit  A : Masalah nyeri teratasi  P : Intervensi di hentikan  **Dx 2 (Gangguan Mobilitas Fisik)**  S : Pasien mengeluh nyeri saat bergerak berkurang, pasien mampu beraktivitas mandiri  DO :  - Gerakan pasien terbatas  - Mobilisasi pasien mandiri  TD : 110/80  Nadi : 87x/menit  RR : 21  A : Masalah teratasi  P : Intervensi di hentikan  **Dx 3 Risiko Infeksi**  S : Pasien mengatakan nyeri di luka sayatan operasi berkurang  O : -tampak luka bekas operasi  -Rembesan cairan di kasa bekas post op mulai mengering  Suhu : 37,5°C  A : Masalah tertasi  P : Intervensi di hentikan |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis ingin membahas kesenjangan antara asuhan keperawatan secara teoriritis dengan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Post Op Sectio caesarea indikasi letak Sungsang sesuai tahap dari proses keperawatan yang terdiri dari diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Post Op Sectio caesarea indikasi letak sungsang di Ruang GI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut:

## 4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. A dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik didapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

1. Identitas

Pada tinjauan kasus didapatkan bahwa pasien seorang perempuan berinisial S dengan usia 41 tahun, beragama Islam, dengan status menikah, beralamat di Surabaya, suku bangsa jawa, pendidikan terakhir SMA, dan merupakan ibu rumah tangga. Data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2016, selama hampir 30 tahun tingkat persalinan dengan sectio caesarea menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di negara-negara berkembang. Tingkat persalinan sectio caesarea di indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang

diwawancarai di 33 provinsi (RISKESDAS,2015). Dalam jurnal penelitian (Siti Nurdiyana, 2018) di Indonesia angka kejadian letak sungsang sekitar 3-5% dari seluruh persalinan tunggal.

Salah satu penyebab harus di lakukannya SC adalah indikasi letak sungsang. Letak sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentasi bokong). Jika ada bayi sungsang maka dokter akan menganjurkan untuk melakukan operasi SC untuk keselamatan ibu dan bayi. (Rukiyah,2011). Menurut asumsi penulis indikasi letak sungsang dapat terjadi pada semua usia ibu hamil. Penyebab dari letak sungsang bervariasi antara lain disebabkan oleh premturitas karena bentuk rahim relative kurang lonjong, air ketuban masih banyak dan kepala relative besar, hidramnion karena anak mudah bergerak, plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala kedalam pintu atas panggul, bentuk rahim yang abnormal, kelainan bentuk kepala seperti ansepalus dan hidrosefalus.

2. Pemeriksaan Fisik

Pada tinjauan kasus di dapatkan pemeriksaan setelah post op SC Terdapat luka melintang (Horizontal) di perut bagian bawah bekas sayatan Post Op SC di tutup kassa steril, nyeri tekan pada luka *Post Op sc* yaitu pada perut bagian bawah, bising usus menurun, tinggi fundus uterus : 2jr bawah pusat, Kontraksi uterus Teraba keras. Hasil observasi TTV tekanan darah 120/70 mmHg, Nadi 88x/ menit, pernafasan 21x/ menit dan suhu 38C. Menurut teori (Rukiyah, 2011) Salah satu penyebab harus di lakukannya SC adalah indikasi letak sungsang. Letak sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentasi bokong). Jika ada bayi sungsang maka dokter akan menganjurkan untuk melakukan operasi SC untuk keselamatan ibu dan bayi.Penyebab dari letak sungsang bervariasi antara lain disebabkan oleh premturitas karena bentuk rahim relative kurang lonjong, air ketuban masih banyak dan kepala relative besar, hidramnion karena anak mudah bergerak, plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala kedalam pintu atas panggul, bentuk rahim yang abnormal, kelainan bentuk kepala seperti ansepalus dan hidrosefalus. Menurut teori (Nugroho, 2011)pada pemerksaan fisik pasca operasi SC di dapatkan Inspeksi Mukosa bibir lembab atau kering, terdapat luka *Post Op sc* pada abdomen bagian bawah, bentuk luka melintang luka, Pada Palpasi ditemukan Ada nyeri tekan pada luka *Post Op sc* yaitu pada perut bagian bawah. Dan pada Auskultasi : Bising usus menurun 1-5x/menit akibat efek anastesi sehingga terjadi konstipasi. Sedangkan menurut teori (Anggraini, 2010) tanda umum pada abdomen adalah bising usus melemah, terdapat bekas luka operasi *sectiocaesarea*, terdapat luka jahitan post op *sectiocaesarea* yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur) dan mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta kemerahan pada sekitar area jahitan luka post op *sectiocaesarea* atau tidak).

Menurut asumsi penulis pemeriksaan fisik indikasi letak sungsang pada tinjauan kasus memiliki kesamaan dengan teori pemeriksaan fisik post op SC. Secara umum hal tersebut merupakan pemeriksaaan umum post op SC dan manifestasi yang terjadi pasca operasi *sectiocaesarea.*

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

**1) Nyeri akut**

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan pembedahan). Data yang didapat antara lain pasien mengatakan nyeri sedikit apabila di berikan obat anti nyeri dan melaksanan terapi distraksi relaksasi. Dalam tinjauan kasus Ny. S nyeri yang dirasa oleh pasien sampai pada post operasi hari ketiga, dimana proses ini selain didukung oleh pasien yang mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasa, asupan cairan yang adekuat, pasien juga selalu diberikan perhatian oleh anaknya dan suaminya yang selalu menjaga pasien. Selain itu pasien juga merupakan ibu rumah tangga yang berperan aktif bagi kehidupan sehari-hari. Pasien menyampaikan terlalu lama istirahat dirumah sakit dan ingin pulang kerumah. Sehingga pasien memiliki semangat untuk segera sembuh dan bisa pulang kerumah untuk bisa bertemu dengan anak dan bisa beraktivitas kembali. Setelah diberikan tindakan keperawatan 3 x 24 jam nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil : pasien mampu mengontrol nyeri, pasien tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan pasein menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. Dimana intervensi yang dilakukan adalah 1) kaji skala nyeri (P, Q, R, S,T), 2) mengobservasi TTV, 3) ajarkan tentang teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam dan teknik distraksi), dan 4) kolaborasi pemberian analgesik. Menurut (Suddarth and Brunner, 2009) nyeri yang dialami oleh pasien dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk pengalaman masa lalu dengan nyeri, ansietas, usia, jenis kelamin dan pengharapan tentang penghilang nyeri. Faktor faktor ini dapat meningkatkan atau menurunkan persepsi nyeri pasien, meningkat dan menurunnya toleransi terhadap nyeri dan pengaruh sikap respon terhadap nyeri.

2. Gangguan mobilitas fisik

Menurut teori (Kasdu, 2013) menyatakan bahwa seorang ibu yang baru saja menjalani operasi *sectio caesarea* akan merasakan nyeri di area luka bedah sesar dan akan mengalami ketergantungan pada saat melakukan aktivitas.Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di dapatkan pasien mengeluh nyeri saat begerak, pergerakan pasien terbatas karna nyeri pada bekas Post Op *SC* dan selalu bercerita tentang nyeri yang di rasa saat melakukan mobilisasi. Dalam hal ini pasien di latih dan di ajarkan mobilisasi sederhana yang dapat di lakukan. Keluarga juga di ajarkan dan dilibatkan untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Keluarga mampu terlibat dalam membantu meningkatkan pergerakan pasien. Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien mengatakan nyeri mulai mereda dan memulai mobilisasi dini. Adapun intervensi yang di laukan adalah 1) Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi untuk mengetahui kondisi umum yang di rasakan pasien saat mobilisasi,

2. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu untuk mempermudah melakukan mobilisasi dini secara mandiri, 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 4) Anjurkan melakukan mobilisasi dini untuk meningkatkan mobilisasi 5) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan (Mobilisasi dini bertahap, misalkan miring kanan kiri dan duduk di tempat duduk).

3. Resiko Infeksi

Menurut jurnal penelitian (Ahsan, 2013) tanda dan gejala yang lazim terjadi pada infeksi adalah Rubor, kalor, dolor, tumor,fungsiolaesa. Pada Tinjauan kasus pada Ny. S tidak didaptkan tanda – tanda infeksi, rubor, dolor, tumor, kalor, dan fungsiolesa, suhu tubuh pasien pun dalam batas normal dan hasil laborat darah pun juga menunjukkan angka normal. Pemenuhan asupan nutrisi, perawatan luka yang benar dan cairan yang adekuat membantu pencegahan terjadinya infeksi pasca operasi. Setelah diberikan tindakan keperawatan 3 x 24 jam tidak ada tanda – tanda infeksi. Dengan kriteria hasil : tidak ada tanda – tanda infeksi (rubor, dolor, tumor, kalor, dan fungsiolesa), leukosit dalam batas normal, dan suhu dalam batas normal.Di lakukan pemantauan dan pemeriksaan laborat secara berkala. Pada tinjaun kasus Ny. S tidaklah didapatkan tanda – tanda infeksi. Selain itu pasien juga mampu beradaptasi dengan kondisi luka pasca operasinya dan mengikuti perawatan yang dilakukan. Dimana adanya pembersihan Luka post op dan meletakkan urine bag selalu berada dibawah untuk menghindari naiknya bakteri.Setelah mendapatkan tindakan keperawat tidak didaptkan tanda – tanda infeksi rubor, dolor, kalor, tumor, dan funsgsiolesa dan suhu badan pasien dalam batas normal. Sebelum pasien pulang perawat memberikan penjelasan tentang beberapa hal yang harus tetap dilakukan oleh pasien setelah dirumah yaitu menganjurkan pasien untuk tetap meningkatkan intake cairan minimal 2 liter/ hari, meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan pasien makan banyak dan mengandung tinggi protein, mengajarkan tekhnik perawatan luka yang benar, mengajurkan pasien untuk tetap minum obat secara rutin, menyarankan pasien untuk tidak melakukan aktivitas berat terlebih dahulu, menjelaskan waktu kontrol, mengecek obat oral pasien, dan menyerahkan surat kontrol pasien.

## 4.3 Intervensi

1. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik

Tujuan yang ingin di capai penulis adalah Setelah diberikan tindakan keperawatan 3 x 24 jam nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil : pasien mampu mengontrol nyeri, pasien tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan pasein menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. Dimana intervensi yang dilakukan adalah 1) kaji skala nyeri (P, Q, R, S,T), 2) mengobservasi TTV, 3) ajarkan tentang teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam dan teknik distraksi), dan 4) kolaborasi pemberian analgesik. Menurut Suddarth and Brunner (2009) nyeri yang dialami oleh pasien dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk pengalaman masa lalu dengan nyeri, ansietas, usia, jenis kelamin dan pengharapan tentang penghilang nyeri. Faktor faktor ini dapat meningkatkan atau menurunkan persepsi nyeri pasien, meningkat dan menurunnya toleransi terhadap nyeri dan pengaruh sikap respon terhadap nyeri. Peran perawat dalam penatalaksanaan nyeri adalah membantu meredakan nyeri dengan memberikan intervensi penghilang nyeri (pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis),

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan upaya-upaya mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan menggunakan pendekatan selain obat. Jenis manajemen nyeri non farmakolog meliputi tehnik distraksi, relaksasi, stimulasi kulit, dan imajinasi terbimbing.Menurut penulis pemberian terapi farmakologis dalam kasus ini adalah Injeksi analgesik, sedangkan non farmakologis adalah distraksi dan relaksasi. Penulis berasumsi terapi farmakologis dan non farmakologis cocok untuk nyeri pada kasus ini, karena nyeri yang di rasakan nyeri pasca Post Op *SC* dengan skala 6.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri

Menurut teori (Kasdu, 2013) menyatakan bahwa seorang ibu yang baru saja menjalani operasi *sectio caesarea* akan merasakan nyeri di area luka bedah sesar dan akan mengalami ketergantungan pada saat melakukan aktivitas. Namun setelah di laukan atau di ajarkan mobilisasi sesegera mungkin maka proses penyembuhan pada pasien akan lebih cepat sehingga pasien dapat mandiri dalam melakukan aktivitasnya dan juga pasien terhindar dari resiko komplikasi. Tujuan yang ingin di capai penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam nyeri menurun dan mobilisasi dini dapat di lakukan secara mandiri. Pada masalah keperawatan ini intervensi yang di lakukan adalah Memonitor keadaan umum selama melakukan ambulasi untuk mengetahui kondisi umum yang di rasakan pasien saat mobilisasi, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu untuk mempermudah melakukan mobilisasi dini secara mandiri, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini untuk meningkatkan mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan (Mobilisasi dini bertahap, misalkan miring kanan kiri dan duduk di tempat duduk). Penulis berasumsi untuk meningkatkan mobilisasi ialah dengan mengajarkan tekhnik mobilisasi dini yang dapat di lakukan secara mandiri maupun di bantu keluarga danManajemen perawatan non medis yang dilakukan untuk mengurangi nyeri yang di rasakan pasien ialah dengan teknik distraksi dan relaksasi.

3. Risiko Infeksi berhubungan dengan Tindakan invasif

Tujuan yang ingin di capai penulis adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam tidak ada tanda – tanda infeksi. Dengan kriteria hasil : tidak ada tanda – tanda infeksi (rubor, dolor, tumor, kalor, dan fungsiolesa), leukosit dalam batas normal, dan suhu dalam batas normal. Pada masalah keperawatan ini intervensi yang di lakukan adalah membatasi jumlah pengunjung, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, mengajarkan tekhnik perawatan luka dan mengaanjurkan meningkatkan asupan nutrisi (SIKI, 2018). Penulis berasumsi intervensi yang di lakukan sesuai standar teori akan dapat mencegah terjadinya infeksi dan menurunkan risiko terjadinya infeksi.

## 4.4 Implementasi

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 - 12 Maret 2020. Implementasi untuk menurunkan Nyeri adalah dengan mengkaji skala nyeri (P, Q, R, S,T), 2) mengobservasi TTV, mengajarajarkan tentang teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam dan teknik distraksi), dan mengkolaborasi pemberian analgesik. Menurut teori (Suddarth and Brunner, 2009) nyeri yang dialami oleh pasien dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk pengalaman masa lalu dengan nyeri, ansietas, usia, jenis kelamin dan pengharapan tentang penghilang nyeri. Faktor faktor ini dapat meningkatkan atau menurunkan persepsi nyeri pasien, meningkat dan menurunnya toleransi terhadap nyeri dan pengaruh sikap respon terhadap nyeri. Peran perawat dalam penatalaksanaan nyeri adalah membantu meredakan nyeri dengan memberikan intervensi penghilang nyeri (pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis). Menurut asumsi penulis setelah mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi, serta kolaborasi Inj.Ketorolac 3x30mg ampul / iv. Dengan di berikannya implementasi farmakologis dan non farmakologis Skala nyeri menurun pada tanggal 10 Maret skala nyeri 6, tanggal 11 maret skala nyeri turun menjadi 5, dan pada tanggal 12 skala nyeri turun menjadi 3.

2. Gangguan Mobilitas fisik

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 - 12 Maret 2020. Menurut teori (Kasdu, 2013) menyatakan bahwa nyeri dan ketergantungan mobilisasi pada ibu post operasi *sectio caesarea* dapat segera di pulihkan sesegera mungkin dengan melakukan mobilisasi sesuai dengan tahapan-tahapannya. Pada tinjauan kasus implementasi yang di lakukan Adalah Memonitor keadaan umum selama melakukan ambulasi untuk mengetahui kondisi umum yang di rasakan pasien saat mobilisasi, Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu untuk mempermudah melakukan mobilisasi dini secara mandiri, Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Menganjurkan melakukan mobilisasi dini untuk meningkatkan mobilisasi, Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan (Mobilisasi dini bertahap, misalkan miring kanan kiri dan duduk di tempat duduk). Menurut asumsi penulis Implementasi farmakologi yang di lakukan dengan Injeksi ketorolac 30mgdan non medis yang dilakukan untuk mengurangi nyeri yang di rasakan pasien ialah dengan teknik distraksi dan relaksasi serta mengajarkan tekhnik mobilisasi bertahap efektif dalam meningkatkan mobilisasi pasien post op *SC*.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan Tindakan invasif

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 - 12 Juli 2020 adalah membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, Mengajarkan tekhnik perawatan luka untuk mencegah infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan luka. Sebelum pasien pulang perawat memberikan penjelasan tentang beberapa hal yang harus tetap dilakukan oleh pasien setelah dirumah yaitu menganjurkan pasien untuk tetap meningkatkan intake cairan minimal 2 liter/ hari, meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan pasien makan banyak dan mengandung tinggi protein, mengajarkan tekhnik perawatan luka yang benar, mengajurkan pasien untuk tetap minum obat secara rutin, menyarankan pasien untuk tidak melakukan aktivitas berat terlebih dahulu, menjelaskan waktu kontrol, mengecek obat oral pasien, dan menyerahkan surat kontrol pasien.

## 4.5Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10-12 Maret 2020. Evaluasi pada hari ke 2 setelah di berikan Injeksi ketorolac 3x30mg dan di ajarkan tekhnik distraksi skala nyeri mulai menurun dari skala nyeri 6 pada hari pertama menjadi skala nyeri 5 pada hari ke dua dengan hasil TTV TD : 120/70, Suhu : 37,5 , Nadi 80x/menit, RR 21x/menit. dan pada hari ke 3 setelah di berikan injeksi ketorolak 30mg dan di ajarkan tekhnik distraksi relaksasi skala nyeri menurun menjadi 3 pada hari ke tiga dengan hasil TTV TD : 110/80, Suhu : 36,5, Nadi 87x/menit, Respirasi 21x/menit.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10-12 Maret 2020. Evaluasi pada hari ke 2 setelah di ajarkan tekhnik mobilisasi dini dan di ajarkan tekhnik pengurangan nyeri distraksi relaksasi pasien mampu melakukan mobilisasi dini di bantu oleh keluarga seperti duduk di tempat tidur dan mobilisasi mandiri miring kanan-kiri. Evaluasi pada hari ke 3 setelah di ajarkan tekhnik mobilisasi dan di ajarkan tekhnik pengurangan nyeri distraksi relaksasi pasien mampu duduk secara mandiri dan berjalan dengan di bantu keluarga.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10-12 Maret 2020. Evaluasi pada hari ke 2tidak ada tanda – tanda infeksi (rubor, dolor, tumor, kalor, dan fungsiolesa), leukosit dalam batas normal, dan suhu menurun menjadi 37,5C dari sebelumnya 38C, pada hari ke 3 : tidak ada tanda – tanda infeksi (rubor, dolor, tumor, kalor, dan fungsiolesa), leukosit dalam batas normal, dan suhu dalam batas normal menjadi 36,5.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. S dengan Post op SC indikasi letak sungsang, sebagai kesenjangan antar teori kasus, sebagai penutup penulis akan menyimpulkan dan menyampaikan saran guna perbaikan asuhan keperawatan yang akan datang.

## 5.1Kesimpulan

Penulis telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Post op SC indikasi letak sungsang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajianpada Ny. S didapatkan hasil Ny. S mengatakan nyeri daerah perut bekas sayatan Post Op *SC*, pasien tampak menahan sakit sambil meringis, tekanan darah 120 / 70 mmHg, suhu 38 °C, nadi 80 x / menit, frekuensi napas 21 x / menit, SpO2 98%.

2. Diagnosa keperawatan pada Ny. Sadalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif.

3. Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien disesuaikan dengan diagnosa yang muncul dan disesuaikan pada keadaan serta kebutuhan pasien saat itu. Meredakan nyeri dengan tindakan farmakologis dan non farmakologis, melatih mobilisasi bertahap, dan mencegah terjadinya infeksi pada pasien.

4. Tindakan keperawatan pada Ny. S di lakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada Ny. S yaitu indentifikasi skala nyeri, menganjurkan menggunakan tekhnik distraksi dan relaksasi, Menganjurkan mobilisasi bertahap, mencegah risiko infeksi dengan mencuci tangan, mengajarkan tekhnik perawatan luka,dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

5. Evaluasi Keperawatan Dari beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan Post Op *SC* indikasi letak sungsang dengan masalah nyeri antara lain : mengkaji skala nyeri (P, Q, R, S,T), mengobservasi TTV, mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam dan teknik distraksi), dan memberikan hasil kolaborasi pemberian analgesik (Inj. Ketorolac 30mg). Untuk gangguan mobilitas fisik adalah dengan mengajarkan mobilisasi dini yang dapat di lakukan dengan bantuan keluarga maupun mandiri. Sedangkan untuk resiko infeksi : mengobservasi TTV, mempertahankan posisi urine bag dibawah, menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan luka yang benar dan meningkatkan asupan nutrisi untuk meningkatkan proses penyembuhan luka.

## 5.2 Saran

Guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Post op *SC* indikasi letak sungsang di masa yang akan datang saran dari penulis antara lain :

1. Bagi Rumah Sakit

Untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan Post Op *SC* indikasi Letak Sungsang, alangkah baiknya diadakan seminar atau symposium dalam bidang keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Kiranya lebih meningkatkan mutu pendidikan guna menambah literature referensi untuk meningkatkan perkuliahan.

3. Bagi Pasien

Untuk lebih memeriksakan kandungan ke dokter dan bisa mendeteksi dini indikasi yang terjadi pada masa kehamilan seperti letak sungsang.

4. Bagi mahasiswa

Kiranya lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang perkembangan teori-teori terbaru dalam dunia kesehatan. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif dengan harapan perawat mempunyai respon yang tinggi terhadap keluhan pasien sehingga intervensi yang diberikan dapat membantu menyelesaikan masalah.

# DAFTAR PUSTAKA

Ahsan, dkk. (2013). Penurunan insiden infeksi Nosokomial pasien Pasca Sectio Caesarea di Rumah Sakit Melalui Pelatihan Asuhan Keperawatan berbasis knowledge Management. *Jurnal Ners*, *Vol. 8 No.*

Amrusofian. (2012). *Sinopsis Obstetri : Obstetri operatif Obstetri social* (Edisi 3 Ji). Jakarta.

Kasdu. (2013). *Operasi Caesar Masalah dan Solusinya*. Jakarta: Puspa Swara.

Manuba. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan* (Edisi 2). Jakarta : EGC.

Marliandhiana. (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas dan Menyusui*. Jakarta: salemba medika.

Nugroho. (2010). *Buku Ajar Obstetri*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Nugroho. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Padila. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Prawiroharjo. (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternat dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar). (2015). *Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian RI*. Dinkes 2015.

Rukiyah, A. Y. (2010). *Asuhan Patologi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.

Saifuddin. (2012). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Materbal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Sarwono. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Sukowati. (2010). *Model Konsep dan Teori Keperawatan*. Bandung: Refika Aditama.

Walyani, P. dan. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Pres.

Winkjosastro. (2013). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Lampiran 1*Curriculum Vittae*

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Imelda Sandy Wiratami . S

NIM : 193.0043

Program Study : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Sumenep, 17 Januari 1997

Agama : Islam

Email : imeldasandywiratami@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Pamekasan Tahun 2003

2. SDN Paberasan 1 Sumenep Tahun 2009

3. SMP Negeri 1 Sumenep Tahun 2012

4. SMA Negeri 1 Sumenep Tahun 2015

Lampiran 2

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**

**PEMASANGAN INFUS**

**A. Pengertian**

Pemasangan infus untuk memberikan obat / cairan melalui parental

**B. Tujuan**

1) Memberikan cairan melalui intravena

2) Memberikan obat injeksi melalui intravena

3) Untuk rehidrasi parental

**C. Kebijakan**

1) Pasien yang mendapatkan obat secara IV (Intra vena)

2) Pasien dehidrasi untuk rehidrasi parental

D. **Persiapan Peralatan**

1) Sarung tangan steril 1 pasang

2) Selang infus sesuai kebutuhan (Makro drip atau mikro drip)

3) Cairan Parental sesuai program

4) Jarum intravena (Uk. Sesuai)

5) Kapas alkohol dan kom (secukupnya)

6) Desinfektan

7) Torniquet/manset

8) Perlak dan pengalas

9) Bengkok satu buah

10) Plester atau hypafix

11) Kassa Steril

12) Penunjuk waktu

**E Prosedur Pelaksanaan**

1) Tahap pra Interaksi

2) Melakukan verifikasi data

3) Mencuci tangan

4) Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar

**F. Tahap Orientasi**

1) Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik

2) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien

3) Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan di lakukan

**G. Tahap Kerja**

1) Melakukan desinfeksi tutup botol caian

2) Menutup saluran infus

3) Menusukkan saluran infus dengan benar

4) Menggangtung botol cairan pada standart infus

5) Mengisi tabung reservoir infus sesuai tanda

6) Mengalirkan cairan hingga tak ada udara dalam slang

7) Mengatur posisi pasien dan pilih vena

8) memasang perlak dan alasnya

9) Membebaskan daerah yang akan di insersi

10) meletakkan torniquet 5 cm proksimal yang akan di tusuk

11) Memakai handscoen

12) Membersihkan kulit dengan kapas alkohol

13) Mempertahankan vena pada posisi stabil

14) Memegang IV cateter dengan sudut 300

15) Menusuk vena dengan lobang jarum menghadap ke atas

16) Memastikan IV cateter masuk intra vena kemudian menarik mandiri 0,5 cm

17) Memasukkan IV cateter perlahan

18) Menarik mandrin dan menyambungkan dengan selang infuse

19) Melepaskan toniquet

20) Mengalirkan cairan infuse

21) Melakukan fiksasi IV cateter

22) Memberi desinfeksi daerah tusukan dan menutup dengan kassa

23) Mengatur tetesan sesuai program

**H. Tahap Terminasi**

1) Melakukan evaluasi tindakan

2) Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya

3) Berpamitan dengan klien

4) Membersihkan alat-alat

5) Mencuci Tangan

6) mendokumentasikan Tindakan

**Lampiran 3**

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**

**PEMBERIAN OBAT INTRA VENA MELALUI SELANG INFUS**

**(HIDAYAT, 2010)**

**1. Pengertian**

Merupakan pemberian obat dengan cara memasukkan obat melalui pembuluh darah vena melalui selang infus.

**2. Persiapan alat dan Bahan**

Alat dan bahan yang diperlukan adalah sebagai berikut:

1. Spuit dan jarum sesuai dengan ukuran
2. Obat dalam tempatnya
3. Selang intravena
4. Kapas alkohol
5. Sarung tangan

**3. Prosedur Pelaksanaan**

Langkah-langkah yang harus dilakukan saat memberikan obat intravena adalah sebagai berikut:

1. Cuci tangan
2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
3. Periksa identitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit
4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah selang intravena.
5. Gunakan sarung tangan.
6. Lakukan desinfeksi dengan kapas alkohol dan stop aliran.
7. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah dan masukkan obat perlahan-lahan ke dalam slang intavena.
8. Setelah selesai tarik spuit.
9. Periksa kecepatan infus dan observasi reaksi obat.
10. Buka sarung tangan (Hidayat & Uliyah, 2010).

**Lampiran 4**

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MEMBIMBING RELAKSASI DAN DISTRAKSI**

1. **Pengertian**

Memberikan rasa nyaman kepada pasien yang mengalami nyeri dengan membimbing pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi

**2. Tujuan**

* 1. Menghilangkan atau menguranginyeri
  2. Menurunkan keteganganotot
  3. Menimbulkan perasaan aman dandamai

**3. Prosedur**

a. Indikasi

1) Pasien dengan nyeri kronis

2) Pasien ancietas

b. Pelaksanaan

1) Tahap Pra Interaksi

a. Melihat data nyeri yang lalu

b. Melihat intervensi keperawatan yang telah di berikan oleh perawat

c. Mengkaji program terapi yang di berikan oleh dokter

2) Tahap Orientasi

a) Menyapa dan menyebut nama pasien

b) Menanyakan cara yang biasanya digunakan agar rileks dan tempat yamg paling disukai

c) Menjelaskan tujuan dan prosedur

d) Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien

3) Tahap Interaksi

a) Mengatur posisi yang nyaman menurut pasien sesuai kondisi pasien (duduk / berbaring)

b) Mengatur lingkungan yang tenang dan nyaman

c) Meminta pasien memejamkan mata

d) Meminta pasien untuk memfokuskan pikiran pasien pada kedua kakinya untuk dirilekskan, kendorkan seluruh otot – otot kakinya, perintahkan pasien untuk merasakan relaksasi kedua kaki pasien

e) Meminta pasien untuk memindahkan pikirannya pada kedua tangan pasien, kendorkan otot – otot kedua tangannya, meminta paisen untuk merasakan relaksasi keduanya

f) Memindahkan focus pikiran pasien pada bagian tubuhnya, memerintahkan pasien untuk merilekskan otot –otot tubuh pasien mulai dari otot pinggang sampai ke otot bahu, meminta pasien untuk merasakan relaksasi otot – otot tubuh pasien

g) Meminta pasien untuk senyum agar otot – otot muka menjadi rileks

h) Meminta pasien untuk memfokuskan pikiran pada masuknya udara lewat jalan nafas

i) Membawa alam pikir pasien menuju ketempat yang menyenangkan pasien

4) Tahap Terminasi

a) Mengevaluasi hasil relaksasi (skala nyeri, ekspresi)

b) Menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik relaksasi ini, bila pasien merasakan nyeri

c) Berpamitan pada pasien

d) Mendokumentasikan tindakan dan respon pasien dalam catatan perawatan