

**ANALISA PENERAPAN METODE ERACS TERHADAP
TOLERANSI NYERI DAN AKTIVITAS POST OPERASI SC
DI RUMAH SAKIT.X BEKASI TIMUR**

KARYA ILMIAH AKHIR



**OLEH :
YENNY ASLIMAWATY SIAHAAN
NIM. 202206046**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
2023**

**ANALISA PENERAPAN METODE ERACS TERHADAP
TOLERANSI NYERI DAN AKTIVITAS POST OPERASI SC
DI RUMAH SAKIT.X BEKASI TIMUR**

KARYA ILMIAH AKHIR

Untuk memenuhi persyaratan mencapai gelar Ners pada
Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Mitra Keluarga



**OLEH
YENNY ASLIMAWATY SIAHAAN
NIM. 202206046**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
2023**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yenny Aslimawaty Siahaan

NIM : 202206046

Program Studi : Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Judul KIA : Analisa Penerapan Metode ERACS Terhadap Toleransi Nyeri
dan Aktivitas Post Operasi SC Di Rumah Sakit.X Bekasi Timur

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas akhir yang saya tulis ini benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bekasi, 01 Juli 2023

Yang Membuat Pernyataan



Yenny Aslimawaty Siahaan

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : Yenny Aslimawaty Siahaan

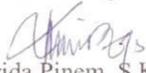
NIM : 202206046

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Analisa Penerapan Metode ERACS Terhadap Toleransi Nyeri
dan Aktivitas Post Operasi di Rumah Sakit.X Bekasi Timur

Telah disetujui untuk diseminarkan di hadapan Tim Penguji Program Studi
Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Pembimbing :


Ns. Lina Herida Pinem. S.Kep, M.Kep

NIDN. 0319027506

Mengetahui,

Koordinator Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra Keluarga


Ratih Bayuningsih, M.Kep

NIDN. 0411117202

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Oleh:

Nama : Yenny Aslimawaty Siahaan

NIM : 202206046

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIAN : Analisa Penerapan Metode ERACS Terhadap Toleransi Nyeri dan Aktivitas Post Operasi di Rumah Sakit.X Bekasi Timur.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar NERS pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Ditetapkan di Bekasi

Tanggal 05 Juli 2023

Ketua Penguji



(Ns. Edita Astuti Panjaitan. S.Kep, M.Kep)

NIDN.0909068002

Anggota Penguji

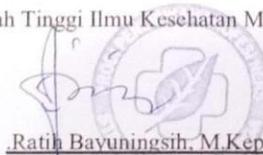


(Ns. Lina Herida Pinem. S.Kep, M.Kep)

NIDN. 0319027506

Mengetahui

Koordinator Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga



Ratih Bayuningsih, M.Kep

NIDN. 0411117202.

KATA PENGANTAR

Dengan nama Allah Bapa Yang Maha Pengasih Dan Penyayang segala puji dan syukur kehadirat -Nya, karena atas berkat rahmat-Nya lah maka sayadapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul : ” ANALISA PENERAPAN METODE ERACS TERHADAP TOLERANSI NYERI DAN AKTIVITAS POST OPERASI SC DI Rumah Sakit X Bekasi Timur ” dapat diselesaikan dan di ajukan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners STIKes Mitra Keluarga Bekasi. Dalam penyusunan KIAN ini saya banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dr.Susi Hartati S.Kep, M.kep An. selaku ketua Stikes Mitra Keluarga Bekasi
2. Ibu Ratih Bayuningsih, M.Kep selaku Koordinator Program Profesi NERS STIKes Mitra Keluarga Bekasi.
3. Ibu Ns. Lina Herida Pinem,S.Kep,M.kep , selaku pembimbing yang telah mengarahkan, membimbing dan memberi masukan dengan penuh kesabaran dan perhatian sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
4. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan,S.Kep.,M.Kep, selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukan kepada saya untuk perbaikan selama ujian.
5. Kepada Bapak dan Ibu dosen Prodi Profesi Ners yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama saya dalam pendidikan.
6. Teristimewa kepada keluarga tercinta suami dan anak-anakku yang selalu memberikan dukungan baik secara moril serta doa yang tiada henti-hentinya, sehingga lebih semangat dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Teman-teman Angkatan I Program Studi S1 Keperawatan Ekstensi 2021, yang telah berjuang bersama dan saling memberikan support.
8. Pihak-pihak yang terkait dengan penelitian, yang bersedia dan telah mengizinkan saya melakukan penelitian untuk Skripsi ini, yang tidak bisa saya sebutkan satu

persatu. Saya menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan. Untuk itu saya mengharapkan tanggapan, kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata saya ucapkan terima kasih atas segala bantuan dari semua pihak yang terlibat dalam penulisan skripsi ini. Mudah - mudahan skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Bekasi, Juli 2023

(Yenny Aslimawaty Siahaan)

ANALISA PENERAPAN METODE ERACS TERHADAP TOLERANSI NYERI DAN AKTIVITAS POST OPERASI SC DI RUMAH SAKIT.X BEKASI TIMUR

YENNY ASLIMAWATY SIAHAAN

ABSTRAK

Latar Belakang : Tindakan medis yang di perlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin di sebut dengan *Sectio Caserea*. Nyeri dan mobilisasi merupakan salah satu komplikasi dari SC. Strategi penatalaksanaan nyeri dan mobilisasi yaitu dengan menggunakan metode ERACS.

Tujuan Penelitian: Untuk mengidentifikasi perbedaan tingkat nyeri pada pasien post SC dengan metode ERACS dengan metode Konvensioanl di RS.X Bekasi Timur. Instrumen menggunakan Numerik Pain Rating Scale dan lembar observasi. **Metode:** Karya tulis ini menggunakan pendekatan studi kasus dengan mengacu pada asuhan keperawatan yang dilakukan pada tiga pasien post op SC dengan metode ERACS dan metode konvensioanl di RS.X Bekasi Timur. **Hasil :** Ketiga pasien terdapat nyeri pada metode ERACS dan metode Konvensional dimana dapat kita lihat pada pasien dengan metode ERACS skala nyeri < 3 dan pada pasien metode Konvensional didapatkan skala nyeri > 4 dan waktu mobilisas pada metode ERACS kurang dari 24 jam sudah bisa beraktifitas secara mandiri dan untuk metode konvensional lebih dari 24 jam baru bisa beraktifitas.

Kesimpulan: Adanya perbedaan tingkat nyeri dan waktu mobilisasi pada pasien post SC dengan metode ERACS dan metode Konvensioanl.

Kata Kunci : *Metode ERACS, Nyeri Akut, Sectio Caesarea*

**ANALYSIS OF APPLICATION OF THE ERACS METHOD TO PAIN
TOLERANCE AND POST OPERATING ACTIVITIES OF SC IN X
HOSPITAL EAST BEKASI**

YENNY ASLIMAWATY SIAHAAN

ABSTRACT

Background Rear : Medical action is needed For help childbirth that doesn't Can done normally result _ problem health Mother or condition fetus is called with *Sectio Caserea* . Pain and mobilization is one _ complications from SC. Management strategy pain and mobility that is with use ERACS method .

Objective Research : For identify difference level pain in post SC patients with ERACS method with method Conventional at RS.X Bekasi Timur. Instrument use Numerical Pain Rating Scale and sheet observation . **Method :** Work write This use approach studies case with refers to upbringing nursing performed on three _ post op SC patients with ERACS methods and methods convention at RS.X Bekasi Timur. **Result:** Third patient there is pain in the ERACS method and methods conventional Where can We look at the patient with ERACS scale method pain < 3 and in patients method conventional obtained scale pain > 4 and time mobilization on the ERACS method is less than 24 hours already Can activity in a manner independent and for method conventional more from 24 hours new Can activity **Conclusion:** There is difference level pain and time mobilization in post SC patients with ERACS methods and methods conventional .

Keywords: *ERACS method, Acute Pain, Caesarean Sectio*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vi
ABSTRAC.....	vii
DAFTAR ISI	viii
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Manfaat	4
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Sectio Caesaria	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi	5
3. Indikasi	6
4. Klasifikasi	7
5. Manifestasi	8
6. Patofisiologi	9
7. Komplikasi	11
8. Perubahan Fisiologi dan Psikologis Post SC	11
9. Penatalaksanaan Post SC	14
B. Konsep Dasar Masalah Kebutuhan Dasar Nyeri Post Operasi SC	14
1. Pengertian Nyeri	14
2. Data Mayor dan Data Minor	15
3. Faktor Penyebab	15
4. Penatalaksanaan	18
C. Konsep Intervensi Inovasi Metode ERACS	19
1. Pengertian ERACS	19
2. Instrumen	20
3. Prosedur	20
4. SOP ERACS	22
D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	25
1. Fokus Pengkajian	25
2. Diagnosa Keperawatan	29
3. Intervensi	29
4. Implementasi dan Evaluasi	35
BAB III : METODE PENELITIAN.....	37
A. Design Karya Ilmiah.....	37
B. Subyek Studi Kasus	37
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	38

D. Fokus Studi Kasus	38
E. Definisi Operasional	39
F. Instrumen Studi Kasus	40
G. Metode Pengumpulan Data	41
H. Analisa Data dan Penyajian	41
I. Etika Studi Kasus	42
BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN	44
A. Profil Lahan Praktek.....	44
1. Visi dan Misi	44
2. Gambaran wilayah tempat praktek	44
3. Angka Kejadian Kasus	45
4. Upaya Pelayanan dan Penanganan Kasus Medis	45
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan	46
1. Ringkasan Proses Keperawatan 3 Pasien	47
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan SDKI.....	57
3. Rencana Asuhan Keperawatan	60
4. Implementasi dan Evaluasi	74
C. Analisa Penerapan Tindakan Inovasi	88
1. Analisa Karakteristik Pasien	88
2. Analisa Masalah Keperawatan yang utama	89
3. Analisa Tindakan Inovasi	90
D. Keterbatasan Penelitian	97
BAB V : PENUTUPAN	98
A. Kesimpulan	98
B. Saran	99
DAFTAR PUSTAKA.....	100
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) disertai dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin (Nurul,2017). Ada dua cara persalinan yaitu persalinan lewat vagina yang disebut dengan persalinan normal dan persalinan dengan cara operasi *Sectio Caesar* (SC). *Sectio Caesarea* atau bedah sesar adalah suatu tindakan operasi yang bertujuan untuk mengeluarkan bayi melalui penyapan pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh atau tanpa adanya kekurangan serta berat janin diatas 500 gram (Wiknjosastro, 2015). Indikasi medis dilakukannya operasi *sectio caesarea* ada dua faktor yang menyebabkan harus dlakukannya operasi yaitu faktor janin dan faktor ibu. Faktor dari janin meliputi : bayi terlalu besar, kelainan letak janin, ancaman gawat janin, janin abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat dan bayi kembar. Sedangkan faktor ibu terdiri atas usia, jumlah anak yang dilahirkan, keadaan panggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi lahir, ketuban pecah dini (KPD), dan pre eclampsia. World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa saat ini persalinan metode *sectio caesarea* (SC) telah meningkat di seluruh dunia, bahkan telah melebihi dari batas yang direkomendasikan WHO dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayi yaitu sebesar 10%-15% (Ulfa, 2021). Wilayah Karibia dan Amerika Latin menjadi penyumbang tertinggi dengan angka 40,5%, Eropa (25 %), Asia (19,2 %) dan Afrika (7,3%) (Citrawati et al., 2021).

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan di Indonesia prevalensi persalinan SC adalah 17,6 %, paling tinggi Jakarta (31,3 %) dan terendah Papua (6,7 %) (Risikesdas, 2018). Survei pada 64 RS di Jakarta. mendapatkan data bahwa persalinan SC 35,7 - 55,3 % dari 17.665 kelahiran, 19,5 - 27,3 % karena indikasi CPD (ukuran lingkaran panggul ibu sempit), 11,9 - 21% akibat perdarahan hebat dan 4,3 - 8,7% akibat janin sungsang.

Dari hasil laporan rekam medik Ruang Rawat Inap Kebidanan RS.X Bekasi

Timur tercatat jumlah pasien persalinan dengan *sectio caesarea* Bulan Januari – Desember 2022 adalah sebanyak 322 orang post SC dengan metode ERACS 289 kasus dan Konvensional sebanyak 33 kasus. Masalah yang kerap muncul pada pasien setelah SC adalah pasien merasa takut untuk mobilisasi lebih awal karena ketakutan pada rasa nyeri (Markhamah & Sulastri,2016). Pada persalinan metode SC konvensional pasien bisa sangat lama dalam kondisi imobilisasi, hal tersebut selain akibat takut rasa nyeri, pasien juga dilarang bergerak selama 12 jam. Sehingga pasien baru bisa melakukan mobilisasi dini setelah 24 jam pasca operasi . Tindakan operasi yang biasa dilakukan adalah bedah Caesar (*Sectio Caesarea*) (Wiknjastro,2015). Saat ini telah dikenal persalinan metode SC dengan konsep *Enhanced Recovery After Cesarean Section* (ERACS) yang proses operasinya lebih nyaman karena rasa nyeri lebih sedikit dan proses pemulihan setelah operasi lebih cepat dibandingkan SC konvensional.

Metode ERACS terbukti efektif dalam kepuasan dan kenyamanan bagi ibu hamil yang akan melahirkan serta menjadi pilihan karena memiliki keunggulan proses recovery yang lebih cepat, jadi pasien dan bayinya bisa berkumpul kembali bersama keluarga lebih cepat juga. Hal-hal yang membuat metode ERACS menyita perhatian masyarakat, dikarenakan metode ERACS diklaim bisa mengurangi nyeri pasca operasi, serta memungkinkan proses pemulihan lebih cepat. Jika umumnya setelah menjalani persalinan caesar konvensional pasien dilarang bergerak selama 12 jam, maka dengan metode ERACS pasien bisa duduk dengan nyaman setelah 2 jam pasca operasi caesar. Bahkan, kurang dari 24 jam, pasien sudah dapat melakukan aktivitas ringan, seperti buang air kecil maupun berjalan secara mandiri tanpa perlu takut muncul rasa nyeri (Karunia, 2016). Ada beberapa alasan mengapa hasil klinis dari pelaksanaan ERACS sangat mengesankan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh beberapa peneliti dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini berpengaruh terhadap penurunan nyeri. Hasil penelitian menemukan bahwa pada nyeri sedang dan ringan, tingkat nyeri menurun dengan mobilisasi dini. Selain itu juga Metode ERACS sebagai program perioperatif pada pasien operasi caesar memiliki banyak manfaat dan keuntungan antara lain mempersingkat lama rawat inap, mengurangi kecemasan dan risiko depresi, mengurangi risiko infeksi pasca operasi, dan mempercepat pemulihan tubuh.

Nyeri merupakan sensasi subjektif atau rasa tidak nyaman yang sering berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Secara umum nyeri diartikan sebagai suatu keadaan kurang menyenangkan yang terjadi akibat rangsangan fisik ataupun dari serabut-serabut saraf dalam tubuh menuju ke otak, serta diikuti dengan reaksi fisik, fisiologis maupun emosional (Padila,2014). Dampak nyeri jika tidak di tangani dapat memengaruhi aspek psikologis meliputi kecemasan, takut, perubahan kepribadian, perilaku serta gangguan tidur. Aspek fisiologis (Wardani, 2014)..

Studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Swasta di Bekasi diketahui bahwa persalinan metode ERACS mulai diperkenalkan pada bulan Mei 2022. Dari mulai diperkenalkan tersebut, permintaan persalinan SC menggunakan metode ERACS terus meningkat sampe sekarang ini. Tercatat mulai bulan Mei sebanyak 3 pasien dari 93 pasien SC (3,2%), bulan Juni 12 pasien dari 100 pasien SC (12%), meningkat pesat di bulan September sebanyak 38 pasien dari 131 pasien SC (29%), dan di bulan Oktober sampe Desember 2022 rata-rata 37,5% dari seluruh persalinan SC. Hasil wawancara terhadap 5 ibu post operasi caesar dengan metode ERACS didapatkan data bahwa rata-rata mereka mengatakan bahwa nyeri yang mereka rasakan tidak terlalu berat, sehingga setelah kurang dari 4 jam mereka sudah bisa bergerak dan beraktifitas ringan. Hasil berbeda didapatkan saat wawancara dengan 5 pasien pasca operasi SC metode konvensional, rata-rata mereka mengeluhkan nyeri dari luka bekas operasinya dan sangat takut untuk bergerak sehingga baru berani melakukan mobilisasi dini setelah 24 jam pasca operasi. Dari uraian latar belakang dan permasalahan yang didapatkan saat melakukan studi pendahuluan, penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang **”Analisa Penerapan metode ERACS terhadap toleransi nyeri dan aktivitas post operasi SC di Rs. X Bekasi Timur ”**

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu menganalisa perbedaan tingkat nyeri pasien post operasi SC metode ERACS dengan metode konvensional di Rumah Sakit X Bekasi Timur

2. Tujuan Khusus

2.1. Melakukan pengkajian pada pasien post operasi SC dengan metode ERACS.

- 2.2. Menyusun diagnosis keperawatan pada pasien post operasi SC dengan metode ERACS.
- 2.3. Menyusun rencana keperawatan pada pasien post operasi SC dengan metode ERACS.
- 2.4. Menerapkan implementasi keperawatan metode ERACS pada pasien post operasi SC
- 2.5. Melakukan hasil evaluasi keperawatan pada pasien post operasi section Caresarea.

C. Manfaat

1 .Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam perkembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan mengenai perbandingan tingkat nyeri pasien sectio caesarea metode ERACS dengan konvensional.

2. Pasien

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana informasi untuk rekomendasi prosedur pilihan yang akan diaplikasikan pada masyarakat

3. Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi, meningkatkan wawasan, serta melatih kemampuan peneliti dalam menulis karya ilmiah

4. Pelayanan Keperawatan.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana informasi untuk rekomendasi prosedur pilihan yang akan diaplikasikan pada masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Sectio Caesaria*

1. Pengertian *Sectio Caesaria*

Sectio Caesar (SC) merupakan salah satu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Setiana et al., 2019). Menurut Febiantri & Machmudah (2021) menjelaskan bahwa *Sectio Caesar* (SC) adalah tindakan persalinan yang dilakukan dengan cara memutuskan jaringan kontinuitas atau persambungan dengan insisi untuk mengeluarkan bayi dan meninggalkan reseptor nyeri pada luka bekas insisi dan nyeri akan semakin bertambah apabila obat anastesi telah habis. memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah tersebut mengacu pada suatu tindakan pembedahan yang memiliki tujuan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding pada perut dan rahim ibu. Persalinan yang dilakukan dengan metode *Sectio Caesar* (SC) dapat dilakukan dengan indikasi medis tertentu. Indikasi tersebut terbagi menjadi dua diantaranya adalah indikasi medis untuk ibu dan indikasi medis untuk bayi. Persalinan secara *Sectio Caesar* (SC) menjadi sebuah alternatif dari metode persalinan apabila persalinan secara normal tidak dapat dilakukan karena suatu masalah (Mulyawati et al., 2020).

2. Etiologi *Sectio Caesaria*

Menurut Burhan et al., (2021) menjelaskan bahwa persalinan secara *Sectio Caesar* (SC) pada ibu hamil dapat dilakukan beberapa indikasi diantaranya adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan faktor penyebab atau etiologi dari tindakan *Sectio Caesar* (SC) diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. *Cepalo Pelvik Dispropotion* (CPD) merupakan ukuran lingkaran panggul pada ibu hamil dimana tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan janin tidak dapat dilahirkan secara normal.
- b. Pre-Eklampsia Berat (PEB) merupakan suatu kesatuan penyakit yang secara langsung disebabkan oleh kehamilan, namun penyebab terjadinya belum jelas.
- c. Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan suatu pecahnya ketuban pada ibu hamil sebelum terdapat adanya tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadinya inpartus.
- d. Bayi Kembar tidak selalu dapat dilahirkan dengan cara *Sectio Caesar* (SC). Pada persalinan bayi kembar memiliki risiko terjadinya komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan dengan persalinan satu bayi. Selain itu, ibu dengan kehamilan bayi kembar dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
- e. Faktor Hambatan Jalan Lahir dapat terjadi karena adanya gangguan pada jalan lahir diantaranya adalah jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu mengalami sulit bernafas.
- f. Kelainan Letak Janin.

3. Indikasi *Sectio Caesaria*

Menurut Syaiful & Fatmawati (2020) menjelaskan bahwa indikasi dilakukan tindakan *Sectio Caesar* (SC) dibagi menjadi dua yaitu indikasi ibu dan indikasi janin. Adapun penjelasan dari masing-masing indikasi adalah sebagai berikut :

- a. Indikasi ibu
 - 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis
 - 2) Panggul sempit dimana jenis panggul dengan konjungnatavera kurang dari 8 cm bisa dipastikan tidak dapat melahirkan dengan cara spontan
 - 3) Disproporsi sepalo pelvic atau panggul sempit dimana ketidaksesuaian antara ukuran panggul ibu dan kepala janin

- 4) Distosiaservik
- 5) Preeklampsia dan hipertensi
- 6) Mal presentasi janin
- 7) Partus lama
- 8) Distoksia yang disebabkan oleh tumor
- 9) Ruptur uteri
- 10) Pertimbangan lain yaitu ibu dengan risiko tinggi persalinan

b. Indikasi janin

- 1) Gawat janin
- 2) Janin besar
- 3) Janin mati
- 4) Syok akibat anemia berat yang belum teratasi
- 5) Kelainan congenital berat .

4. Klasifikasi Sectio Caesaria

Menurut Syaiful & Fatmawati (2020) menjelaskan bahwa klasifikasi tindakan *Sectio Caesar* (SC) diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. *Sectio Cecaria* Transperitonealis Profunda merupakan klasifikasi SC yang dilakukan dengan insisi di segmen bawah uterus, insisi pada bawah rahim yang dapat dilakukan dengan teknik melintang atau memanjang.
- b. *Sectio Cecaria* Klasikal Atau Section Cecaria Corpal merupakan klasifikasi SC dimana dilakukan dengan membuat kepala korpus uteri. Tindakan sectio cecaria klasik ini dapat dilakukan apabila terdapat suatu halangan untuk melakukan *sectio cecaria* transperitonealis profunda. Pada *sectio cecaria* klasik ini dilakukan insisi memanjang pada segmen atas uterus.
- c. *Sectio Cecaria* Ekstra Peritoneal merupakan klasifikasi SC yang dilakukan pada masa dahulu dengan tujuan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal. Pada tindakan *sectio cecaria* ekstra peritoneal ini dilakukan pada pasien dengan infeksi uterin berat dimana pada rongga peritoneum tidak dilakukan pembukaan.

- d. *Section Cesaria* Hysteroctomi merupakan klasifikasi sc yang dilakukan dengan indikasi atonia uteri, plasenta accrete, myoma uteri, dan infeksi intra uteri berat.

5. Manifestasi *Sectio Caesaria*

Persalinan dengan *Sectio Caesar* (SC) memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu perawatan post operatif dan post partum yang diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akibat luka pembedahan
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus terletak di umbilicus
- b. Aliran lochea sedang bebas membeku yang tidak berlebih
- c. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 750-1000 cc
- d. Menahan batuk akibat rasa nyeri yang berlebih
- e. Biasanya terpasang kateter urinarius
- f. Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah
- g. Akibat nyeri terbatas untuk melakukan pergerakan Bonding attachment pada anak yang baru lahir (Fitria & Sutrisno, 2021).

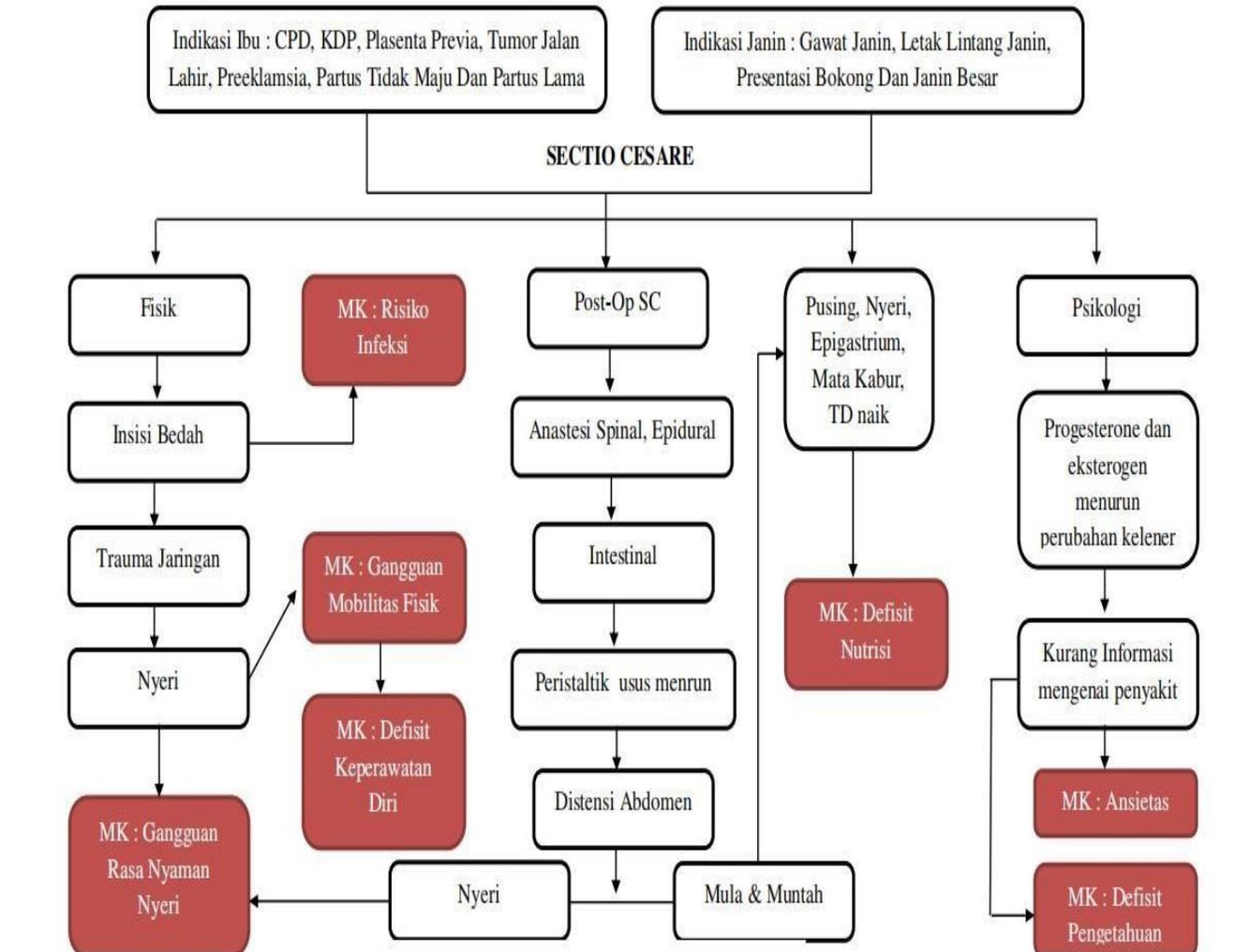
6. Patofisiologi *Sectio Caesaria*

Terdapat beberapa kelainan maupun hambatan pada proses persalinan yang mengakibatkan bayi tidak dapat lahir secara spontan. Adapun hambatan yang terjadi diantaranya terjadinya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri, partus lama, partus tidak maju, pre-eklampsia, distosia serviks dan mal presentasi janin. Dari penyebab hambatan tersebut maka perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesar* (SC). Setelah dilakukan tindakan persalinan SC maka ibu akan mengalami apatasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurangnya pengetahuan. Dampak dari kekurangan informasi tersebut dan dampak dari aspek fisiologis menyebabkan

produksi hormon oksitosin menjadi tidak adekuat yang berakibat pengeluaran ASI menjadi tidak lancar dan berakibat luka dari insisi yang menyebabkan post de entris bagi kuman. Dalam menangani masalah tersebut maka perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri merupakan salah satu masalah yang sering timbul akibat dari insisi yang menyebabkan gangguan rasa nyaman.

Pada kurangnya informasi pasca partum mengenai pembedahan dan proses penyembuhan Sectio Caesar (SC) menyebabkan timbulnya masalah ansietas pada pasien, selain itu dalam proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen yang mengakibatkan terputusnya intkontunuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf disekitar insisi akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan nyeri. Setelah proses pembedahan berakhir, luka insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang apabila tidak dilakukan perawatan dengan baik maka dapat mengakibatkan terdapat infeksi (Syaiful & Fatmawati, 2020).

PATOFISIOLOGI *SECTIO CAESARIA*



Gambar 1. Pathway Sectio Caesaria

7. Komplikasi Sectio Caesaria

Komplikasi dari tindakan Sectio Caesar (SC) menurut Syaiful & Fatmawati, (2020) dibagi menjadi dua yaitu komplikasi pada ibu dan komplikasi pada bayi. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut :

- a. Komplikasi Ibu Infeksi puerperium (nifas) merupakan suatu peningkatan suhu tubuh yang terjadi beberapa hari dalam masa nifas. Komplikasi dari infeksi ini diantaranya adalah :
 - 1) Pendarahan
 - 2) Trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat dilakukan tindakan sectio cesarea.
 - 3) Endometritis merupakan infeksi atau peradangan yang terjadi pada endometrium.
 - 4) Resikruptura uteri pada kehamilan.
- b. Komplikasi Bayi
 - 1) Hipoxia
 - 2) Depresi pernapasan
 - 3) Sindrom gawat pernapasan
 - 4) Trauma persalinan

8. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Post Sectio Caesaria

- a. Perubahan fisiologis

Menurut Sulfianti et al., (2021) menjelaskan bahwa terdapat beberapa perubahan fisiologis ibu pasca post Sectio Caesar (SC) diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Uterus : involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil atau setelah proses melahirkan. Pada proses ini terjadi setelah pasca post op sectio caesar (SC), dimana pada proses ini uterus mengalami perubahan berat yaitu menjadi 1.000 gram.

Selama masa post sectio caesar (SC) pada hari kedua setelah kelahiran dari uterus mulai terjadinya berinvolusi. Kemudian sekitar waktu 4 minggu setelah kelahiran uterus kembali ke ukuran sebelum hamil.

- 2) Lochea : merupakan suatu ekskresi cairan rahim selama masa nifas post op sectio caesar (SC) dan mempunyai reaksi basa serta memiliki bau khas yaitu amis yang tidak terlalu menyengat dan memiliki volume berbeda-beda pada setiap wanita.
- 3) Payudara : pada masa nifas pasca post sectio caesar (SC) mengakibatkan payudara semakin membesar, kencang dan awal mula mengalami nyeri yang merupakan perubahan status hormonal serta dimulainya laktasi.
- 4) Sistem kardiovaskular : Selama persalinan sampai dengan kala tiga kardiak output meningkat ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada hari pertama post sectio caesar (SC) dan akan kembali normal pada minggu ketiga. Pada proses persalinan dengan metode sectio caesar (SC) mengalami kehilangan darah sebanyak 700-1000 cc, hal tersebut menyebabkan perubahan pada kerja jantung yaitu terjadi peningkatan kerja jantung hingga 80% yang disebabkan oleh autotransfusi dari uteroplacenter.
- 5) Sistem abdomen : Persalinan dengan cara operasi sectio caesar (SC) terdapat luka post op sectio caesar (SC) dengan berbagai bentuk insisi. Sehingga terdapat perubahan pada pola pencernaan pasien sectio caesar (SC) membutuhkan waktu sekitar 103 hari supaya fungsi saluran cerna dan nafsu makan kembali normal.
- 6) Sistem pencernaan : ada perubahan fisiologis yang terjadi pada sistem pencernaan post op sectio caesar (SC) diantaranya adalah nafsu makan, mobilitas, pengosongan usus pasca melahirkan.
- 7) Sistem perkemihan : pada saluran kencing khususnya pada dinding kandung kemih akan terlihat adanya edema yang menyebabkan obstruksi dan retensi urine, dilatasi ureter dan dinding kandung kemih akan kembali secara normal dalam waktu 2 minggu.
- 8) Sistem musculoskeletal :

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi. Pada umumnya ambulasi dimulai 4-8 jam postpartum.

- 9) Sistem endokrin : mengalami perubahan hormon estrogen dan progesteron, perubahan terjadi fluktuasi dalam tubuh dan kadar hormone kortisol pada tubuh akan mengalami peningkatan diantaranya oksitosin dan prolactin.
- 10) Sistem Hematologi : Kadar fibrinogen dan plasma serta faktor pembekuan darah. akan meningkat pada minggu terakhir kehamilan. Pada hari pertama post op sectio caesar (SC) kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkat faktor pembekuan darah.

b. Perubahan psikologis

Menurut Andriyani & Risa (2015) menjelaskan bahwa pada ibu post sectio caesar (SC) mengalami stimulus sehingga ibu akan mengalami perubahan perilaku. Dalam masa ini terdapat fase beradaptasi diantaranya adalah :

- 1) Taking in : Pada fase ini terjadi pada hari ke-1 sampai hari ke-2 berfokus pada perhatian pada diri sendiri, pasif dan masih ketergantungan. Pada fase ini ibu mengalami kelelahan, sehingga perlu tidur yang cukup. Selain itu pada fase ini memahami ibu untuk tetap menjaga komunikasi dengan baik, memberikan makanan yang ekstra untuk proses pemulihan, dan memberikan informasi mengenai kondisi bayi.
- 2) Taking hold : Pada fase ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-10, fase ini timbul kekhawatiran tidak mampu merawat bayi. Pada fase ini perasaan ibu sangat sensitif sehingga mudah tersinggung apabila komunikasi kurang terjalin dengan baik. Pada fase ini juga perlu memperhatikan kemampuan fungsi tubuh, seperti buang air kecil dan buang air besar, aktivitas

mobilisasi, perawatan diri dan bayi. Maka pada fase ini perlunya dukungan suami.

- 3) Letting go : Pada fase ini terjadi setelah hari ke-10. Pada fase ini sudah mampu menerima tanggung jawab akan perubahan peran barunya, sehingga ibu sudah mulai mampu menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Pada fase ini juga ibu sudah percaya diri menjalani peran barunya, lebih mandiri dalam kebutuhan.

9. Penatalaksanaan Post *Sectio Caesaria*

Menurut Wahyuningsih (2019) menjelaskan bahwa penatalaksanaan ibu dengan pasca Sectio Caesar (SC) dapat dilakukan dengan beberapa cara diantaranya adalah sebagai berikut

- a. Ambulasi : melakukan pemenuhan kebutuhan ibu pasca sectio caesar (SC) seperti melakukan perpindahan secara bertahap seperti melakukan perpindahan posisi miring ke kiri maupun miring ke kanan secara perlahan, belajar duduk di tempat tidur pasien, belajar berjalan secara perlahan.
- b. Nutrisi yang baik sangat diperlukan dalam proses penyembuhan pasca post op sectio caesar (SC) dan mempengaruhi produksi ASI. Kebersihan diri
- c. Pada masa post op pasca post op sectio caesar (SC) rentang terhadap infeksi, maka dari itu perlu menjaga kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan.
- d. Istirahat dan tidur yang cukup dan melakukan kegiatan bertahap.
- e. Aktivitas seksual dilakukan 40 hari pasca persalinan.
- f. Senam nifas

B. Nyeri Post Operasi

1. Pengertian

Nyeri merupakan persepsi sensori yang banyak dikeluhkan oleh pasien setelah menjalani pembedahan. Hal yang perlu diwaspadai jika nyeri disertai dengan komplikasi setelah pembedahan seperti luka jahitan yang tidak menutup, infeksi

pada luka operasi, dan gejala lain yang berhubungan dengan jenis pembedahan (Prasetyaningrum et al, 2016).

2. Data Mayor dan Data Minor

Gejala dan tanda mayor yang dapat dilihat adalah

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

3. Faktor Penyebab Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

a) Fisik (ternal, mekanik , elektrik)

b) Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri.

Menurut Nanda , klasifikasi nyeri berdasarkan durasi yaitu:

a) Nyeri akut

Karakteristik nyeri akut yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri akut berlangsung kurang dari 6 bulan. Nyeri akut jika tidak ditangani akan mempengaruhi proses penyembuhan, masa perawatan dan penyembuhan akan lebih lama.

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis dirasakan secara tiba-tiba atau lambat dengan intensitas nyeri dari ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir

yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri kronis umumnya bersifat menetap, lama dan berlangsung lebih dari 6 bulan.

Menurut Mubarak (2016) ada 5 faktor yang mempengaruhi respon nyeri seseorang yaitu :

a. Tahap perkembangan Usia

Tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Di sisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, tetapi efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

b. Etnik dan nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain

c. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

d. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan

kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini.

e. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

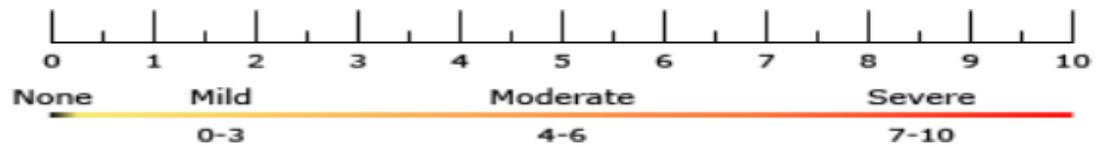
Persalinan secara *sectio caesarea* memberikan dampak bagi ibu dan bayi, nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari itu memberi dampak seperti mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *Activity of Daily Living (ADL)* terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu juga mempengaruhi Imunisasi. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Andarmoyo, 2018).
Skala intensitas nyeri yang digunakan peneliti dalam penelitian yaitu :

Numerik Pain Rating Scale .

Keterangan : 1-3 : nyeri ringan / mild

4-6 : nyeri sedang / Moderate

7-10 : nyeri berat / Severe



4. Penatalaksanaan Nyeri

1) Manajemen Farmakologi Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dan medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekan farmakologis dengan manajemen nyeri persalinan dengan penggunaan analgesia maupun anestesi (Andarmoyo,2013). Manajemen farmakologi yang di gunakan di ruang kalimaya bawah Rsud dr Slamet Garut adalah dengan cara pemberian analgetik kaltrofen 2x100 mg dengan cara supositoria.

2) Manajemen Non Farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan/kebidanan, manajemen non farmakologi merupakan tindakan dalam mengatasi nyeri klien (Andarmoyo,2013). Menurut Jurnal Kesehatan vol 11 no 1 tahun (2018). Relaksasi telah menjadi sebuah anjuran yang semakin populer untuk terapi analgesik konvensional. Relaksasi sudah digunakan secara luas dalam manajemen nyeri pasca bedah dan telah direkomendasikan dalam pengelolaan nyeri

C. Metode ERACS (*Enhanced Recovery After Caesarian Surgery*)

1. Pengertian

Metode ERACS adalah suatu rangkaian perawatan yang dapat memberikan hasil pemulihan secara lebih cepat. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa prosedur ini membantu anda untuk mengelola rasa sakit dengan lebih baik, dan membantu anda mulai makan dan bergerak lebih cepat setelah operasi. Nyeri pasca seksio sesarea ini mempengaruhi masa nifas ibu misalnya dapat menurunkan kuliatas menyusui, depresi pasca persalinan serta lama. Maka dari itu metode ERACS di gunakan untuk mengurangi nyeri karena penerapan beragam tatalaksana nyeri dan dosis pemberian obat anastesi di kurangi sehingga dengan penurunan dosis maka proses pemulihan lebih cepat.

Konsep ERACS dikembangkan dari konsep ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) yang telah digunakan pada bedah digestif dan terbukti meminimalkan lama rawat dan komplikasi setelah operasi, sehingga kepuasan pasien meningkat. Berdasarkan hal tersebut, konsep ERAS mulai diaplikasikan pada operasi selain bedah digestif salah satunya diterapkan pada operasi SC (Tika,2022). ERACS merupakan suatu metode persalinan yang saat ini menjadi trend dari pada caesar konvensional..

2. Tujuan dari metode ERACS ini adalah :

1. Agar mobilitas dan proses penyembuhan persalinan dapat tercapai pasien bisa mobilisasi lebih cepat, bisa bergerak lebih awal ,nyeri minimal pasti lebih nyaman.
2. Mengurangi resiko infeksi nosokomial
3. Biaya minimal
4. Kelebihan Metode Eracs
5. Meningkatkan kepuasan dan kenyamanan pasien

6. Berkurangnya komplikasi dan durasi rawat inap

Ada 3 rangkaian perawatan pada ERACS yaitu dimulai dari persiapan pre operatif, perawatan intraoperatif, dan perawatan post operatif ERACS. Metode Eracs menggunakan SOP yang ada di rumah sakit.

Persiapan pre operatif dalam metode ERACS yaitu:

1. Edukasi dan informed consent terkait prosedur yang akan dilakukan
2. Puasa 6-8 jam sebelum operasi
3. Pemberian minum berkalori tinggi / jus Eracs 2 jam sebelum operasi
4. Pasang infus 2 jam sebelum operasi, pemberian obat - obatan paracetamol 1gram dan omeprazole 40 mg drip NaCL 100 cc, di berikan cairan infus yang cukup untuk menghindari tekanan darah turun dan mual muntah
Optimisasi hemoglobin pre operatif dengan melakukan anemia dan pemberian suplementasi zat besi pada ibu hamil.

Persiapan Intra Operatif yaitu :

1. Pemberian antibiotik profilaksis 30-60 menit sebelum dilakukan insisi
2. Tromboprofilaksis
3. Manajemen cairan dan tekanan darah
4. Manajemen suhu
5. Anestesi neuraksial untuk mengurangi durasi ileus pasca operasi
6. Profilaksis mual dan muntah pasca operasi menggunakan agen antiemetik
7. Penjepitan tali pusat tertunda
8. Skin to skin
9. Manajemen oksitosin.

Perawatan post operatif yaitu :

1. asupan oral awal boleh minum 60 menit jika pasien tidak mual dan di lanjutkan diet teratur.
2. Analgetik, peberian terapi oral paracetamol 1000 mg tiap 8 jam, ibuprofen 600 mg tiap 6 jam, diberikan setelah pemberian ketorolac 30 mg iv.
3. mobilisasi dini boleh duduk 0-6 jam dan di lanjutkan dengan berjalan sesuai toleransi, bisa jalan maka kateter di lepas 6 jam pasca operasi,

Ada beberapa perbedaan caesar konvensional dan juga dengan metode ERACS yaitu :

1. Pasien ERACS cukup puasa makanan 6 jam sebelum operasi dan puasa, 2 jam sebelum operasi minum minuman berkalori tinggi / jus Eracs.
2. Durasi larangan Pasien ERACS lebih pendek, rasa nyeri lebih singkat dan ringan minimal 6 jam pasien sudah boleh bergerak, sedangkan pada SC konvensional dibutuhkan waktu 12 s/d 24 jam untuk pasien tidak boleh bergerak dan setelah itu baru gerak perlahan.
3. Eracs menggunakan terapi cairan infus dan kombinasi obat antimual, pada SC konvensional pasca operasi merasakan mual akibat efek dari obat bius
4. Pemulihan pasca operasi ERACS lebih cepat, pasien bisa pulang 24 jam setelah operasi, sedangkan pada SC konvensional pemulihan pasca operasi lebih lama, dibutuhkan minimal 3hari pasien diperbolehkan pulang.
5. Kerusakan jaringan kulit pasien ERACS bisa diminimalisir, sedangkan pada SC konvensional luka bekas sayatan lebar

Sebelum melakukan tindakan Eracs dokter akan memeriksakan kondisi pasien terlebih dahulu, dokter spesialis kandungan biasanya memeriksakan pada saat usia kehamilan memasuki trimester ke-3, dan juga spesialis kandungan juga harus berkoordinasi dengan dokter anastesi dan juga dokter spesialis anak sebelum melaksanakan metode ini. Ibu post partum dengan kondisi tertentu dan mempunyai masalah kesehatan seperti dengan kondisi anemia, Preeklamsia dan eklamsia, Tekanan darah tidak terkontrol.

SPO PERSALINAN SECTIO CESAREA DENGAN METODE ERACS

PENGERTIAN	ERACS atau Enhanced Recovery After Cesarean Section adalah teknik operasi yang bisa dilakukan pada persalinan sesar dengan minim rasa sakit dan pemulihan lebih cepat.
TUJUAN	Pelayanan yang optimal pada proses persalinan section sesaria dengan metode ERACS dapat mengurangi lama perawatan di rumah sakit, mengurangi komplikasi, pemulihan yang lebih cepat pada ibu dan bayi dan meningkatkan kepuasan pasien.
KEBIJAKAN	
PROSEDUR	<p>Edukasi Pra – Operatif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan pasien 6 jam observasi sebelum operasi 2. Memotivasi pasien mandi dengan antiseptik (1 scrab) 3 jam sebelum operasi 3. Memotivasi pasien minum air manis 2 jam sebelum operasi Caesar (1 sachet gula/500 gram) 4. Mengedukasi Memasang infus 5. Skintest untuk pemberian profilaksis <p>Edukasi Post SC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemulihan (recovery 2 jam di ruang operasi) 2. Diberikan permen karet saat di RR 3. 2 jam setelah observasi Pindah ke ruang perawatan 4. Minum/makan setelah 2 jam operasi boleh minum air putih dan 4 jam selanjutnya boleh makan padat 5. Mobilisasi 2 jam setelah SC <ol style="list-style-type: none"> 1) Tahap I 2 jam setelah operasi Duduk bersandar ditempat tidur 15 – 30 menit 2) Tahap II

	<p>Duduk disisi tempat tidur dengan kaki menjuntai 15 – 30 menit</p> <p>3) Tahap III Mobilisasi berdiri disisi tempat tidur</p> <p>4) Tahap IV 10 jam setelah operasi mobilisasi berjalan (kamar mandi)</p> <p>6. Pelepasan kateter 6 jam setelah SC</p> <p>7. Ibu dapat lebih cepat merawat bayi (IMD,bonding)</p> <p>8. Waktu pemulihan (sekitar 2 x 24 jam post SC)</p> <p>Komponen Intra – Operatif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pencegahan infeksi 2. Optimalisasi cairan intravena 3. Mencegah dan mengobati hipotensi saat induksi anestesi spinal 4. Memulai multimodal Analgesia 5. Teknik pembiusan regional , TAP Block (Tranversus Abdominis Plane) dan anestesi infiltrasi operasi Caesar.di lakukan oleh dokter anestesi. 6. Teknik Operasi Caesar oleh dokter operator
<p>PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Menjaga suhu tubuh optimal dengan menggunakan selimut hangat 8. Administrasi optimal uterotonik 9. Delayed Cord Clamping minimal sampai 2 menit untuk bayi cukup bulan dan 30-60 detik untuk bayi premature. 10. Mendukung proses menyusui dan bonding ibu dan bayi dengan melakukan IMD. <p>Komponen Pasca Operatif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan kala 4 dan pasca anestesi 2 jam post SC di ruang recovery room 2. Mobilisasi dini (bergerak lebih awal) di lakukan setelah kembalinya fungsi motoric dengan baik <p>Mobilisasi 0- 8 jam :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ duduk di tepi tempat tidur

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ berpindah dari Kasur ke kursi ➤ melakukan ambulasi <p>Mobilisasi 8- 24 jam :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Melakukan ambulasi ➤ Jalan kaki 1-2 kali atau lebih <ol style="list-style-type: none"> 3. Mendorong kembalinya pergerakan usus dengan memberikan permen karet di ruang pulih/ recovery room 4. Penggunaan obat anti nyeri multimodal sesuai program medis DPJP 5. Makan biasa setelah di ruang perawatan 6. Melepas kateter urin lebih awal boleh mulai dari 6 jam post SC 7. Konseling laktasi 8. Kolaborasi dengan perawatan bayi 9. Memfasilitasi keluar Rumah sakit lebih awal bila pasien bersedia.
UNIT TERKAIT	Kamar Operasi, Kamar Bersalin, Ruang NSS, NSN, Kamar Bayi, Poliklinik

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah sesuatu yang dilakukan secara sistematis berkesinambungan, yang meliputi untuk melihat atau menemukan masalah kesehatan baik individu maupun kelompok, tindakan dilakukan secara aktual maupun potensial kemudian tindakan direncanakan untuk menyelesaikan, mengurangi atau mencegah terjadinya masalah baru atau menugaskan oranglain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pada pengkajian klien dengan sectio caesarea, data yang dapat diperoleh adalah :

a) Identitas atau Biodata Klien

Biasanya dikaji nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor MR dan diagnosa keperawatan serta penanggung jawab. (Robillrd et al, 1194 dalam freser 2010).

b) Alasan Masuk Klien

Alasan masuk dikumpulkan untuk menentukan prioritas intervensi keperawatan dan juga untuk mengkaji bagaimana tingkat pemahaman klien tentang kondisi kesehatan. Pada umumnya pasien post sc mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi.

c) Riwayat kesehatan.

Riwayat Kesehatan Sekarang Biasanya keluhan yang dialami setelah klien operasi SC adalah mengeluh nyeri atau ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya trauma bedah atau insisi, nyeri distensi kantung kemih hal tersebut meliputi keluhan atau berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang sedang dialami saat ini. Biasanya klien takut bergerak karena takut terjadi infeksi pada bekas luka post SC dan terkadang tingkat kecemasan klien tinggi terutama pada kesehatan ibu dan bayinya (Ambarwati 2008).

d) Riwayat Kesehatan Dahulu.

Biasanya klien dengan post SC pernah memiliki riwayat operasi SC sebelumnya, baik dari faktor ibu maupun dari faktor janin (Ambarwati 2008).

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya klien memiliki penyakit keturunan dari dalam keluarga seperti jantung, diabetes melitus dan hipertensi.

f) Genogram

Adalah gambaran riwayat keluarga untuk menjelaskan hubungan atau dinamika penting keluarga dalam 3 generasi ,

g) Riwayat Menstruasi

Biasanya dikaji usia pertama haid, siklus haid, lama haid, berapa kali ganti duk dalam 1 hari, dan masalah selama haid.

h) Riwayat Kehamilan

Biasanya dikaji kapan HPHT, hamil anak ke berapa, taksiran persalinan dan jenis persalinan.

g) Riwayat Persalinan

Biasanya dikaji jumlah cairan darah yang keluar saat proses persalinan, jenis persalinan, persalinan ke berapa, jenis kelamin bayi dan BB/ PB bayi.

h) Riwayat Kontrasepsi

Biasanya dikaji riwayat kontrasepsi apa yang pernah digunakan klien dan apa rencana kontrasepsi yang akan digunakan klien.

2. Pemeriksaan Umum

a) Tingkat Kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran ibu compos mentis kecuali pada ibu yang mengalami perdarahan atau komplikasi dari penyakit lain.

b) Tanda Tanda Vital

Apabila terjadi pengeluaran darah yang berlebihan pada masa nifas tekanan darah akan turun, nadi akan cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh akan menurun.

c) Pemeriksaan fisik

✧ Kepala

- Rambut :Bagaimana kebersihan rambut klien apakah bersih, berminyak,

atau berketombe. Biasanya pada pasien post SC keadaan rambut kurang bersih atau berminyak, karna pasien post SC tidak dianjurkan untuk mandi terlebih dahulu yang tujuannya untuk menghindari terjadinya luka basah (infeksi) pada luka post SC pada klien.

- Mata : Biasanya mata tampak simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor dan fungsi penglihatan baik. Kecuali pada klien yang terjadi penurunan kesadaran, maka pasti akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal pada mata klien.
- Hidung : Biasanya hidung tampak simetris, bersih atau tidak ada cairan berupa sekret, tidak ada pembengkakan, tidak ditemukan adanya lesi, tidak ada polip dan fungsi penciuman baik.
- Mulut dan Gigi : Mulut bersih / kotor, mukosa bibir kering / lembab.
- ✧ Leher : Saat dipalpasi ditemukan ada / tidak pembesaran kelenjar tiroid, karna adanya proses penerangan yang salah
- ✧ Thorax
 - Payudara : Simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, areola hitam kecoklatan, puting susu menonjol, air susu lancer dan banyak keluar
 - Paru-Paru
 - Inspeksi : Simetris / tidak kiri dan kanan, ada / tidak terlihat pembengkakan.
 - Palpasi : Ada / tidak nyeri tekan, ada / tidak teraba massa
 - Perkusi : Redup / sonor Auskultasi : Suara nafas Vesikuler / ronkhi / wheezing
- ✧ Jantung
 - Inspeksi : Ictus cordis teraba / tidak
 - Palpasi : Ictus cordis teraba / tidak
 - Perkusi : Redup / tympani
 - Auskultasi : Bunyi jantung lup dupe Abdomen
 - Inspeksi : Terdapat luka jahitan post op ditutupi verban, adanya strie

gravidarum

- Palpasi : Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / keras
- Perkusi : Redup
- Auskultasi : Bising usus

- ✧ Genetalia : Pengeluaran darah bercampur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.
- ✧ Ekstremitas : Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesar uterus, karena pre eklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

Perawatan *Post Sectio Caesarea*

Pasien pasca operasi perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut menurut Hartanti (2015):

a. Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat di ruang pemulihan, meliputi jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan. Kebutuhan akan cairan intravena termasuk darah sangat bervariasi. Wanita dengan berat badan rata-rata dengan hematokrit kurang dari atau sama dengan 30 dan volume darah serta cairan ekstraseluler yang normal umumnya dapat mentoleransi kehilangan darah sampai 2000 ml.

b. Ruang Perawatan

Beberapa prosedur yang dilakukan di ruang perawatan adalah:

1) Monitor tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang perlu di evaluasi adalah tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, dan suhu tubuh.

2) Analgesik

Pasien dengan berat badan rata-rata, dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri, sedangkan pasien yang menggunakan opioid, harus

diberikan pemeriksaan rutin tiap jam untuk memantau respirasi, sedasi, dan skor nyeri selama pemberian dan sekurangnya 2 jam setelah penghentian pengobatan.

3) Terapi cairan dan makanan

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah tindakan, namun apabila pengeluaran urin turun, dibawah 30ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali.

4) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter vesika urinaria umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi atau keesokan pagi setelah pembedahan dan pemberian makanan padat bisa diberikan setelah 8 jam, bila tidak ada komplikasi.

5) Ambulasi

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien *sectio caesarea* adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi.
- 2) Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi.
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan post op SC.
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan persepsi makan.
- 5) Ansietas berhubungan dengan hubungan orang tua-anak tidak memuaskan .
- 6) Defisit perawatan diri berhubungan dengan tidak mampu berhias secara mandiri
- 7) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

3. Perencanaan / Intervensi Sesuai dengan diagnosa yang muncul

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penerapan luaran keperawatan dengan menggunakan ketiga komponen luaran keperawatan yaitu Label, Ekspektasi dan Kriteria Hasil. Motode yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) :

Perencanaan / Intervensi Sesuai dengan diagnosa yang muncul

	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri Akut berhubungan dengan adanya luka insisi (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat nyeri menurun - Kontrol nyeri meningkat - Penyembuhan luka membaik 	<p>Management Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Anjurkan menggunakan analgetik secara cepat <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik <p>Pemberian Analgesik</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi riwayat alergi obat - Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgetik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tetapkan target efektifitas analgetik untuk mengoptimalkan respons klien <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik sesuai indikasi</p> <p>Pemantauan Nyeri</p> <p>Observasi :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor pencetus dan nyeri - Monitor lokasi dan penyebaran nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi (D.0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kemerahan dan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat infeksi menurun - Integritas kulit dan jaringan membaik - Kontrol resiko meningkat 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan klien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko infeksi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi <p>Managemmen Nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor asupan makanan <p>Terapeutik :</p> <p>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan diet yang diprogramkan. <p>Kolaborasi :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan jika perlu. <p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik - Pertahankan tekni steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik
3	Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan post operasi SC (D.00054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pergerakan ekstremitas meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Keseimbangan meningkat - Pergerakan sendi meningkat - Toleransi aktivitas meningkat 	<p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan ambulasi dini <p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Libatkan keluarga untuk membantupasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan tidak mampu berhias secara mandiri.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat nyeri menurun - Kontrol nyeri meningkat - Penyembuhan luka membaik 	<p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan . <p>Perawatan Rambut</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kondisi rambut klien - Monitor kerontokan rambut klien <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siapkan peralatan fasilitas yang ada <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur dan tujuan perawatan rambut

5	Defisit pengetahuan b.d kurangnya terpaparnya informasi (D.00111)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan membaik/meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil : (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran - Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat - Perilaku meningkat 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan motivasiperilaku hidup bersih dan sehat <p>Teurapetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi keshehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
---	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (potter & pretty, 2017).

Komponen tahap implementasi :

- a. Tindakan keperawatan mandiri
- b. Tindakan keperawatan edukatif
- c. Tindakan keperawatan kolaboratif
- d. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan akhir proses keperawatan yang terdiri dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif). Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan terus menerus hingga mencapai tujuan. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap hari setelah semua tindakan sesuai diagnosa keperawatan dilakukan evaluasi sumatif terdiri dari SOAP (Subjek, Objek, Analisis, Planning). Subjek berisi respon yang diungkapkan oleh pasien dan objektif berisi respon nonverbal dari pasien respon tersebut didapat setelah perawat melakukan tindakan keperawatan. Analisis merupakan kesimpulan dari tindakan dalam perencanaan masalah keperawatan dilihat dari keteria hasil apakah teratasi, tertasi sebagian atau belum teratasi. Sedangkan planning berisi perencanaan tindakan keperawatan yang harus dilakukan selanjutnya.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan yaitu tujuan tercapai apabila pasien menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang telah ditentukan, tujuan tercapai sebagian apabila jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria hasil yang telah

ditetapkan, tujuan tidak tercapai jika klien menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali. (Suprajitno dalam Wardani,2015) .

BAB III

METODE PENULISAN

A. Jenis atau design karya ilmiah Ners

Jenis penulisan karya ilmiah ini yang digunakan adalah studi kasus dengan mengacu pada asuhan keperawatan pada ibu post partum multipara dengan sectio saecar . Studi kasus ini menggambarkan studi intensif yang merinci tentang satu unit realitas yang menekankan terhadap faktor-faktor yang berkontribusi mengenai keberhasilan atau kegagalan sebuah penelitian. Studi kasus termasuk studi analisis perinci yang dilakukan terhadap seseorang atau kelompok sebagai subjek penelitian (Nuriman,n.d)

B. Subyek Studi Kasus

Populasi penelitian ini adalah ibu post operasi SC di RS. X di Bekasi Timur. Berdasarkan data dari Ruang Operasi (OK) Jumlah populasi dalam penelitian ini sebanyak 322 (bulan Januari s/d Desember 2022) kasus Post SC. Besar sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 298 kasus SC dengan metode ERACS. Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu: kriteria Inklusi, dan eksklusi. Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili subjek penelitian yang memenuhi syarat sebagai subjek (Notoatmojo,2019)

Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi : pasien yang dirawat di Ruang Ns.E RS.X Bekasi Timur, pasien persalinan SC dengan metode ERACS dan bersedia menjadi responden. Sedangkan Kriteria eksklusinya adalah subjek penelitian tidak dapat mewakili sample penelitian seperti adanya hambatan /masalah atau suatu kondisi yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian, seperti pasien Ibu post partum dengan kondisi tertentu dan mempunyai masalah kesehatan seperti dengan kondisi anemia, Preeklamsia dan eklamsia,,Tekanan darah tidak terkontrol.

C. Lokasi dan waktu studi kasus

Lokasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah Rumah Sakit X di Bekasi Timur Kota Bekasi di Ruang perawatan Ns.Euphorbia. Waktu penelitian dilakukan di Bulan Maret dan Bulan Mei 2023

D. Fokus studi kasus

Penelitian ini berfokus untuk mengetahui bagaimana Analisa penerapan Metode ERACS terhadap Toleransi Nyeri dan Aktivitas Post op dengan menggunakan lembar observasi.

E. Definisi operasional

Variabel	Defenisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Metode sectio caesarea	Metode operasi mayor pada abdomen untuk persalinan ibu hamil, terbagi menjadi dua yaitu metode ERACS dan non ERACS. Metode ERACS mengutamakan kontrol nyeri dan minimal keluhan pasien pasca-SC, dengan target masa pemulihan lebih cepat.	SOP operasi SC	1. Metode ERACS 2. Metode Konvensional	Nominal
Mobilisasi dini	Suatu pergerakan, posisi, atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu segera setelah persalinan. Dilakukan sesuai dengan levelnya. - Level 1 yaitu duduk bersandar dan duduk di sisi tempat tidur selama 15-30 menit pada 0-6jam pascaoperasi, serta pelepasan kateter urin 6-12 jam pascaoperasi. - Level 2 yaitu bergerak, bangun dari tempat tidur, berdiri, serta mobilisasi berjalan pada 9-24 jam pascaoperasi. - Level 3 yaitu bergerak seperti biasa dan beraktivitas ringan pada 25-48 jam pasca persalinan.	Penilaian dan lembar observasi	1. Memenuhi 2. Tidak memenuhi : - Kriteria memenuhi, apabila pasien mampu melaksanakan ≥ 2 level dalam waktu yang ditentukan. - Kriteria tidak memenuhi, apabila pasien hanya dapat melaksanakan 1 level dalam waktu yang ditentukan.	Nominal
Skala nyeri	Skala intensitas nyeri yang digunakan peneliti dalam penelitian yaitu <i>Numerik Pain Rating Scale</i> .	Numerik Pain Rating Scale	1= 0-3 nyeri ringan / mild 2= 4-6 nyeri sedang / Moderate 3 = 7-10 nyeri berat / Severe	Ratio

F. Instrumen studi kasus

Instrumen dalam studi kasus ini adalah mengobservasi, mengukur maupun menilai suatu fenomena. Data yang diperoleh dianalisa dan dijadikan bukti dari suatu studi kasus. Oleh karena itu instrument sangatlah penting dalam sebuah studi kasus. Instrumen yang digunakan adalah :

Lembar Observasi Terhadap Toleransi Nyeri Dan Aktivitas Post Op Sc

Nama :
Ruangan / Kamar :
MR :
Diagnosa Medis :
Tgl /Jam Operasi :

Hari/tgl	Waktu	Mobilisasi / Aktivitas	Skala Nyeri	TTD

Instrumen penelitian ini menggunakan alat pengumpulan data berupa lembar observasi untuk mengamati mobilisasi pada ibu bersalin post operasi, baik metode SC maupun metode ERACS. Pengamatan skala intensitas nyeri post operasi SC dilakukan dengan menggunakan Numerik Pain Rating Scale yaitu : skala nyeri ringan, skala nyeri sedang dan skala nyeri berat. Pengamatan mobilisasi dilakukan dengan melihat 3 indikator mobilisasi, yaitu berapa lama ibu bersalin post operasi dapat melakukan miring kanan – kiri, duduk bersandar dan berjalan setelah dilakukan operasi.

G. Metode pengumpulan data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi untuk mengamati mobilisasi pada ibu bersalin post operasi, baik metode SC konvensional maupun metode ERACS. Pengamatan mobilisasi dilakukan dengan melihat 3 indikator mobilisasi, yaitu berapa lama ibu bersalin post operasi dapat melakukan miring kanan - kiri, duduk bersandar dan berjalan setelah dilakukan operasi..

H. Analisa data dan penyajian data

Pengolahan dan menggunakan analisis deskriptis. Analisis deskriptif adalah digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan (Notoatmojo,2010). Analisis data dalam karya tulis ilmiah ini digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien post *section caesarea*. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan serta hasil dari melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnose merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan melihat perbedaan antara partisipan 1 dan partisipan 2. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan, teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

I. Etika Studi Kasus

Seperti halnya penelitian dengan design eksperimen, penelitian dengan studi kasus ini memerlukan etika penelitian karena menggunakan manusia sebagai subjek penelitian.

Manusia merupakan makhluk yang holistic yaitu mencakup aspek fisik ,psikologi, social dan spiritual. Etika penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi :

1. Anonim (tanpa nama)

Penelitian tidak mencantumkan identitas responden secara terus terang seperti nama, alamat lengkap. Identitas dapat dilakukan dengan memberikan kode atau inisial untuk menjaga kerahasiaan responden. Penelitian menggunakan kode pasien 1, pasien 2, pasien 3 sebagai pengganti identitas asli responden.

2. Non Maleficence (terhindar dari cedera)

Manusia sebagai subjek penelitian harus dijaga supaya terhindar dari cedera. Peneliti wajib melakukan upaya agar responden tidak mengalami cedera ataupun tidak melakukan tindakan yang membahayakan responden . Untuk menjaga agar tidak cedera peneliti wawancara status alergi responden terhadap pemberian terapi injeksi maupun terapi oral, sehingga sebelum responden memperoleh intervensi metode eracs responden sudah dapat dipastikan tidak alergi.

3. Beneficence (bermanfaat)

Peneliti yang dilakukan harus bermanfaat bagi subjek peneliti. Seorang peneliti harus mempertimbangkan manfaat yang diperoleh responden. Peneliti ini sangat bermanfaat bagi responden yang merupakan penderita yang mengalami gangguan.

4. Justice (keadilan)

Peneliti bersikap adil terhadap semua responden, baik kelompok maupun individu. Peneliti memfasilitasi untuk melakukan intervensi secara adil. Penelitian ini dipastikan sudah memenuhi prinsip adil karena semua responden memperoleh fasilitas yang sama.

5. Confidentiality (kerahasiaan)

Responden berhak atas data yang sudah diberikan kepada peneliti supaya dijaga kerahasiaannya. Peneliti menjamin kerahasiaan data responden. Informasi pribadi yang diberikan disimpan dengan baik serta sebagian akan dipublikasikan dengan melalui proses deseminasi hasil riset. Peneliti tidak mencantumkan identitas asli responden , melainkan hanya memberikan kode dan menggunakan inisial nama.

6. Autonomi (kebebasan)

Prinsip memberikan kebebasan kepada responden untuk menentukan apakah dirinya bersedia atau tidak untuk menjañi responden penelitian. Tidak ada unsur paksaan dalam penelitian ini. Peneliti wajib meminta persetujuan dari caol responden. Responden juga berhak memperoleh penjelasan intervensi seperti apa yang akan di lakukan terhadapnya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Profil lahan Praktek

RS.X di Bekasi Timur beroperasi mulai tanggal 11 Juli 2004, yang merupakan rumah sakit tipe Madya yang setara dengan rumah sakit pemerintah tipe B. RS.X Bekasi Timur memberikan beragam jenis pelayanan medis antara lain Poliklinik Umum, Poliklinik Spesialis, Poliklinik Subspesialis, Poliklinik Gigi, Instalasi Gawat Darurat (IGD), serta Rawat Inap. Kapasitas tempat tidur pasien yang disediakan di RS.X Bekasi Timur sebanyak 243 tempat tidur. Salah satu pelayanan unggulan yang ada di RS.X adalah Pusat Pelayanan Jantung Terpadu dan Radioterapy.

Adapun Visi dan Misi RS.X. Bekasi Timur adalah :

1. Visi misi instansi tempat praktek

Adapun Visi dan Misi RS.X adalah sebagai berikut :

Visi : Menjadi penyedia pelayanan kesehatan terdepan yang berfokus kepada Pelanggan.

Misi : Mengoptimalkan kualitas hidup orang banyak dengan pelayanan yang penuh kasih sayang, terpercaya dan fokus kepada pelanggan.

2. Gambaran wilayah tempat praktek

Dalam penulisan ini, Ruang Perawatan Ns.E merupakan tempat praktek yang digunakan. Ruang Ns.E yaitu ruang rawat inap yang digunakan bagi pasien setelah melahirkan normal maupun *sectio caesarea* dan wanita yang mengalami gangguan sistem reproduksi yang diterima dari ruang *Verlos Kamer* (VK) atau yang diterima langsung setelah pasien datang dari UGD. Ruang perawatan Ns.E terdiri dari 10 kamar tidur pasien dengan kapasitas 28 tempat tidur, 10 kamar mandi pasien, 1 kamar mandi perawat, 1 ruang nurse station.

Dalam studi kasus ini dipilih 3 orang sebagai subjek kasus yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan, yaitu klien Ny N, usia 40 tahun, dirawat di Ruang Ns.E sejak tanggal 22-24 Maret 2023, Ny.Y usia 37 tahun dirawat di Ruang Ns.E sejak tanggal 30Mei-1April 2023 dan Ny.S usia 38tahun sejak tanggal 30Mei-01 April 2023 dengan *sectio caesarea* metode ERACS.

3. Angka kejadian kasus yang di kelola di tempat praktek .

Adapun jumlah kasus *sectio caesarea* (SC) yang di kelola di RS.X Bekasi Timur dari bulan Januari – Desember 2022 yang di dapat dari data Rekam Medis ruang Operasi adalah sebanyak 322 orang *sectio caesarea* (SC) dengan metode ERACS 289 kasus dan Konvensional sebanyak 33 kasus.

4. Upaya pelayanan dan penanganan *sectio caesarea* atau SC

Rumah Sakit dalam melakukan upaya pelayanan dan penanganan *sectio caesarea* atau SC yaitu dengan melakukan program terbaru yaitu Metode ERACS.

Enhanced recovery after caesarean section (ERACS) merupakan salah satu teknik operasi yang dikembangkan pada persalinan sesar dan diperkenalkan sejak tahun 2016, yang terdiri dari serangkaian optimalisasi perawatan preoperatif, intraoperatif, hingga post-operatif. Tujuan dari konsep ERACS antara lain untuk menangani keluhan pascaoperatif yang dimana ERACS ditunjukkan mampu menurunkan kejadian keluhan yang dihadapi pasien pascapersalinan SC. Selain itu juga, teknik ERACS memungkinkan adanya pemulihan fungsional yang lebih cepat dimana pasien dapat melakukan mobilisasi dini kurang dari 24 jam pascaoperasi, yang mana ini dapat meningkatkan rasa nyaman dan kepuasan pasien. Terfokus pada peningkatan mobilisasi dini dan proses rehabilitasi, ini juga memungkinkan untuk memperpendek lama rawat inap pasien persalinan SC metode ERACS. Selama 1 tahun terakhir terdapat sebanyak 322 kasus SC dengan metode ERACS yang di rawat RS.X Bekasi Timur.

B. Proses Asuhan keperawatan

Proses Proses asuhan keperawatan yang dilakukan terdiri dari pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi, evaluasi. Evaluasi setiap implementasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP. Asuhan keperawatan pada post SC metode ERACS ini dilakukan kepada 3 pasien yang sama gambaran hasil pengkajian keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapatkan menunjukkan bahwa Ny N, usia 40 tahun, dirawat di Ruang Ns.E sejak tanggal 22-24 Maret 2023, Ny.Y usia 37 tahun dirawat di Ruang Ns.E sejak tanggal 30Mei-1April 2023 dan Ny.S usia

38tahun sejak tanggal 30 Mei-01 April 2023 dengan *sectio caesarea* metode Eracs. Pengkajian ini terdiri dari hasil identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari, pemeriksaan fisik, status mental, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan terapi.

Table 4.1 Hasil Anamnesis Identitas pasien dengan Sectio caesarea metode Eracs di ruang perawatan Ns.E di RS.X Bekasi Timur

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2	Pasien 3
Nama	Ny.N	Ny. Y	Ny.S
Umur	40 tahun	37 tahun	38 tahun
Pendidikan	S1	SMP	SMU
Pekerjaan	Karyawan swasta	IRT	IRT
Status Perkawinan	kawin	kawin	kawin
Pernikahan ke	1	1	1
Agama	Islam	Islam	Islam
Suku	Jawa	Sunda	Betawi
Alamat	Perum Grand permata blok G-55	Kp.Cikedokan - cikarang barat. Bekasi.	Perum Griya Setu Permai2 Bekasi.
Diagnosa medis	G3P2A0 Usia kehamilan 37-38mggu SC a/i PTM, BSC 2x	G3P1A1 usia kehamilan 40 mg SC a/i KPD	G2P1A0 usia kehamilan 41mggu SC a/i janin letak oblig dan BSC 1x
Sumber Informasi	Pasien dan keluarga	Pasien dan keluarga	Pasien dan keluarga
Tgl/jam Pengkajian	23/3/2023 jam 15 wib	31/5/ 2023 jam 14 wib	31/5/2023 jam 14 wib
Biodata Suami	Nama Tn.B, umur 43 tahun, agama islam, Pendidikan terakhir SMA, Pekerjaan sebagai wiraswasta	Nama Tn.E, umur 40 tahun, agama Islam, Pendidikan terakhir SMU, pekerjaan sebagai Karyawan swasta	Nama Tn.D,usia 35tahun,agama kristen,Pendidikan terakhir S1, Pekerjaan karyawan swasta

Tabel 4.2 Hasil anamnesis riwayat kesehatan Pasien

Riwayat Kesehatan	Pasien 1 Ny.N	Pasien 2 Ny.Y	Pasien 3 Ny.S
Resume	<p>Ny.N masuk ke RS pada tanggal 22 Maret 2023 jam 20 wib ke VK dengan keluhan perut terasa kencang dan keluar lendir disertai bercak darah lalu dilakukan pemeriksaan oleh bidan di ruang VK oleh bidan diperoleh hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 125/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, RR: 20 x/menit, suhu : 36,2°C, DJJ 159 x/menit, Hasil pemeriksaan Leopord III janin belum masuk PAP. selama observasi 10 jam tidak ada kemajuan persalinan, ketuban terus merembes keluar dengan pembukaan serviks hanya 1 cm, dilakukan kembali pemeriksaan leopord III janin masih belum masuk PAP, His 2x dalam 10 menit lamanya 25 detik, DJJ 140 x/menit, hasil USG menunjukkan Gravid 39 minggu</p>	<p>Pada tanggal 30/05/2023 jam 24.00 WIB pasien datang ke IGD dengan keluhan keluar cairan ketuban dari jalan lahir sejak pukul 12:00, cairan ketuban agak keruh, tidak ada lendir darah, gerakan janin aktif. Usia kehamilan 40mg, kontraksi (-), lendir darah (-), air-air (+), TFU 29cm djj 169x/menit, VT pembukaan 1cm. Dokter menyarankan pasien untuk melakukan pembedahan Sectio Caesarea karenan janin sudah mengalami fetal distress/ gawat janin. Dan direncanakan operasi tgl 31/5/2023 wib pukul 07.00wib Kala I,II,dan III tidak dilakukan</p>	<p>Tanggal 31/5/2023 jam 01.00wib pasien mengatakan keluar air terus menerus, dan nyeri pada daerah perut kemudian pasien datang ke VK. Dengan kondisi compos mentis dan usia kehamilan 41 mg, kontraksi (+), lendir darah(-), air keabu abuan (+), TFU 32cm, djj 144x/menit. Dokter menyarankan pasien untuk melakukan pembedahan Sectio Caesarea dikarenakan letak janin oblig, pasien tidak memungkinkan untuk melahirkan normal dan dokter menyarankan untuk operasi pada tgl 31/05/2023 jam 09.00 wib Kala I,II,dan III tidak dilakukan.</p>

	EFW(<i>Estimation Fetal Wight</i>) \pm 2680 gram, AFI (<i>Amnion Fluid Indeks</i>) \pm 1 cm. sehingga direncanakan untuk dilakukan operasi SC pada tanggal 23/03/2023 pukul 08.00 wib.		
Keluhan Utama	<p>Pada saat pengkajian didapati Keluhan Utama pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas operasi, ada mual sedikit</p> <p>Skala Nyeri 3</p> <p>P: Saat bergerak</p> <p>Q: Seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Abdomen</p> <p>S: 3</p> <p>T:Hilang timbul</p>	<p>Nyeri pada luka operasi di sekitar perut rasanya seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 2 nyeri dirasakan hilang timbul dan Ny R mengatakan aktivitasnya perlu dibantu oleh suami klien</p> <p>P: Saat bergerak</p> <p>Q: Seperti disayat</p> <p>R: Abdomen</p> <p>S: 2</p> <p>T: Hilang timbul.</p>	<p>Ny S mengatakan hanya dapat berbaring diatas tempat tidur karena takut untuk bergerak dan nyeri bertambah saat bergerak, aktivitasnya dibantu keluarga, Ny S mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di sekitar perut terasa seperti tertusuk tusuk dengan skala nyeri 3, nyeri dirasakan hilang timbul dan Ny S mengatakan ASI nya belum keluar</p> <p>P :Saat bergerak, Q: Seperti tertusuk-tusuk, R :Abdomen, S :3, T : Hilang timbul</p>
Riwayat persalinan sekarang	<p>Pada tgl 23/03/2023 pukul 08.00 WIB telah dilakukan tindakan operasi sectio caesaria dengan metode Eracs kemudian jam 08.20 WIB bayi lahir perempuan dengan BB: 3600 gram, PB: 47 cm, LK: 32 cm, LD: 31 cm, LILA: 11 cm dan dengan Apgar Score 9/10,</p>	<p>Pada tgl 31/5/23 pukul 07.00 wib telah dilakukan tindakan operasi sectio caesaria dengan metode Eracs kemudian jam 07.35 WIB bayi lahir perempuan dengan BB: 3000 gram, PB: 48 cm, LK: 30 cm, LD: 30 cm, LILA: 10 cm dan dengan Apgar Score</p>	<p>Pada tgl 31/5/23 pukul 09.00 wib telah dilakukan tindakan operasi sectio caesaria dengan Metode Eracs. kemudian jam 09.20 WIB bayi lahir perempuan dengan BB: 3250 gram, PB: 48cm, LK: 30cm, LD: 31 cm, LILA: 11 cm dan dengan Apgar Score</p>

	Anus (+), cacat (-), dilakukan injeksi vitamin K. Kemudian jam 08.25 WIB placenta lahir, Perdarahan : ± 50cc saat persalinan	9/10, Anus (+), cacat (-), dilakukan injeksi vitamin K. Kemudian jam 07.40 WIB placenta lahir Perdarahan : ± 100cc saat persalinan	9/10, Anus (+), cacat (-), dilakukan injeksi vitamin K. Kemudian jam 09.25 WIB placenta lahir, Perdarahan : ± 80cc saat persalinan
Riwayat Obstetri	Anak 1:8thn, laki-laki,SC oleh dokter, BB:2300gr/PB:48cm/ 38-39mnggu, hidup Anak 2:5tahun,laki-laki, SC oleh dokter BB:3500gr/PB:49cm, 38-39mnggu, hidup Anak 3: tgl 23/3/2023 lahir perempuan dengan BB: 3600 gr, PB: 47cm, hidup.	Anak 1 : 9 tahun,perempuan,Bidan. Spontan,Aterm ,Hidup Anak 2 :16 minggu , keguguran / abortus Anak 3 :tgl 31/5/23 lahir perempuan BB:3000gr / PB : 48cm. hidup	Anak 1 : 4thn laki-laki,SC oleh dokter BB:3100gr / PB : 50cm, hidup Anak 2 : tgl 31/5/23 lahir anak laki-laki dengan BB :3250gr / PB : 48cm, hidup.
Riwayat kesehatan keluarga	Ny N mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga	Ny.Y mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga	Ny S mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga
Riwayat KB	Ny.N memakai KB IUD, selama pemakaian IUD tidak ada masalah dan keluhan	Setelah keguguran Ny.Y tidak menggunakan KB	Ny.S setelah 40 hari rencana akan menggunakan KB, Setelah berunding dulu dengan suami
Riwayat Kebiasaan sehari-hari			

1.Nutrisi	Nafsu makan baik, pola makan3x/hari, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan, dan tidak ada masalah khusus	Nafsu makan baik, pola makan3x/hari, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan, dan tidak ada masalah khusus	Nafsu makan baik, pola makan3x/hari, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan, dan tidak ada masalah khusus.
2.Eliminasi BAB BAK	BAK : Frekuensi klien terpasang kateter,warna kuning pekat ,bau khas urine dan tidak ada masalah khususBAB : Frekuensi 1x/hari, Konsistensi keras, warna coklat, bau khas feses, konstipasi, tidak ada masalah khusus	BAK : Frekuensi klien terpasang kateter,warna kuning pekat ,bau khas urine dan tidak ada masalah khususBAB : klien belum ada BAB terakhir kemarin 1x dirumah sebelum masuk RS.	BAK : Frekuensi klien terpasang kateter,warna kuning pekat ,bau khas urine dan tidak ada masalah khususBAB : Frekuensi 1x/hari, Konsistensi keras, warna coklat, bau khas feses, konstipasi, tidak ada masalah khusus
3. Personal Hygiene.	Mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, Cuci rambut Frekwensi 3x/minggu, menggunakan shampoo	Frekwensi mandi 2x /hari, menggunakan sabun, Oral hygiene Frekwensi 2 x /hari,. Cuci rambut Frekwensi 3x/minggu, menggunakan shampoo.	Mandi 2x/hari, menggunakan sabun, Oral hygiene Frekwensi 2 x /hari,. Cuci rambut Frekwensi 3x/minggu, menggunakan shampoo.
4. Pola Aktifitas / istirahat dan tidur	Kegiatan dalam pekerjaan berdiri lama karena karyawan, waktu bekerja pagi hari, Olah raga, Jenisnya jalan santai saat libur bekerja dan senam hamil, Frekwensi seminggu sekali, Kegiatan waktu luang membuat kue, Keluhan dalam beraktifitas tidak ada, Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan tidak ada.	Kegiatan sehari-hari mengurus keluarga , Olah raga, senam hamil, Frekwensi seminggu sekali, Kegiatan waktu luang mendengarkan music Keluhan dalam beraktifitas tidak ada, Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan tidak ada. Jumlah jam tidur 5-7 jam/hari, Gangguan tidur tidak ada	Kegiatan setiap harinya mengurus keluarga Olah raga, Jenisnya jalan santai pada pagi hari Kegiatan waktu luang main game / HP Keluhan dalam beraktifitas tidak ada, Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan tidak ada. Jumlah jam tidur 5-7 jam/hari, Gangguan tidur tidak ada

	Jumlah jam tidur 5-7 jam/hari, Gangguan tidur tidak ada		
5. Pola Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan.	Tidak merokok, minuman keras dan ketergantungan obat.	Tidak merokok, minuman keras dan ketergantungan obat.	Tidak merokok, minuman keras dan ketergantungan obat.
6. Pola Seksualitas.	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah.
7. Riwayat Psikososial	<p>Persepsi pasien terhadap persalinan saat ini : sangat senang karena ini anak yang di ingini.</p> <p>Harapan yang ibu inginkan : Px ingin segera pulang dan berkumpul dengan anak dan keluarganya</p> <p>Ibu tinggal dengan suami dan anak</p> <p>Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : keluarga mengerti kondisi pasien saat ini dan sangat mendukung dalam perawatannya</p> <p>Kesiapan mental untuk menjadi ibu : ya</p>	<p>Persepsi ibu tentang persalinan saat ini: pasien mengatakan cemas dengan persalinan saat ini karena ini merupakan pengalaman operasi pertama yang pernah dialami. Harapan yang ibu inginkan : Px ingin segera pulang dan berkumpul dengan anak dan keluarganya .Ibu tinggal dengan suami Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : keluarga mengerti kondisi pasien saat ini dan sangat mendukung dalam perawatannya</p> <p>Kesiapan mental untuk menjadi ibu : ya,</p>	<p>Persepsi pasien terhadap persalinan saat ini : sangat senang karena ini anak yang di ingini. Harapan yang ibu inginkan : Px ingin segera pulang dan berkumpul dengan anak dan keluarganya Ibu tinggal dengan suami dan anak. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : keluarga mengerti kondisi pasien saat ini dan sangat mendukung dalam perawatannya</p> <p>Kesiapan mental untuk menjadi ibu : ya.</p>

8. Status Ekonomi	Ny.N merupakan karyawan swasta dan mempunyai 2 anak yang sekarang baru lahir dan suaminya bekerja sebagai wiraswasta. Sumber kebutuhan sehari-hari didapat dari hasil kerja suaminya dan juga penghasilannya dengan pendapatan perbulan > Rp.5 jt . Keluarga Ny.N dapat digolongkan dalam kelompok social menengah, Ny.N menggunakan jaminan kesehatan karyawan dari tempat kerjanya selama perawatan di RS.	Klien merupakan seorang ibu rumah tangga satu anak yang sekarang baru lahir dan suaminya bekerja sebagai wiraswasta. Sumber kebutuhan sehari-hari hanya didapat dari hasil kerja suaminya dengan pendapatan perbulan > Rp.3000.000. Keluarga klien dapat digolongkan dalam kelompok social menengah dan menggunakan BPJS selama perawatan di RS	Klien merupakan seorang ibu rumah tangga satu anak yang sekarang baru lahir dan suaminya bekerja sebagai wiraswasta. Sumber kebutuhan sehari-hari hanya didapat dari hasil kerja suaminya dengan pendapatan perbulan > Rp.4.000.000. Keluarga klien dapat digolongkan dalam kelompok social menengah dan menggunakan BPJS selama perawatan di RS.
Pemeriksaan Fisik			
1.Sistem Cardiovaskuler / Sirkulasi	Pemeriksaan TTV : TD : 135/75mmHg/ Suhu :36,1 / HR: 88x/mnt irama teratur dan kuat, pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis dan tidak ada odem, konjungtiva tidak anemis , tidak ada kelainan	Pemeriksaan TTV : TD : 110/80mmHg/ Suhu 36,6 HR: 98x/mnt irama teratur dan kuat, pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis dan tidak ada odem, konjungtiva tidak anemis , tidak ada kelainan	Pemeriksaan TTV : TD : 135/75mmHg/ Suhu 36,3 / HR: 102x/mnt irama teratur dan kuat, pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis dan tidak ada odem, konjungtiva tidak anemis , tidak ada kelainan

2. Sistem Pernafasan / Thorax	Tidak ada keluhan sesak, bentuk dada simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan/massa, frekuensi pernafasan 18x/menit, payudara simetris, puting susu menonjol ada pengeuaran ASI,konsistensi lunak, ada pengeluaran kolustrum, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu.	Tidak ada keluhan sesak, bentuk dada simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan/massa, frekuensi pernafasan 16x/menit, payudara simetris, puting susu menonjol ada pengeuaran ASI,konsistensi lunak, ada pengeluaran kolustrum, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu	Tidak ada keluhan sesak, bentuk dada simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan/massa, frekuensi pernafasan 20x/menit, payudara simetris, puting susu menonjol ada pengeuaran ASI,konsistensi lunak, ada pengeluaran kolustrum, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu.
3.Sistem Muskuleskletal	Pergerakan sendi terbatas. Kekuatan otot 5 55 5.Tidak ada kelainan ekstremitas, Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak ada kelainan pada kulit, tugor kulit baik dan tidak ada luka.Pada pemeriksaan tangan tidak ada odema dan tidak ada varises Pada pemeriksaan kaki tidak ada odema. Human sign hasil pemeriksaan (-), dan tidak ada masalah khusus	Pergerakan sendi terbatas. Kekuatan otot 5 55 5.Tidak ada kelainan ekstremitas, Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak ada kelainan pada kulit, tugor kulit baik dan tidak ada luka.Pada pemeriksaan tangan tidak ada odema dan tidak ada varises Pada pemeriksaan kaki tidak ada odema. Human sign hasil pemeriksaan (-), dan tidak ada masalah khusus	Pergerakan sendi terbatas. Kekuatan otot 5 55 5.Tidak ada kelainan ekstremitas, Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak ada kelainan pada kulit, tugor kulit baik dan tidak ada luka.Pada pemeriksaan tangan tidak ada odema dan tidak ada varises. Pada pemeriksaan kaki tidak ada odema. Human sign hasil pemeriksaan (-), dan tidak ada masalah khusus
Perut dan Abdomen	Abdomen Agak cembung, tampak luka post SC kurang lebih 10 cm, luka jahit horizontal, luka tertutup verban, tidak ada rembesan darah	Abdomen Agak cembung, tampak luka post SC kurang lebih 10 cm, luka jahit horizontal, luka tertutup verban, tidak ada	Abdomen Agak cembung, tampak luka post SC kurang lebih 10 cm, luka jahit horizontal, luka tertutup verban, tidak ada

	pada verban, tampak linea nigra., Bising usus 15 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusar Timpani.	rembesan darah pada verban, tampak linea nigra., Bising usus 15 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusar Timpani.	rembesan darah pada verban, tampak linea nigra., Bising usus 15 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusar Timpani..
Anogenetial	Tampak adanya lochea dan tidak ada luka jahit, tidak ada varises ,perineum bersih. Tanda REEDA baik Lokea : jumlah: 40 CC warna/jenis : merah terang/rubra bau : khas.	Pemeriksaan vulva : Tidak terjadi oedema dan tidak ada varises.Pemeriksaan perineum : perineum utuh tidak dilakukan episiotomy, tidak ada jahitan dan tidak ada tanda-tanda reeda Pemeriksaan lokia: 30cc klien 2x ganti pembalut dalam 1 hari, jenis/warna rubra/merah terang, konsistensi cair, bau khas. Pemeriksaan anus : Tidak ada iritasi dan tidak ada haemoroid.	Perineum klien tampak bersih, utuh, tidak ada robek, tidak ada luka episiotomi dan tidak ada varices.Tampak adanya lochea :35cc. Tanda REEDA baik . warna/jenis : merah terang /rubra bau : khas.

Tabel 4.3 Pemeriksaa Penunjang Diagnostik Pasien

Pemeriksaan	Hasil			Hasil Rujukan
Laboratorium	Ny.N tgl 22/3/2023	Ny.Y tgl 30/5/23	Ny.S tgl 31/5/23	
Hb	12,9gr/dl	12.0gr/dl	11,1gr/dl	(12-16 g/dL)
Leukosit	9.990/mm ³	8700/mm ³	6.700/mm ³	(4.800-10.800/uL)
Trombosit	320.000/mm ³	276.000/mm ³	307.000/mm ³	(150.000-450.000/dL)
Hematokrit	37,6%	36%	34%	(37-54%)
Gula Darah Sewaktu	101mg/dl	77mg/dl	111mg/dl	80-120mg/dl
Masa perdarahan	11,9 detik	12,0 detik	13,0 detik	10,00-15,00 detik
Masa Pembekuan	3,00 detik	2,00 detik	4,00 detik	2,00-5,00 detik
HBsAg	Non Reaktif	Non Reaktif	Non Reaktif	Non Reaktif
Swab Antigen	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif

Tabel 4.4. Penatalaksanaan / Terapi (Obat yang diberikan)

Nama Pasien	Ny.N	Ny.Y	Ny.S
Terapi yang diberikan	RL 500 cc 20 tpm 1. Keterolac 2x30mg iv 2. Omreprozole 1x40mg iv 3. Ceftriaxone 1x2gr drip ns 100cc iv 4. Sagestam 2x1 amp iv 5.Mefenamic Acid 500mg 3x1 tab 6. Moloko 2x1 tab 7. Laktafit 3x1 tab 8.Tramal Supp 2x1hr utk 2 hari 9.Farmadol 3x500mg iv	Infus RL 500cc + syntocinon 20ui per 24jam. 1. Ceftriaxone 2x1gr iv 2.Farmadol 3x500mg iv 3.Ketorolac 3x30mg iv 4.Tramal Supp K/P 5.Laktafit 3x1 tab 6.Zaldiar 3x1 tab 7.Profera 2x1 tab	Infus RL 500cc + syntocinon 20 ui 20 tpm 1.Methilergometrin 3xi tab 2.Moloko 3x1 tab 3.Bactesyn 2x1,5 gr iv 4.Moloko 3x1 tab 5.Emineton 2x1 tab 6.Analsik 3x1 tab 7.Paracetamol 3x1gr iv 8.Ketorolac 3x30mg iv 9.Laktafit 3x1tab.

2. Diagnose keperawatan berdasarkan SDKI

Diagnosis Keperawatan yang ditemukan berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh untuk ketiga pasien adalah Nyeri Akut , Gangguan Mobilisasi Fisik, Resiko Infeksi, dan Defisit Pengetahuan. Adapun diagnosis pada di temukan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.5 Diagnosa keperawatan

No.	Ny.N		Ny.Y		Ny.S	
	Hari/tgl ditemukan	Diagnosa Keperawata	Hari/tgl ditemukan	Diagnosa Keperawata	Hari/tgl ditemukan	Diagnosa Keperawata
1	Hari ke-0 23/3/23	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi SC: terputusnya inkontuinitas jaringan) (D.0077) DS : - Pasien mengatakan nyeri pada luka post OP SC - Pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak - Pasien mengeluh perut terasa kembung. - Pasien sesekali memegangi luka post Op SC dengan tanganya DO : - Pasien sesekali tampak meringis - Skala nyeri 3 (1-10) P: Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk	Hari ke-0 31/5/23	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi SC: terputusnya inkontuinitas jaringan) (D.0077) Ds : - Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi sectio caesarea - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan Do : - Pasien terlihat meringis menahan nyeri P: Saat bergerak Q: Seperti disayat R: Abdomen S: 2 T: Hilang timbul. - Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen	Hari ke-0 31/5/23	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi SC: terputusnya inkontuinitas jaringan) (D.0077) Ds : -Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi section caesarea - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan Do: - Pasien terlihat meringis menahan nyeri P :Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk R :Abdomen S :3 T : Hilang timbul -Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan

		<p>R: Abdomen S: 3 T:Hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan opsite - TTV: TD :135/75mmHg/ Suhu :36,1 / HR: 88x/mnt RR:18x/mnt Spo2 : 98% 		<p>kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan opsite</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV <p>TD : 110/80mmHg/ Suhu 36,6 HR: 98x/mnt / RR : 16x/mnt Spo2 : 100%</p>		<p>opsite</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV <p>TD : 135/75mmHg/ Suhu 36,3 / HR: 102x/mnt / RR:20x/mnt SatO2 : 99%</p>
2		<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054) Ds : -Pasien mengatakan kedua kakinya sulit digerakkan atau miring kanan/miring kiri karena takut luka bekas operasi SC nyeri kembali Do: - Keadaan umum pasien lemah - Pasien tampak kesulitan untuk mika/miki - Segala kebutuhan aktivitas pasien dibantu keluarga / perawat</p>		<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054) Ds: -Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu Do : -ADL di bantu - Gerakan terbatas - Pasien sudah dapat miring kanan dan kiri</p>		<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054) Ds : - Pasien mengatkan takut untuk Bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu keluarga - Pasien mengatakannyeri bertambah saat bergerak - Pasien mengatakan belum berani miringkanan dan kiri Do : -ADL dibantu - Gerakan terbatas - Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur</p>

3.		<p>Resiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit ditandai dengan terdapat luka post SC (SDKI: 0142)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pada luka opsite ada rembesan sedikit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post op di bagian awah abdomen yang tertutup dengan opsite 		<p>Resiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit ditandai dengan terdapat luka post SC (SDKI: 0142)</p> <p>Ds :-</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat luka post operasi sectio caesarea - Balutan luka kering dan bersih - Pasien mendapatkan obat antibiotik 	<p>Resiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit ditandai dengan terdapat luka post SC (SDKI: 0142)</p> <p>Ds :-</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat luka post operasi SC - Pasien mendapatkan obat antibiotic - Balutan luka bersih dan kering
4.				<p>Defisit pengetahuan tentang cara perawatan post op SC b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak tahu cara perawatan SC di rumah karena merupakan riwayat persalinan SC pertama - Pasien mengatakan tidak tahu alat kontrasepsi yang dipakai setelah kehamilan sekarang <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kebingungan - Suami pasien bertanya tentang perawatan SC dirumah nanti - Pasien bertanya kira-kira alat kontrasepsi apa yang bagus untuk nya. 	<p>Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kurang paham cara teknik menyusui yang benar - Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang benar <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien terlihat bingung saat ditanya - Pasien menyusui bayinya dengan putting ibu tidak menempel secara benar

3. Rencana asuhan keperawaan

Rencana Keperawatan yang akan dilakukan kepada ketiga pasien berfokus kepada diagnosis yang ditemukan, kemudian melakukan implemenatasi sesuai yang sudah direncanakan.

Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan

No	Nama Pasien	Diagnosa Kwperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan / Perencanaan (SIKI)
1	Ny.N	<p>1) Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi SC: terputusnya inkontuinitas jaringan) (D.0077)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka post OP SC - Pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak - Pasien mengeluh perut terasa kembung. - Pasien sesekali memegang luka post Op SC dengan tanganya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sesekali tampak 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat nyeri menurun (5) - Kontrol nyeri meningkat (5) - Penyembuhan luka membaik (5) 	<p>Management Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam, kompre hangatatau dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu,pencahayaan, kebisingan) - Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Anjurkan menggunakan analgetik secara cepat <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik <p>Pemberian Analgesik</p> <p>Observasi :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> meringis - Skala nyeri 3 (1-10) P: Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Abdomen S: 3 T: Hilang timbul - Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan opsite - TTV TD : 135/75mmHg/ Suhu :36,1 / HR: 88x/mnt RR:18x/mnt Spo2 : 98%. 		<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi riwayat alergi obat - Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgetik Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> - Tetapkan target efektifitas analgetik untuk mengoptimalkan respons klien Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik sesuai indikasi Pemantauan Nyeri Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor pencetus dan nyeri - Monitor lokasi dan penyebaran nyeri Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantauan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
	<p>2) Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan kedua kakinya sulit digerakkan atau miring kanan/miring kiri karena takut luka bekas operasi SC nyeri kembali <p>Do:</p>	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan gangguan mobilitas menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri menurun (1) - Gerakan terbatas menurun (1) - Kelemahan fisik menurun (1) 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi - Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan mobilisasi 2 jam post op tahap 1 duduk

		<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien lemah - Pasien tampak kesulitan untuk mika/miki - Segala kebutuhan aktivitas pasien dibantu keluarga / perawat . 		<p>bersandar di tempat tidur,15-30menit, tahap 2 duduk disisi tempat tidur dan kaki menjuntai ke bawah15-30menit, tahap 3 berdiri di sisi tempat tidur dan tahap 4 10 jam setelah operasi jalan ke kamar mandi</p>
		<p>3) Resiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit ditandai dengan terdapat luka post SC (SDKI: 0142)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pada luka opsite ada rembesan sedikit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post op di bagian bawah abdomen yang tertutup dengan opsite 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kemerahan dan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat infeksi menurun - Integritas kulit dan jaringan membaik - Kontrol resiko meningkat. 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan klien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko infeksi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka oprasi - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi <p>Managemmen Nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi statsu nutrisi - Monitor asupan makanan <p>Terapeutik :</p> <p>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan diet yang diprogramkan. <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan jika perlu.

				<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik - Pertahankan tekni steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotic.
2.	Ny.Y	<p>1) Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi SC: terputusnya inkontuinitas jaringan) (D.0077)</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi sectio caesarea - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat nyeri menurun (5) - Kontrol nyeri meningkat (5) - Penyembuhan luka membaik (5) 	<p>Management Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam, kompre hangat atau dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p>

		<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat sedikit meringis menahan nyeri <p>P: Saat bergerak</p> <p>Q: Seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Abdomen</p> <p>S: 2</p> <p>T: Hilang timbul.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan opsite - TTV <p>TD : 110/80mmHg/ Suhu 36,6</p> <p>HR: 98x/mnt / RR : 16x/mnt</p> <p>Spo2 : 100%</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Anjurkan menggunakan analgetik secara cepat <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik <p>Pemberian Analgesik</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi riwayat alergi obat - Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgetik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tetapkan target efektifitas analgetik untuk mengoptimalkan respons klien <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik sesuai indikasi <p>Pemantauan Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor pencetus dan nyeri - Monitor lokasi dan penyebaran nyeri <p>Terapeutik :</p>
--	--	---	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantauan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
		2) Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054) Ds: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu Do : <ul style="list-style-type: none"> - ADL di bantu - Gerakan terbatas - Pasien sudah dapat miring kanan dan kiri 	Setelah melakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan gangguan mobilitas menurun. Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri menurun (1) - Gerakan terbatas menurun (1) - Kelemahan fisik menurun (1) 	Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi - Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan mobilisasi 2 jam post op tahap 1 duduk bersandar di tempat tidur, 15-30menit, tahap 2 duduk disisi tempat tidur dan kaki menjuntai ke bawah 15-30menit, tahap 3 berdiri di sisi tempat tidur dan tahap 4 10 jam setelah operasi jalan ke kamar mandi.
		3) Resiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit ditandai dengan terdapat luka post SC (SDKI: 0142) Ds :-	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kemerahan dan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : (L.14137)	Pencegahan infeksi Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

		<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi sectio caesarea - Balutan luka kering dan bersih - Pasien mendapatkan obat antibiotik 	<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat infeksi menurun - Integritas kulit dan jaringan membaik - Kontrol resiko meningkat. 	<p>dan lingkungan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko infeksi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi <p>Managemmen Nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor asupan makanan <p>Terapeutik :</p> <p>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan diet yang diprogramkan. <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan jika perlu. <p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi
--	--	---	---	--

				<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik - Pertahankan tekni steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotic.
		<p>4) Defisit pengetahuan tentang cara perawatan post op SC b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak tahu cara perawatan SC di rumah karena merupakan riwayat persalinan SC pertama - Pasien mengatakan tidak tahu alat kontrasepsi yang dipakai setelah kehamilan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik/meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil : (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran - Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat - Perilaku meningkat. 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan motivasiperilaku hidup bersih dan sehat <p>Teurapetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk

		<p>sekarang</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kebingungan - Suami pasien bertanya tentang perawatan SC dirumah nanti - Pasien bertanya kira-kira alat kontrasepsi apa yang bagus untuk nya. 		meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
3.	Ny.S	<p>1) Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi SC: terputusnya inkontuinitas jaringan) (D.0077)</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi section caesarea - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat nyeri menurun (5) - Kontrol nyeri meningkat (5) - Penyembuhan luka membaik (5) 	<p>Management Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam, kompre hangatatau dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu,pencahayaana, kebisingan) - Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p>

	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis menahan nyeri <p>P :Saat bergerak Q: Seperti tertusuktusuk R :Abdomen S : 3</p> <p>T : Hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan opsite - TTV <p>TD : 135/75mmHg/ Suhu 36,3 / HR: 102x/mnt / RR:20x/mnt SatO2 : 99%.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Anjurkan menggunakan analgetik secara cepat <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik <p>Pemberian Analgesik</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi riwayat alergi obat - Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgetik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tetapkan target efektifitas analgetik untuk mengoptimalkan respons klien <p>Edukasi : - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik sesuai indikasi</p> <p>Pemantauan Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor pencetus dan nyeri - Monitor lokasi dan penyebaran nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi : - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.</p>
--	--	--	---

	<p>2) Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatkan takut untuk bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu keluarga - Pasien mengatakannyeri bertambah saat bergerak - Pasien mengatakan belum berani miringkanan dan kiri <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL dibantu - Gerakan terbatas - Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur. 	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 1x8jam diharapkan gangguan mobilitas menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri menurun (1) - Gerakan terbatas menurun (1) - Kelemahan fisik menurun (1) 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi - Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan mobilisasi 2 jam post op tahap 1 duduk bersandar di tempat tidur,15-30menit, tahap 2 duduk disisi tempat tidur dan kaki menjuntai ke bawah15-30menit, tahap 3 berdiri di sisi tempat tidur dan tahap 4 10 jam setelah operasi jalan ke kamar mandi.
	<p>3) Resiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit ditandai dengan terdapat luka post SC (SDKI: 0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kemerahan dan</p>	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik :</p>

		<p>Ds :-</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi SC - Pasien mendapatkan obat antibiotic - Balutan luka bersih dan kering 	<p>tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat infeksi menurun - Integritas kulit dan jaringan membaik - Kontrol resiko meningkat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan klien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko infeksi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi <p>Managemmen Nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor asupan makanan <p>Terapeutik :</p> <p>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi : - Ajarkan diet yang diprogramkan.</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu. <p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi
--	--	---	--	---

				<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik - Pertahankan tekni steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian antibiotic.</p>
		<p>4) Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kurang paham cara teknik menyusui yang benar - Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang benar <p>Do :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik/meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil : (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran - Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat - Perilaku meningkat. 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan motivasiperilaku hidup bersih dan sehat <p>Teurapetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi keshehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

		<ul style="list-style-type: none">-Pasien terlihat bingung saat ditanya- Pasien menyusui bayinya dengan putting ibu tidak menempel secara benar.		
--	--	---	--	--

4. Implementasi / Tindakan Keperawatan

Implementasi Keperawatan yang diberikan kepada ketiga pasien yaitu sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Berikut implementasi yang dilakukan terhadap ketiga pasien post SC dengan Metode ERACS untuk mengobservasi tingkat nyeri dan kemampuan dalam melakukan mobilisasi setelah post op SC 2 jam di ruang rawat.

Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan

1. Implementasi rencana tindakan keperawatan Ny.N Dengan Sectio Caesarea Metode Eracs.				
Diagnosa keperawatan	Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Dx.1 Nyeri Akut	Hari ke-0 23/3/23		JAM 20.00 WIB	yenny
	15.00	1.1- Mengobservasi tanda-tanda vital	S: Px mengatakan nyeri pada luka post SC sudah berkurang	
	15.05	1.2- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (berhati-hati dalam bergerak dan memegang daerah sekitar perut)	O: - Keadaan umum pasien sakit sedang - Skala nyeri 1-2 - Pasien tampak berhati-hati bila bergerak dan hanya sesekali memegang yang bagian sakit / perut	
	15.10	1.3- Mengkaji tingkat nyeri, skala nyeri 3		
	16.00	1.4- Memberikan injeksi Pracetamol 1 gr iv dan Tramal 1 supp (tidak ada reaksi	- Tampak luka post-op di bagian perut bagian bawah tertutup opsite / verban	

		alergi setelah pemberian terapi)		
16.10		1.5-Menganti infus pasien dengan cairan infus RL 500 cc 20 tpm + ketorolac		- TD : 110/60 mmHg, S : 36,3°C, Nadi: 66 x/menit, RR : 18 x/menit, SPO2 : 99%
17.00		1 ampul iv drip.		A: Masalah nyeri akut teratasi
		1.6-Mengajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam saat nyeri dirasakan (pasien mengerti)		P:- Pertahankan intervensi.
18.00		1.7-Membantu pasien berganti pakaian		
18.15		1.8-Mendekatkan barang-barang yang dibutuhkan pasien		
		1.9-Memberikan posisi nyaman (posisi semifowler).		

Dx.2 Gangguan Mobilisasi	Hari ke-0 23/3/23 14.00	2.1- Melakukan pemantaun kala 4 pasca anestesi 4 jam post SC di ruang perawatan 2.2-Mobilisasi Dini (bergerak lebih awal) di lakukan setelah kembalinya fungsi motoric dengan baik 2.3-Mengobservasi tanda-tanda vital	Jam 19.30 wib S: Ny.N mengatakan sudah bisa mobilisasi ke kamar mandi secara mandiri dengan pelan-pelan O:
	15.00	- Menjelaskan mobilisasi 2 jam post op tahap 1 duduk bersandar di tempat tidur,tahap 2 duduk disisi tempat tidur dan kaki menjuntai ke bawah, tahap 3 berdiri di sisi tempat tidur dan tahap 4 jalan ke kamar mandi setelah aff DC	- Pasien tampak mulai melakukan mobilisasi secara mandiri untuk mobilisasi berjalan ke kamar mandi - Segala kebutuhan aktivitas pasien dilakukan secara mandiri . -Skala nyeri 1-2 -TD : 124/73 mmHg, S : 36,2°C, Nadi:78 x/menit, RR : 18 x/menit, SPO2 : 99 % -Folley Catheter / DC sudah di aff
	15.05	2.4-Memonitor kondisi umum pasien saat melakukan mobilisasi (pasien masih tampak meringis menahan sakit saat dianjurkan untuk bergerak)	A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P: Hentikan Intervensi.
	15.10	Mobilisasi 0-8 jam post op	
	16.00	2.5-Membantu pasien untuk duduk di tepi tempat tidur (pasien tampak sedikit meringis dan mampu melakukan nya selama 15-40 menit) 2.6- kemudian membantu pasien berpindah di tepi tempat tidur (pasein tampak nyaman, skala nyeri 2) -Melakukan ambulasi	
17.10	Mobilisasi 8-24jam - melakukan ambulasi jalan 1-2 x atau lebih		

	17.30	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi Tramal sup 1 supp melalui anus (tidak ada respon / reaksi alergi obat) - Melepas DC/ selang kencing (pasein tampak nyeri skala nyeri 2) 	
	18.05	<p>2.8-Membantu pasien untuk mobilisasi jalan ke kamar mandi secara bertahap dengan hati-hati dan ditemani oleh keluarga (pasien tampak nyaman)</p> <p>2.9- Mengobservasi pasien mobilisasi sendiri ke kamar mandi dan tingkat nyeri (pasein sudah bisa sendiri ke kamar mandi tanpa di temani oleh keluarga dan skala nyeri 1-2)</p>	

Dx.3 Resiko Infeksi	Hari ke-0	3.1- Mengidentifikasi kondisi umum pasien	Jam 19.30 wib
	23/3/23	3.2-Memonitor tanda-tanda vital	S: -
	15.00	3.3-Memonitor tanda-tanda infeksi (tidak ada	O:
	15.05	peningkatan suhu tubuh keadaan luka yang masih	- Terdapat luka jahitan post SC di bagian bawah
		tertutup verban bersih, tidak ada rembesan darah)	abdomen kurang lebih 10 cm yang masih ditutup
	15.10	3.4-Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan	opsite
		mobilisasi (pasien belum berani untuk banyak	-Tidak ada tanda-tanda infeksi
		bergerak)	- Pasien mampu melakukan kembali cuci tangan
	16.00	3.5-Menganti pempes dan memonitor keadaan lokea	dengan benar yang telah diajarkan oleh perawat
	(warna merah kehitaman)	- Terpasang folly cateter	
16.10	3.6-Memastikan urine bag tergantung tidak	- Terpasang infus ditangan pasien	
	menyentuh lantai.	- TD : 124/73 mmHg, S : 36,2°C, Nadi:78 x/menit,	
17.00	3.7-Mengajarkan cuci tangan yang benar sebelum	RR : 18 x/menit, SatO2 : 99 %	
	memerah asi atau sesudahnya atau setelah maupun	A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian	
	sebelum melakukan kegiatan yang lainnya.	P:	
18.00	3.8-Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan	- Pertahankan intervensi	
	tinggi kalori dan protein serta cukup minum air putih.	- Merencana untuk mengganti verban..	
18.20.	3.9-Memberikan injeksi Ceftriaxone 1x2gr iv.		

2. Implementasi rencana tindakan keperawatan Ny.Y dengan Sectio Caesarea Metode Eracs.

Diagnosa keperawatan	Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Dx.1 Nyeri Akut	Hari ke-0 31/5/23		JAM 20.00 WIB S: Pasien mengatakan nyeri pada luka post op SC sudah berkurang O: - Keadaan umum pasien sakit sedang - Skala nyeri 1 - Pasien tampak tenang dan berhati-hati bila bergerak dan hanya sesekali memegang yang bagian sakit / perut. - Tampak luka post-op di bagian perut bagian bawah tertutup opsite. - TD : 119/64mmHg, S : 36,4°C, Nadi:68 x/menit, RR : 16x/menit, SatO2 : 100 % A: Masalah nyeri akut teratasi P: - Pertahankan intervensi.	yenny
	14.00	1.1-Mengobservasi tanda-tanda vital (TD:110/80mmHg/Suhu:36,6/HR:98x/m/ SatO2:100%)		
	14.05	1.2- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (berhati-hati dalam bergerak dan memegang daerah sekitar perut)		
	14.10	1.3-Mengkaji tingkat nyeri, skala nyeri 2		
	15.00	1.4-Memberikan injeksi Farmadol 500 mg iv dan Tramal 1 supp (tidak ada reaksi alergi setelah pemberian terapi)		
	15.10	1.5-Menganti infus pasien dengan cairan Infus RL 500cc + syntocinon 20ui per 24jam.		
	17.00	1.6-Mengajarkan pasien untuk melakukan		

		teknik relaksasi tarik nafas dalam saat nyeri dirasakan (pasien mengerti)		
	18.00	1.7-Membantu pasien berganti pakaian		
	18.05	1.8-Mendekatkan barang-barang yang dibutuhkan pasien		
	18.20	1.9-Memberikan posisi nyaman (posisi semifowler).		

<p>Dx.2 Gangguan Mobilisasi</p>	<p>Hari ke-0 31/5/23 14.00 14.05 14.10 14.30 15.10 16.30 17.15</p>	<p>2.1- Melakukan pemantaun kala 4 pasca anastesi 5 jam post SC di ruang Rawat</p> <p>2.2-Mobilisasi Dini (bergerak lebih awal) di lakukan setelah kembalinya fungsi motoric dengan baik</p> <p>2.3-Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>-Menjelaskan mobilisasi 2 jam post op tahap1 duduk bersandar di tempat tidur,tahap 2 duduk disisi tempat tidur dan kaki menjuntai ke bawah, tahap 3 berdiri di sisi tempat tidur dan tahap 4 jalan ke kamar mandi setelah aff DC</p> <p>2.4-Memonitor kondisi umum pasien saat melakukan mobilisasi (pasien masih tampak meringis menahan sakit saat dianjurkan untuk bergerak)</p> <p>Mobilisasi 0-8 jam post op</p> <p>2.5-Membantu pasien untuk duduk di tepi tempat tidur (pasien tampak sedikit meringis dan mampu melakukan nya selama 15-40 menit)</p> <p>2.6- kemudian membantu pasien berpindah di tepi tempat tidur (pasein tampak nyaman, skala nyeri 2)</p> <p>-Melakukan ambulasi</p> <p>Mobilisasi 8-24jam</p> <p>- melakukan ambulasi jalan 1-2 x atau lebih</p>	<p>Jam 20.00 wib</p> <p>S: Ny.Y mengatakan sudah bisa mobilisasi ke kamar mandi secara mandiri dengan pelan-pelan tanpa bantuan keluarga</p> <p>O:</p> <p>- Pasien tampak mulai melakukan mobilisasi secara mandiri untuk mobilisasi berjalan ke kamar mandi</p> <p>- Segala kebutuhan aktivitas pasien dilakukan secara mandiri .</p> <p>-- TD : 119/64mmHg, S : 36,4°C, Nadi:68 x/menit, RR : 16x/menit, SatO2 : 100 %</p> <p>-Folley Catheter / DC sudah di aff</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi.</p>
---	--	---	---

	18.20.	<p>2.7-Melepas selang kencing / DC</p> <p>2.8-Menganjurkan pasien untuk mobilisasi berjalan ke kamar mandi untuk BAK dan ganti pembalut secara bertahap dengan hati-hati dan perlahan-lahan di bantu oleh keluarga.(pasien tampak nyaman, skala nyeri 1)</p> <p>2.9- Mengobservasi pasien mobilisasi sendiri ke kamar mandi dan tingkat nyeri (pasien sudah bisa sendiri ke kamar mandi tanpa di temani oleh keluarga dan skala nyeri 1)</p>	
--	--------	--	--

Dx.3 Resiko Infeksi	Hari ke-0	3.1- Mengidentifikasi kondisi umum pasien	Jam 19.30 wib
	31/5/23	3.2-Memonitor tanda-tanda vital	S: -
	14.10	3.3-Memonitor tanda-tanda infeksi (tidak ada peningkatan suhu tubuh keadaan luka yang masih tertutup verban bersih, tidak ada rembesan darah)	O: - Terdapat luka jahitan post SC di bagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih ditutup opsite
	15.05	3.4-Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi (pasien belum berani untuk banyak bergerak)	-Tidak ada tanda-tanda infeksi
	15.10	3.5-Menganti pempes dan memonitor keadaan lokea (warna merah kehitaman)	- Pasien mampu melakukan kembali cuci tangan dengan benar yang telah diajarkan oleh perawat
	16.00	3.6-Memastikan urine bag tergantung tidak menyentuh lantai.	- folly cateter sudah di aff
	16.10	3.7-Mengajarkan cuci tangan yang benar sebelum memerah asi atau sesudahnya atau setelah maupun sebelum melakukan kegiatan yang lainnya.	- Terpasang infus ditangan pasien
	17.00	3.8-Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein serta cukup minum air putih.	- TD : 119/64mmHg, S : 36,4°C, Nadi:68 x/menit, RR : 16x/menit, SatO2 : 100 %
	18.15	3.9-Memberikan injeksi Ceftriaxone 2x1gr iv.	A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P: - Pertahankan intervensi - Merencana untuk mengganti verban..

3. Implementasi rencana tindakan keperawatan Ny.S dengan Sectio Caesarea Metode Eracs.

Diagnosa keperawatan	Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Dx.1 Nyeri Akut	Hari ke-0 31/5/23 14.00 14.05 15.10 16.00	1.1- Mengobservasi tanda-tanda vital 1.2- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidak nyamanan (berhati-hati dalam bergerak dan memegang daerah sekitar perut) 1.3-Mengkaji skala nyeri (skala 2) P: nyeri dirasakan ketika bergerak, Q: nyeri seperti tersayat pisau, R: nyeri terasa di bawah abdomen, S: skala nyeri 3 T: nyeri berlangsung 10 menit, lalu muncul kembali saat digerakan dan disentuh. 1.4-Memberikan injeksi Ketorolac 1amp iv dan Analsik500mg tab (tidak ada reaksi	JAM 20.00 WIB S: Pasien mengatakan nyeri pada luka post op SC sudah berkurang O: - Keadaan umum pasien sakit sedang - Skala nyeri 2 - Pasien tampak berhati-hati bila bergerak dan hanya sesekali memegang yang bagian sakit / perut - Tampak luka post-op di bagian perut bagian bawah tertutup opsite. - TD : 135/75mmHg, S : 36,3°C, Nadi: 66 x/menit, RR : 18 x/menit, SPO2 : 99% A: Masalah nyeri akut teratasi P: - Pertahankan intervensi.	yenny

		alergi setelah pemberian terapi)		
	16.10	1.5-Menganti infus pasien dengan cairan infus RL 500 cc 20 tpm .		
	17.00	1.6-Mengajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam saat nyeri dirasakan (pasien mengerti)		
	17.30	1.7-Membantu pasien berganti pembalut dan memasang korset.		
	18.00	1.8-Mendekatkan barang-barang yang dibutuhkan pasien 1.9-Memberikan posisi nyaman (posisi semifowler).		

Dx.2 Gangguan Mobilisasi	Hari ke-0 31/5/23 14.20 14.35 14.40 14.45 15.40 16.50 18.15 18.40	<p>2.1- Melakukan pemantaun kala 4 pasca anestesi 4 jam post SC di ruang rawat inap</p> <p>2.2-Mobilisasi Dini (bergerak lebih awal) di lakukan setelah kembalinya fungsi motoric dengan baik</p> <p>2.3-Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>- Menjelaskan mobilisasi 2 jam post op tahap 1 duduk bersandar di tempat tidur,tahap 2 duduk disisi tempat tidur dan kaki menjuntai ke bawah, tahap 3 berdiri di sisi tempat tidur dan tahap 4 jalan ke kamar mandi setelah aff DC</p> <p>2.4-Memonitor kondisi umum pasien saat melakukan mobilisasi (pasien masih tampak meringis menahan sakit saat dianjurkan untuk bergerak)</p> <p>Mobilisasi 0-8 jam post op</p> <p>2.5-Membantu pasien untuk duduk bersandar dan duduk di tepi tempat tidu (pasien tampak sedikit meringis dan mampu melakukan nya selama 15-40 menit)</p> <p>2.6- kemudian membantu pasien berpindah di tepi tempat tidur (pasein tampak nyaman, skala nyeri 2)</p> <p>-Melakukan ambulasi</p> <p>Mobilisasi 8-24jam</p> <p>- melakukan ambulasi jalan 1-2 x atau lebih</p>	<p>Jam 20.00 wib</p> <p>S: Ny.N mengatakan sudah bisa mobilisasi ke kamar mandi secara mandiri dengan pelan-pelan.</p> <p>O:</p> <p>- Pasien tampak mulai melakukan mobilisasi secara mandiri untuk mobilisasi berjalan ke kamar mandi ditemani oleh suami</p> <p>- Segala kebutuhan aktivitas pasien dilakukan secara mandiri .</p> <p>-Skala Nyeri 2</p> <p>-TD : TD : 135/75mmHg, S : 36,3°C, Nadi: 66 x/menit, RR : 18 x/menit, SPO2 : 99%</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi.</p>
--------------------------------	--	---	---

		2.7 -Melepas DC / Folley Catheter 2.8-Menganjurkan pasien untuk mobilisasi jalan ke kamar madi secara bertahap dengan hati-hati sesuai dengan kemampuan.	
--	--	---	--

Dx.3 Resiko Infeksi	Hari ke-0	3.1- Mengidentifikasi kondisi umum pasien	Jam 19.30 wib
	31/5/23	3.2-Memonitor tanda-tanda vital	S: -
	14.10	3.3-Memonitor tanda-tanda infeksi (tidak ada peningkatan suhu tubuh keadaan luka yang masih tertutup verban bersih, tidak ada rembesan darah)	O: - Terdapat luka jahitan post SC di bagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih ditutup opsite
	15.05	3.4-Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi (pasien belum berani untuk banyak bergerak)	-Tidak ada tanda-tanda infeksi
	15.10	3.5-Menganti pempes dan memonitor keadaan lokea (warna merah kehitaman)	- Pasien mampu melakukan kembali cuci tangan dengan benar yang telah diajarkan oleh perawat
	16.00	3.6-Memastikan urine bag tergantung tidak menyentuh lantai.	- Terpasang folly cateter
	16.10	3.7-Mengajarkan cuci tangan yang benar sebelum memerah ASI atau sesudahnya atau setelah maupun sebelum melakukan kegiatan yang lainnya.	- Terpasang infus ditangan pasien
	17.00	3.8-Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein serta cukup minum air putih.	- TD : TD : 135/75mmHg, S : 36,3°C, Nadi: 66 x/menit, RR : 18 x/menit, SPO2 : 99%
	18.00	3.9-Memberikan injeksi Bactesyn 2x1,5gr iv	A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P: - Pertahankan intervensi - Merencanakan untuk mengganti balutan.

C. Hasil Penerapan Tindakan Sesuai Inovasi

1. Analisis karakteristik pasien

NO	Variabel	Ny.N	Ny.Y	Ny.S
1	Usia	40 tahun	37 tahun	38 tahun
2	Jenis Kelamin	perempuan	perempuan	perempuan

a. Usia

Hasil pengkajian dapat diketahui bahwa ketiga pasien berada di usia di atas 35 tahun. Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi seseorang bereaksi terhadap nyeri (Mubarak et al., 2016). Orang dewasa akan mengalami perubahan neurofisiologis dan mungkin mengalami penurunan persepsi sensorik stimulus serta peningkatan ambang nyeri (Yeni, 2018). Kesehatan wanita mencapai puncaknya pada usia 20-35 tahun. Dari segi biologis, usia ini merupakan waktu yang tepat untuk hamil karena tingkat kesuburannya sangat tinggi dan sel telur yang dihasilkan sangat melimpah. Risiko melahirkan bayi cacat lebih kecil karena kualitas telur yang dihasilkan pada usia ini umumnya masih sangat baik. Oleh karena itu, baik persalinan ERACS maupun non-ERACS dalam penelitian ini sebagian besar berada pada rentang usia 20-35 tahun. Dan usia diatas 35 tahun merupakan kelompok usia yang memiliki pengetahuan cukup untuk mengambil keputusan menyetujui metode persalinan ERACS. Hal ini sejalan dengan penelitian Intan et al,22 dimana dikatakan, usia 25-30 tahun kelompok umur yang cukup untuk mengambil suatu keputusan. .

b. Jenis kelamin

Dalam penelitian ini pasien nya adalah perempuan. Perempuan lebih mampu menahan rasa nyeri dari pada laki-laki karena perempuan mengalami melahirkan. Hal ini sejalan dengan penelitian Kishan et al,2021 yang menyebutkan wanita memiliki lebih banyak mengalami nyeri kronik dari pada laki-laki.

Kesehatan wanita mencapai puncaknya pada usia 20-35 tahun. Dari segi biologis, usia ini merupakan waktu yang tepat untuk hamil karena tingkat

kesuburannya sangat tinggi dan sel telur yang dihasilkan sangat melimpah. Risiko melahirkan bayi cacat lebih kecil karena kualitas telur yang dihasilkan pada usia ini umumnya masih sangat baik. Oleh karena itu, baik persalinan ERACS maupun non-ERACS dalam penelitian ini sebagian besar berada pada rentang usia 20-35 tahun. Banyak hal yang menjadi penyebab atau indikasi seorang ibu melakukan operasi caesar, baik ERACS maupun non-ERACS. Dari penelitian yang dilakukan di RS DKT Gubeng Pojok Surabaya tahun 2016 menunjukkan bahwa jumlah ibu bersalin *sectio caesarea* pada kelompok umur 20-35 tahun paling banyak mengalami *sectio caesarea* dengan indikasi bekas *sectio caesarea*, ketuban pecah dini dan kelainan posisi. Hal ini juga terkait dengan jumlah responden berdasarkan paritas. Pada penelitian ini, sebagian besar responden adalah multipara sebanyak 51 orang, mereka memilih *sectio sesarea* terbanyak dengan indikasi *sectio sesarea* sebelumnya.

Persalinan dengan seksio sesarea dapat memungkinkan terjadinya komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam atau persalinan normal. Komplikasi yang dapat timbul pada ibu pasca SC antara lain nyeri pada daerah insisi, potensi trombosis, potensi penurunan kemampuan fungsional, penurunan elastisitas otot dasar perut dan panggul, perdarahan, cedera kandung kemih, infeksi, serta pembengkakan pada bagian bawah ekstremitas, dan gangguan laktasi. Penelitian lain yang memperkuat hasil penelitian diatas adalah penelitian Pan (2020) penilaian nyeri setelah operasi lebih rendah di grup ERACS dari pada di grup kontrol saat istirahat dan bergerak. Pada kelompok ERACS timbulnya mual secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan dengan kelompok kontrol.

2. Analisis masalah keperawatan

Hasil analisa data pada pasien post SC, penegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 indikator penegakkan diagnosa keperawatan terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko terdapat kriteria mayor dan minor dalam menegakkan diagnosa. Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria

minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis.

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan peneliti dapat menegakkan diagnose keperawatan pada post operasi SC menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.D yaitu nyeri akut *D.0077*, resiko infeksi *D.0142*, gangguan mobilitas fisik *D.00054*, dan defisit pengetahuan *D.00111* . Hal ini sejalan dengan hasil pengkajian yang menunjukkan bahwa Ibu N, Ibu Y dan Ibu S mengatakan nyeri pada luka post op di daerah perut. Timbulnya nyeri pada pasien post Sc disebabkan karena adanya sayatan yang dilakukan sehingga terjadi terputusnya jaringan yang menimbulkan nyeri (marwati,2018). Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk menurunkan skala nyeri pada pasien post SC adalah tindak kolaborasi dengan pemberian analgesic intravena dan latihan distraksi serta relaksasi, serta memberikan posisi yang nyaman. Pemantauan skala nyeri tiap 2 jam, ini dilakukan pada ke-3 pasien tetapi tidak bisa kita lakukan tiap 2 jam karena pasien masih ada pengaruh obat bius dan pasien mengatakan nyeri berkurang saat tidur. Evaluasi hari ke 1 skala nyeri awalnya 3 setelah perawatan hari ke 1 pasien mengatakan nyeri pada luka post op SC berkurang menjadi 1-2, Keadaan umum pasien kesadaran compos mentis, Pasien sesekali memengangi luka post op SC menggunakan tangannya, Skala nyeri 1-10 (skala 2-3), Pasien tampak berhati-hati bila bergerak sesekali pasien tampak meringis, tampak luka post-op di bagian perut bagian bawah tertutup verban, hasil observasi tanda-tanda dalam batas normal. Menurut Mubarak dkk (2015), pengalaman nyeri seseorang berbeda-beda dipengaruhi oleh beberapa hal.

3. Analisis tindakan Metode ERACS terhadap toleransi nyeri dan aktivitas.

ERACS adalah program pemulihan bedah caesar yang telah dievaluasi manfaatnya seperti meminimalkan komplikasi serta menghasilkan pemulihan fungsional yang lebih cepat. Pelaksanaan program ERACS juga telah dievaluasi memberikan manfaat lain, seperti peningkatan kualitas perawatan dan bertujuan untuk memberikan kenyamanan pasien dengan pengalaman layanan yang unggul dan mempercepat proses perawatan dan pemulihan pasien dengan mengutamakan keselamatan pasien.

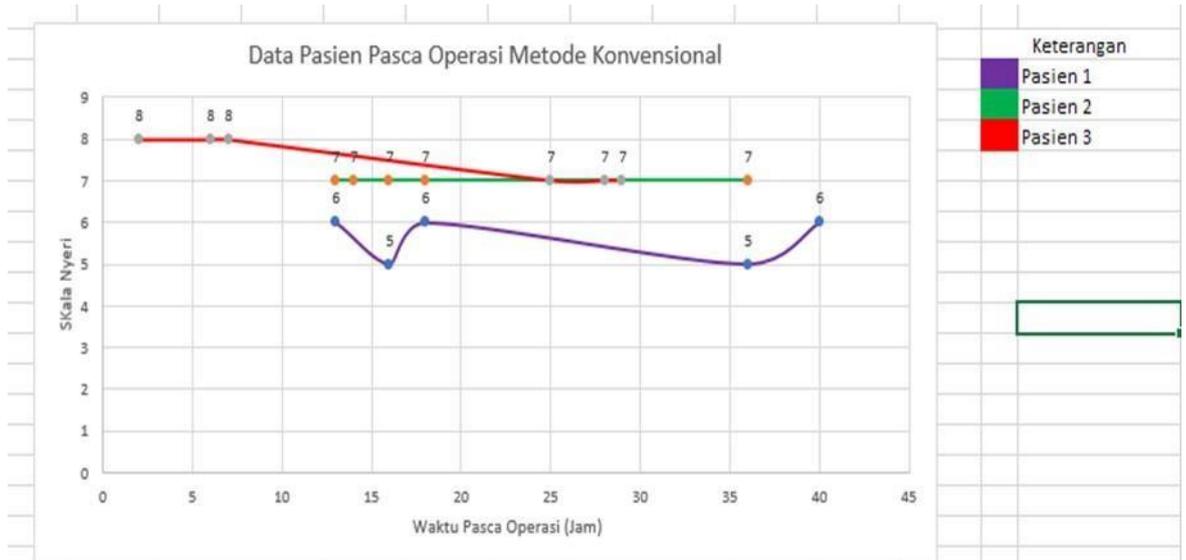
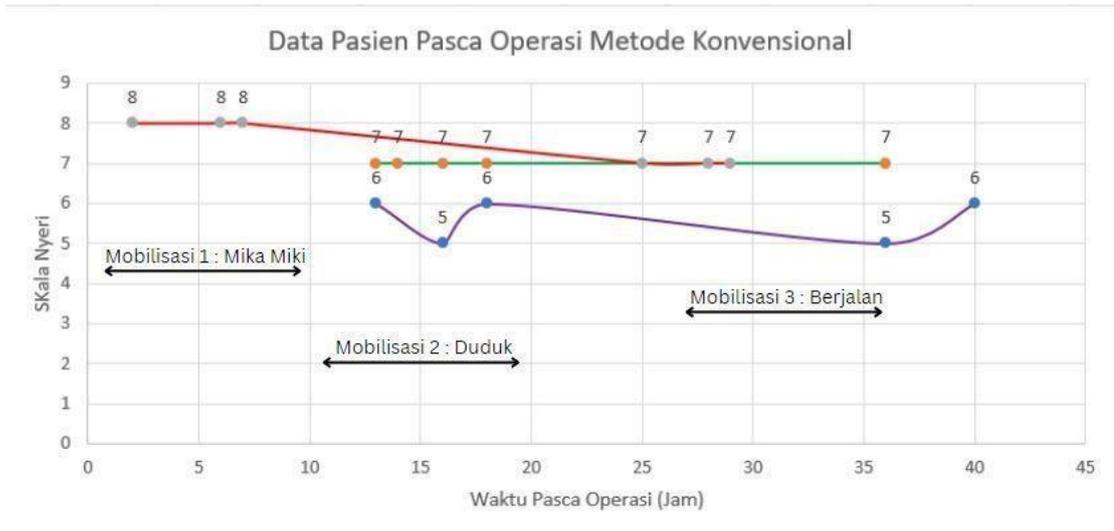
Tabel 4.8 Hasil Observasi Tingkat Nyeri dan Mobilisasi

METODE ERACS						
Nama pasien	TAHAPAN MOBILISASI				Pelepasan DC	SKALA NYERI
	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4		
Ny.N	Pasien masih di ruang RR	4 Jam post op	7 jam post op	10 jam post op	6 jam post op	2
Ny.Y	Pasien masih di ruang RR	5 jam post op	6 jam post op	9 jam post op	6jam post op	2
Ny.S	Pasien masih di ruang RR	4 jam post op	7jam post op	8jam post op	7jam post op	3
Jumlah	Tidak dapat di observasi	13 jam	20 jam	27 jam	19 jam	7
RATA-RATA		4,3	6,6	9	6,3	2,3
METODE KONVENSIONAL						
Nama Pasien	TAHAPAN MOBILISASI				Pelepasan DC	SKALA NYERI
	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4		
Pasien 1	Pasien masih di ruang RR	10jam post op	12jam post op	25jam post op	24 jam post op	6
Pasien 2	Pasien masih di ruang RR	14jam post op	17jam post op	30jam post op	29jam post op	7
Pasien 3	Pasien masih di ruang RR	15jam post op	17jam post op	29jam post op	27jam post	8
Jumlah	Tidak dapat di observasi	39 jam	46jam	84jam	80jam	21
RATA-RATA		13	15	28	26,6	7

KETERANGAN TAHAPAN MOBILISASI :

1. Level 1 : Duduk bersandar di tempat tidur 15 – 30 menit (2 jam post op)
2. Level 2 : Duduk disisi tempat tidur dengan kaki menjuntai 15 – 30 menit
3. Level 3 : Mobilisasi berdiri
4. Level 4 : Mobilisasi berjalan
5. Pelepasan Kateter urine pada 6 jam pertama post operasi SC dengan metode ERACS

Grafik 4.2. Hasil skala Nyeri pada pasien post SC Kovenisional



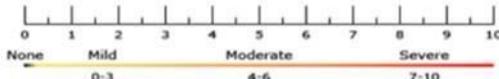
Keterangan

Numerik Pain Rating Scale.

Keterangan : 1-3 : nyeri ringan / mild

4-6 : nyeri sedang / Moderate

7-10 : nyeri berat / Severe



Dari hasil observasi pada ketiga pasien post SC dengan metode ERACS dapat disimpulkan bahwa tingkat nyeri yang dialami berada pada skala nyeri 1-3/ skala nyeri ringan dan untuk mobilisasi nya dalam waktu < dari 12 jam pasien sudah bisa mobilisasi seperti biasanya secara mandiri tanpa bantuan keluarga. Sedangkan untuk pasien post op SC metode Konvensional dapat kita simpulkan untuk tingkat nyeri post op berada pada skala nyeri 4-6 / skala nyeri sedang dan mobilisasi yang dapat dilakukan secara mandiri setelah lebih dari 24 jam post SC. Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada ketiga pasien post SC metode ERACS keluhan subjektif klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sectio caesarea sudah berkurang dan keluhan objektif nyeri saat bergerak kualitas seperti ditekan , nyeri pada abdomen, skala nyeri 1-2 terjadi hilang timbul dan mengatakan sudah dapat melakukan aktivitasnya sendiri sesuai kemampuan, klien mengatakan masih terasa saat beraktivitas, keluhan objektif klien dapat berdiri dan berjalan. Masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Terdapat perbedaan nilai rata-rata pada post SC Metode ERACS memiliki tingkat nyeri dengan nilai waktu 15,5 jam dan skala nyeri 3,6 ini lebih ringan daripada nilai rata-rata metode konvensional memiliki nilai waktu 28 dan skala nyeri

Hal ini serupa dalam penelitian lain yang menunjukkan bahwa tindakan ERACS jauh lebih kecil rasa nyeri dan komplikasi pasca operasinya dibandingkan dengan SC konvensional. Berdasarkan penelitian Pan (2020) penilaian nyeri setelah operasi lebih rendah di grup ERACS dari pada di grup kontrol saat istirahat dan bergerak. Pada kelompok ERACS timbulnya mual secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan dengan kelompok control. Penelitian lain juga yang di lakukan oleh Nurhayati (2015) menunjukkan bahwa ibu pasca seksio sesarea yang mengalami nyeri berat adalah 36 % sedangkan yang mengalami nyeri sedang 64%. Nyeri pasca seksio sesarea ini mempengaruhi masa nifas ibu misalnya dapat menurunkan kuliatas menyusui, depresi pasca persalinan serta lama. Penelitian ini juga sejalan dengan Ana et al,(2023) yang menurut penelitiannya di dapatkan hasil nilai mean range pada kelompok ERACS 23,75 sedangkan pada kelompok metode konvensional 37,25 dengan nilai p value $0,002 < 0,05$, hal ini menunjukkan bahwa Metode Eracs memiliki tingkat nyeri lebih ringan pasca operasi dari pada metode konvensional

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Metasari and Sianipar (2018) menunjukkan bahwa mobilisasi dini berpengaruh terhadap penurunan nyeri. Hasil penelitian menemukan bahwa pada nyeri sedang dan ringan, tingkat nyeri menurun dengan mobilisasi dini. Mengingat tanggung jawab ibu yang besar untuk pemulihan dan perawatan bayi, mobilisasi dini merupakan upaya untuk memperoleh kemandirian secara bertahap dari pasien. Selain itu, mobilisasi dini dapat melatih kemandirian ibu. Penelitian ini tidak sejalan dengan Ida et al (2022) dimana didapatkan bahwa usia dan paritas bukan menjadi penghalang untuk dilakukan metode ERACS, karena hasil penelitian menunjukkan bahwa usia dan paritas tidak berkorelasi dengan skor nyeri pasca seksio sesarea dan kualitas pemulihan pasca seksio sesarea.

4. Keterbatasan studi kasus

Dalam melaksanakan penelitian ini peneliti sudah berusaha melakukannya sesuai dengan prosedur yang berlaku, namun dalam pelaksanaannya mempunyai beberapa keterbatasan antara lain yaitu:

1. Keterbatasan sebelum penelitian

- a. Pencarian literatur saat penyusunan, peneliti mengalami kesulitan mendapatkan referensi yang berkualitas karena belum terbiasa untuk melakukan Critical Appraisal dan memerlukan waktu yang cukup lama untuk dapat memahami isi artikel, baik artikel / jurnal terindex intrnasional dan nasional
- b. Penelitian metode ERACS lebih ke tindakan medis, sehingga tindakan keperawatan nya hanya mengobservasi toleransi nyeri dan aktivitas.

2. Keterbatasan selama pelaksanaan intervensi keperawatan

- a. Dalam pelaksanaan bersamaan dengan pengerjaan tugas mata kuliah yang lain yang cukup menyita waktu
- b. Dalam pelaksanaan obsevasi tingkat nyeri, tidak dapat di kaji apakah tingkat nyeri berkurang di karenakan respon setelah pemberian obat analgetic atau tidak

3. Keterbatasan setelah pelaksanaan intervensi keperawatan

- a. Dalam penyusunan laporan belum memahaminya.
- b. Keterbatasan waktu untuk mengerjakan dikarenakan bersamaan dengan tugas stase yang lain.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan :

Berdasarkan hasil studi kasus pada asuhan keperawatan metode ERACS dan metode konvensional terhadap intoleransi nyeri dan aktivitas dengan pasien post SC dan pelaksanaan intervensi terapi Metode ERACS terhadap penurunan Skala Nyeri didapatkan beberapa kesimpulan yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada ketiga pasien sesuai dengan teori. Salah satu fokus utama pengkajian pada pasien dengan post operasi SC adalah pengkajian nyeri dengan menggunakan metode PQRST (Provokes/Palliates, Quality, Region/Radian, Scale/Severity, Time).
2. Diagnosa Keperawatan
Menurut teori yang dikemukakan peneliti pada bab sebelumnya diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi appendictomi sebanyak 4 diagnosa (Nyeri akut, Gangguan mobilitas fisik, Risiko infeksi, dan Defisit pengetahuan. Namun pada ketiga pasien kelolaan ditemukan 3 diagnosa keperawatan (Nyeri akut, Risiko infeksi, Gangguan mobilitas.
3. Rencana Keperawatan
Rencana keperawatan yang digunakan dalam kasus pada ketiga pasien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, Intervensi keperawatan setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kejasama. Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.
4. Implementasi Keperawatan
Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah di buat namun ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan, sesuai dengan kebutuhan pasien dengan post operasi SC.

5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada ketiga pasien selama 1 hari dibuat dalam bentuk SOAP. Respon klien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, klien cukup kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada ketiga pasien menunjukkan bahwa masalah yang dialami pada ketiga pasien sudah teratasi. Terdapat perbedaan tingkat nyeri post operasi saat melakukan mobilisasi pada metode ERACS dan metode Konvensional dimana dapat kita lihat pada pasien dengan metode ERACS rata-rata skala nyeri 1-3 (skala nyeri ringan) dan metode Konvensional rata-rata skala nyeri sedang – berat (skala 7-10). Dan untuk mobilisasi ini juga terdapat perbedaan bahwa pada metode ERACS mobilisasi jalan / aktivitas biasa dapat dilakukan setelah aff selang kateter urine rata-rata waktu 9 jam post operasi sedangkan pada pasien metode Konvensional 28 jam post operasi.

.B. Saran

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
3. Metode ERACS dapat menjadi metode alternative untuk mengurangi tingkat nyeri dan meningkatkan waktu untuk percepatan mobilisasi post operasi SC.

DAFTAR PUSTAKA

- Prasetyaningrum. (2016). Kerasionalan Penggunaan Obat Analgetik Pada Pasien Sectio Caesarea Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang Periode Juli – Desember 2016. Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi. Yayasan Pharmasi Semarang.
- Andarmoyo, Sulisty. 2013. *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri*.Jogjakarta: Pustaka Nasional.
- PPNI DPP SLKI Pokja Tim, 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI DPP SIKI Pokja Tim, (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI.
- Potter, P. (2011). *Fundamental Keperawatan* (ECG).
- Prahardani, R. F. (2019). Characteristics of Pregnant Women with Premature Rupture of the Membranes at Assalam Hospital, Gemolong, Sragen. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 8(1), 93.
<https://doi.org/10.20473/jbk.v8i1.2019.87-93>
- Kishan Patel & Mark Zakowski. Pemulihan yang ditingkatkan setelah operasi Caesar: tren saat ini yang muncul, Laporan Anestesiologi Saat Ini (2021) 11:136-144 <https://doi.org/10.1007/s40140-021-00442-9>
- . Baluku, M., Bajunirwe, F., Ngonzi, J., Kiwanuka, J., & Ttendo, S. (2020). A Randomized Controlled Trial of Enhanced Recovery After Surgery Versus Standard of Care Recovery for Emergency Cesarean Deliveries at Mbarara Hospital, Uganda. *Anesthesia and Analgesia*, June 2020, 769–776.
<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004495> (diakses pada tanggal 20 Februari 2022).
- Tiara Trias Tika , Liana Sidharti, Rani Himayani, Fidha Rahmaman. 2022. Metode ERACS Sebagai Program Perioperatif Pasien Operasi Caesar. *Jurnal Medika Utama*..

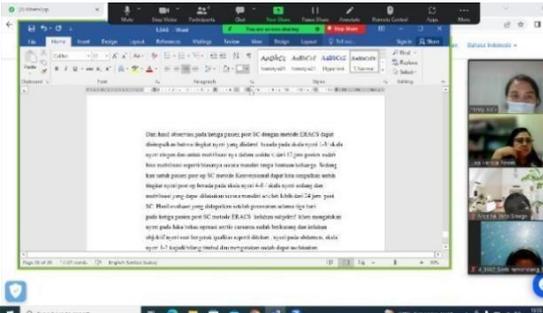
- Ana Zumrotun Nisaka,* , Diah Andriani Kusumastuti^b, Munawati^c, 2023.
Perbedaan Metode Konvensional Dan *Eracs* Dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post *Sectio Cesarea*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Vol.14 No.1 (2023) 261-268 / 261.
- Warmiyati^{1*}, Febi Ratnasari², Pengaruh Sectio Caesarea Metode Eracs Terhadap Percepatan Mobilisasi pada Ibu Bersalin di RS Hermina Daan Mogot Tahun 2022. Jurnal Ilmiah Indonesia, September, 2 (9), 821-829 *p-ISSN: 2774-6291 e-ISSN: 2774-6534*.
- Janah Nurul. (2017). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Care Gestasi 38– 40 Minggu Dengan Asuhan Persalinan Normal. *Retrieved from <http://www.albayan.ae>*. (Diakses pada tanggal 04 Oktober 2018).
- Winkjosastro H. (2015). Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Buku Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- HasilUtamaRisksdas(2018).<https://www.persi.or.id/analisis-data/686-hasilutama-risksdas-2018-kementerian-kesehatan-badan-penelitiandanpengembangan-kesehatan> (Diakses pada tanggal 04 Oktober 2018).
- J. Pan et al., “The advantage of implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) in acute pain management during elective cesarean delivery: A prospective randomized controlled trial,” *Ther. Clin. Risk Manag.*, vol. 16, pp. 369–378, 2020, doi: 10.2147/TCRM.S244039
- Ida Ruspita et al , (2023)” Pain Score and Quality of Post Caesarean Section Recovery with ERACS Methodh ”
- D. Metasari and B. K. Sianipar, “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penurunan Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea Di Rs. Raflessia Bengkulu,” *J. Nurs. Public Heal.*, vol. 6, no. 1, pp. 1–7, 2018, doi: 10.37676/jnph.v6i1.488

Lampiran 1 : Lembar Bimbingan

LEBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Yenny Aslimawaty Siahaan
 Pembimbing : Ns.Lina Herida Pinem, S.Kep. M.Kep.
 Judul KIAN : Analisa Penerapan Metode ERACS Terhadap Toleransi Nyeri dan Aktivitas Post Operasi di RS. X Bekasi Timur

NO	WAKTU	CATATAN PEMBIMBING	PARAF DOSEN	PARAF MAHASISWA
1.	3/10/2022	Konsultasi untuk judul KIAN via Zoom 		Yenny
2	8/2/2023	Kosultasi BAB 1 		Yenny
3	22/06/2023	Konsultasi Onsite ke Kampus : Masukan *) BAB 1: Prolong SC, Insiden /prevalensi →dampak SC, Data Riset terkait penurunan nyeri, aktivitas pada SC		Yenny

		*) BAB 2: Konsep Eracs *) BAB 3: Lembar observasi.		
4.	28/06/23	Konsultasi via Zoom : 1. Revisi Bab 1 ----> ok 2. Revisi Bab 2 --- → ok 3. Revisi Bab 3 → Selisih tingkat nyeri di jurnal 4. Revisi 4 - → Pembahasan selisih tingkat nyeri 		Yenny
5.	29/06/2023	Konsul Revisi Bab 1, 2, 3, 4 Konsul bab 5		Yenny
6	30/06/23	Menerima jawaban konsul Revisi bab 1, 2, 3,4,& 5		Yenny
7	01/07/2023	Revisi untuk bab 5 Konsul tata naskah secara keseluruhan dan pembuatan PPT saat presentasi		Yenny
8	03/7/2023	Minta tanda tangan pengesahan ke dosen pembimbing dan Koordinator program studi dan pengumpulan makalah .		Yenny

Lampiran 3 : Standart Operasional (SOP) ERACS

SPO PERSALINAN SECTIO CESAREA DENGAN METODE ERACS

PENGERTIAN	ERACS atau Enhanced Recovery After Cesarean Section adalah teknik operasi yang bisa dilakukan pada persalinan sesar dengan minim rasa sakit dan pemulihan lebih cepat.
TUJUAN	Pelayanan yang optimal pada proses persalinan section sesaria dengan metode ERACS dapat mengurangi lama perawatan di rumah sakit, mengurangi komplikasi, pemulihan yang lebih cepat pada ibu dan bayi dan meningkatkan kepuasan pasien.
KEBIJAKAN	
PROSEDUR	<p>Edukasi Pra – Operatif</p> <ol style="list-style-type: none">6. Mempersiapkan pasien 6 jam observasi sebelum operasi7. Memotivasi pasien mandi dengan antiseptik (1 scrab) 3 jam sebelum operasi8. Memotivasi pasien minum air manis 2 jam sebelum operasi Caesar (1 sachet gula/500 gram)9. Mengedukasi Memasang infus10. Skintest untuk pemberian profilaksis <p>Edukasi Post SC</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pemulihan (recovery 2 jam di ruang operasi)2. Diberikan permen karet saat di RR3. 2 jam setelah observasi Pindah ke ruang perawatan4. Minum/makan setelah 2 jam operasi boleh minum air putih dan 4 jam selanjutnya boleh makan padat5. Mobilisasi 2 jam setelah SC<ol style="list-style-type: none">5) Tahap I<ol style="list-style-type: none">2 jam setelah operasiDuduk bersandar ditempat tidur 15 – 30 menit

	<p>6) Tahap II Duduk disisi tempat tidur dengan kaki menjuntai 15 – 30 menit</p> <p>7) Tahap III Mobilisasi berdiri disisi tempat tidur</p> <p>8) Tahap IV 10 jam setelah operasi mobilisasi berjalan (kamar mandi)</p> <p>6. Pelepasan kateter 6 jam setelah SC</p> <p>7. Ibu dapat lebih cepat merawat bayi (IMD,bonding)</p> <p>8. Waktu pemulangan (sekitar 2 x 24 jam post SC)</p> <p>Komponen Intra – Operatif</p> <p>11. Pencegahan infeksi</p> <p>12. Optimalisasi cairan intravena</p> <p>13. Mencegah dan mengobati hipotensi saat induksi anestesi spinal</p> <p>14. Memulai multimodal Analgesia</p> <p>15. Tehnik pembiusan regional , TAP Block (Tranversus Abdominis Plane) dan anestesi infiltrasi operasi Caesar.di lakukan oleh dokter anestesi.</p> <p>16. Teknik Operasi Caesar oleh dokter operator</p>
PROSEDUR	<p>17. Menjaga suhu tubuh optimal dengan menggunakan selimut hangat</p> <p>18. Administrasi optimal uterotonik</p> <p>19. Delayed Cord Clamping minimal sampai 2 menit untuk bayi cukup bulan dan 30-60 detik untuk bayi premature.</p> <p>20. Mendukung proses menyusui dan bonding ibu dan bayi dengan melakukan IMD</p> <p>Komponen Pasca Operatif</p> <p>10. Pemantauan kala 4 dan pasca anestesi 2 jam post SC di ruang recovery room</p> <p>11. Mobilisasi dini (bergerak lebih awal) di lakukan setelah kembalinya fungsi motoric dengan baik</p> <p>Mobilisasi 0- 8 jam :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ duduk di tepi tempat tidur ➤ berpindah dari Kasur ke kursi ➤ melakukan ambulasi <p>Mobilisasi 8- 24 jam :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Melakukan ambulasi ➤ Jalan kaki 1-2 kali atau lebih <p>12. Mendorong kembalinya pergerakan usus dengan memberikan permen karet di ruang pulih/ recovery room</p> <p>13. Penggunaan obat anti nyeri multimodal sesuai program medis DPJP</p> <p>14. Makan biasa setelah di ruang perawatan</p> <p>15. Melepas kateter urin lebih awal boleh mulai dari 6 jam post SC</p> <p>16. Konseling laktasi</p> <p>17. Kolaborasi dengan perawatan bayi</p> <p>18. Memfasilitasi keluar Rumah sakit lebih awal bila pasien bersedia.</p>
--	--