

Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Indikasi Janin Terlilit Tali Pusat Di Ruang Nusa Indah RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal

Tri Yulianti

Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Tati Karyawati

Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Siti Fatimah

Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Alamat: Kampus Akper Al Hikmah 2, Benda, Sirampog, Brebes 52272

Korespondensi penulis: triyulianti372@gmail.com

Abstract. According to Rahmi (2019) in Rimadeni et al. (2022), Sectio Caesarea (SC) is the act of removing the fetus and placenta by making an incision in the abdominal wall and uterus. SC can be an alternative delivery both for causes from the mother and from the fetus, one of which is because the fetus is entangled in the umbilical cord. The purpose of this writing is to find out and provide nursing care to Mrs. K in Nusa Indah Room, dr. Soeselo Hospital, Tegal Regency according to nursing standards. The method used is descriptive observation with a nursing process approach. From the case review, it was found that the client's main complaint was acute pain in the incision wound. There were three nursing diagnoses found, namely acute pain, risk of infection, and knowledge deficit. Interventions are prepared based on the theory of SLKI and SIKI as well as on the client's condition, and can be implemented. Based on the evaluation carried out on the client, two problems were resolved and one problem was partially resolved. During the research, the author found gaps in theory and data studied from patients

Keywords: nursing care, fetus entangled in the umbilical cord, post-SC surgery, caesarean section.

Abstrak. Menurut Rahmi (2019) dalam Rimadeni et al. (2022), Sectio Caesarea (SC) adalah tindakan mengeluarkan janin dan plasenta dengan melakukan insisi pada dinding perut dan uterus. SC dapat menjadi alternatif persalinan baik dengan penyebab dari ibu maupun dari janin, salah satunya adalah karena janin terlilit tali pusat. Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui dan memberikan asuhan keperawatan pada Ny.K dengan post operasi *sectio caesarea* indikasi janin terlilit tali pusat di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal sesuai dengan standar keperawatan. Metode yang digunakan berupa observasi deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Dari tinjauan kasus ditemukan keluhan utama klien berupa nyeri akut pada luka insisi. Terdapat tiga diagnose keperawatan yang ditemukan yaitu nyeri akut, risiko infeksi, dan deficit pengetahuan. Intervensi disusun berdasarkan teori pada SLKI dan SIKI serta pada kondisi klien, dan dapat diimplementasikan. Berdasarkan evaluasi yang dilakukan pada klien dua masalah teratasi dan satu masalah teratasi Sebagian. Selama penelitian, penulis mendapati kesenjangan pada teori dan data yang dikaji dari pasien.

Kata kunci: asuhan keperawatan, janin terlilit tali pusat, post operasi SC, sectio caesarea.

LATAR BELAKANG

Menurut Rahmi (2019) dalam Rimadeni et al. (2022), Sectio Caesarea (SC) adalah tindakan mengeluarkan janin dan plasenta dengan melakukan insisi pada dinding perut dan uterus. SC dapat menjadi alternatif persalinan baik dengan penyebab dari ibu maupun dari janin. Indikasi dari ibu antara lain: induksi persalinan gagal, proses persalinan tidak maju, disproporsi sefalopelvik, diabetes, kanker serviks, riwayat sectio caesarea sebelumnya, riwayat

Received Juli 30, 2023; Revised Agustus 2, 2023; Accepted September 08, 2023

* Tri Yulianti, triyulianti372@gmail.com

ruptur uterus, obstruksi jalan lahir dan plasenta previa. Sedangkan indikasi dari janin gawat janin, prolaps tali pusat, mal presentasi janin, posisi melintang, kelainan janin dan janin terlilit tali pusat.

Menurut data dari Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2018 yang dilakukan oleh World Health Organization (WHO), 46,1% dari seluruh persalinan dilakukan melalui Sectio Caesarea (SC) (WHO, 2019). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, jumlah persalinan yang dilakukan dengan metode Sectio Caesarea (SC) di Indonesia adalah sebesar 17,6% pada tahun 2018. Beberapa komplikasi menyumbang 23,2% dari persalinan tersebut, termasuk posisi janin transversal/sungsang (3,1%), perdarahan (0,4%), kejang (0,2%), ketuban pecah dini (5,6%), partus lama (4,3%), terlilit tali pusat (2,9%), plasenta previa (0,7%), retensi keseluruhan angka kejadian SC di Jawa Tengah adalah 17,1% (Kemenkes RI, 2018).

Nyeri akut yang dialami pasien pasca operasi harus segera ditangani, baik dengan strategi manajemen nyeri farmakologis dan non-farmakologis. Sebelum rasa sakit menjadi lebih parah, semua intervensi paling efektif dan keberhasilan intervensi sering dicapai ketika beberapa intervensi diterapkan secara bersamaan. Nyeri yang dialami ibu post SC akan mengakibatkan beberapa masalah, seperti keterbatasan mobilisasi fisik, gangguan bonding attachment, keterbatasan activity daily living (ADL), Inisiasi Menyusui Dini (IMD) yang tidak adekuat, gizi bayi yang berkurang karena ibu masih mengalami nyeri akibat SC, penurunan kualitas tidur, stres dan kecemasan (Putri, 2015 dalam Pransiska, 2019).

KAJIAN TEORITIS

Konsep Dasar *Sectio Caesarea* (SC)

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan cara melakukan insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu, dengan syarat rahim harus dengan keadaan utuh, serta janin di bawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea (Solehati & Kosasih, 2015).

Klasifikasi

Menurut Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000) dalam Solehati & Kosasih (2015), ada dua tipe insisi seksio saesarea, yaitu:

- a. *Types classic*
- b. Lower segment caesarean birth

Etiologi

Menurut Rimadeni et al. (2022), ada beberapa indikasi yang membuat SC harus dilakukan, yang terbagi menjadi 2 yaitu indikasi dari ibu dan indikasi dari janin. Indikasi dari ibu yang mungkin terjadi yaitu:

- a. Induksi persalinan gagal
- b. Disproporsi sefalopelvik
- c. Riwayat sectio caesarea sebelumnya
- d. Riwayat ruptur uterus
- e. Obstruksi jalan lahir
- f. *Plasenta previa*

Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post SC

Pengkajian Keperawatan

Pengumpulan data secara sistematis dari berbagai sumber data untuk menilai dan mengidentifikasi status kesehatan klien dikenal sebagai pengkajian keperawatan. Memunculkan profil klien selama langkah penilaian proses keperawatan memungkinkan perawat untuk menentukan masalah atau kebutuhan klien, membuat diagnosa yang tepat, merencanakan perawatan, melakukan intervensi dan mengevaluasi hasil (Rahmi, 2019).

- a. Identitas
- b. Keluhan utama
- c. Riwayat kesehatan
- d. Riwayat perkawinan
- e. Riwayat obstetri
- f. Riwayat KB
- g. Pola-pola fungsi kesehatan
- h. Pemeriksaan fisik

Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja PPNI, 2017a).

METODE PENELITIAN

Tanggal Masuk RS : Minggu, 11 Desember 2022 18.00 WIB
Tanggal Pengkajian : Senin, 12 Desember 2022 16.00 WIB
Ruang : Nusa Indah
Tempat : RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal

Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

a) Identitas klien

Nama : Ny. K
Usia : 37 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Bojong Rt 2 Rw 1

b) Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. S
Usia : 39 Tahun
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Bojong Rt 2 Rw 1
Hubungan dengan Klien : Suami

2. Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada luka bekas jahitan operasi.

P: Nyeri bila bergerak dan berkurang jika istirahat

Q: Nyeri terasa menyengat

R: Nyeri pada luka bekas jahitan operasi di perut bagian tengah bawah

S: Skala nyeri 8

T: Nyeri terus-menerus saat bergerak

3. Status kesehatan saat ini

Pada hari Minggu, 11 Desember 2022 pukul 15.30 WIB, Ny. K merasakan perutnya kencang-kencang sehingga dibawa ke Puskesmas Bojong pada pukul 16.00 WIB. Di Puskesmas Bojong diperiksa dan masih belum ada pembukaan. Atas saran dokter, keluarga dan Ny. K memutuskan untuk di rujuk saja karena kondisi janin yang telah terlilit tali pusat

sejak akhir oktober atau kurang lebih sekitar satu bulan. Dari Puskesmas Bojong Klien di rujuk ke RSUD dr. Soeselo jam 18.00 WIB.

Di PONEK RSUD dr. Soeselo klien disarankan untuk di SC saja karena kondisi janin yang terlilit tali pusat. Tindakan operasi SC klien dilakukan pada tanggal 12 Desember pukul 14.00 WIB dengan waktu kelahiran bayi pukul 14.45 WIB dan kemudian dipindahkan ke ruang Nusa Indah pukul 15.30 WIB. Saat dikaji, klien mengatakan nyeri pada luka bekas jahitan operasinya, klien tampak sering meringis terutama ketika bergerak, klien mengatakan tangan dan kakinya agak kaku,. Klien mengeluhkan ASI nya yang keluar sedikit.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Hasil yang didapatkan penulis setelah melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. K diperoleh data sebagai berikut: identitas pasien dengan nama Ny. K, usia 37 Tahun, status menikah, agama islam, pendidikan SMA, alamat di Bojong RT 2 RW 1, memiliki keluhan utama nyeri. Data subjektif berupa: klien mengatakan nyeri pada luka bekas jahitan operasi, P: Nyeri bila bergerak dan berkurang jika istirahat, Q: Nyeri terasa menyengat, R: Nyeri pada luka bekas jahitan operasi di perut bagian tengah bawah, S: Skala nyeri 8, T: Nyeri terus-menerus saat bergerak, klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena nyeri yang tiba-tiba terasa saat bergerak sedikit saja, klien mengeluhkan ASI nya yang keluar sedikit dan bayinya menangis ketika sedang disusui, klien bertanya bagaimana agar ASI nya lancar, padahal sudah makan dan minum sesuai anjuran dokter, klien mengatakan belum pernah diberi penkes tentang perawatan payudara. Sedangkan data objektif yang ditemukan pada pengkajian yaitu: klien tampak sering meringis terutama ketika bergerak, klien tampak gelisah, terdapat luka bekas operasi SC di abdomen bawah dengan luka tertutup, panjang jahitann ± 15 cm, sekitar luka teraba panas, adanya nyeri tekan, kadar leukosit tinggi $22,8 \times 10^3/\mu\text{L}$. Keadaan umum klien cukup baik dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 128/84 mmHg, denyut nadi 82x/menit, suhu $36,7^\circ\text{C}$ dan pernapasan 20x/menit.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja PPNI, 2017a).

Intervensi keperawatan

Diagnosa yang sudah penulis tetapkan telah dirumuskan rencana intervensinya sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) dibuktikan dengan: klien mengatakan nyeri pada luka bekas jahitan operasi. P: Nyeri bila bergerak dan berkurang jika istirahat, Q: Nyeri terasa menyengat, R: Nyeri pada luka bekas jahitan operasi di perut bagian tengah bawah, S: Skala nyeri 8, T: Nyeri terus-menerus saat bergerak, klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena nyeri yang tiba-tiba terasa saat bergerak sedikit saja, klien tampak sering meringis terutama ketika bergerak, klien tampak gelisah
2. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit, terdapat luka jahit post SC)
3. Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan: klien mengeluhkan ASI nya yang keluar sedikit dan bayinya menangis ketika sedang disusui, klien bertanya bagaimana agar ASI nya lancar, padahal sudah makan dan minum sesuai anjuran dokter, klien mengatakan belum pernah diberi penkes tentang perawatan payudara, ketika ditanya bagaimana cara klien merawat payudaranya, klien mengatakan hanya mengurutnya saja

Implementasi keperawatan

Sesuai dengan rencana tindakan yang dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022, implementasi yang dilakukan penulis pada setiap diagnosa yaitu:

Di tanggal 13 Desember 2022, perawat melakukan implementasi yaitu memonitor lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengajarkan klien teknik relaksasi napas dalam, memfasilitasi tidur dan istirahat klien dengan mengganti spreng yang kotor dan kolaborasi obat injeksi analgetik. Sedangkan implementasi yang dilakukan perawat tanggal 14 Desember 2022 adalah lanjutan terapi dari tanggal 12 dan 13 Desember 2022 yaitu memonitor lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengajarkan klien teknik relaksasi napas dalam dan kolaborasi obat injeksi analgetik.

Tindakan keperawatan yang dilakukan dari tanggal 12 sampai 14 Desember untuk mengatasi risiko infeksi secara keseluruhan yaitu: mengidentifikasi tanda-tanda infeksi, menjelaskan tanda gejala infeksi luka post SC dan tanda gejala infeksi yang terdapat pada klien, menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung protein agar luka post SC nya lebih cepat sembuh seperti telur rebus dan daging, melakukan perawatan luka,

kolaborasi pemberian antibiotik dan mengajarkan cara memeriksa luka dan tanda infeksi tanpa membuka balutan luka.

Pada diagnosa defisit pengetahuan tentang perawatan payudara ini, implementasi yang dilakukan penulis yaitu melakukan penkes dan demonstrasi perawatan payudara yang dilaksanakan pada tanggal 13 Desember 2022 pukul 09.00 WIB.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien. Evaluasi merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk mengevaluasi apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai ataukah perlu tindakan lain (Rahmi, 2019).

KESIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil dari tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami post SC pada Ny. K diruang Nusa Indah RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal, pada tanggal 12-14 Desember 2022 maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang di buat berdasarkan laporan kasus. Berdasarkan data yang di peroleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil yang didapatkan penulis setelah melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. K diperoleh data sebagai berikut: identitas pasien dengan nama Ny. K, usia 37 Tahun, status menikah, agama islam, pendidikan SMA, alamat di Bojong RT 2 RW 1, memiliki keluhan utama nyeri. Data subjektif berupa klien mengeluhkan nyeri pada luka jahit bekas operasi dengan skala 8, nyeri terus menerus saat bergerak, klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena nyeri yang tiba-tiba terasa saat bergerak sedikit saja, klien tampak sering meringis, terutama ketika bergerak, klien tampak gelisah. Keadaan umum klien cukup baik dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 128/84 mmHg, denyut nadi 82x/menit, suhu 36,7°C dan pernapasan 20x/menit.
2. Terdapat 3 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan penulis berdasarkan kasus yaitu:
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) dibuktikan dengan: Klien mengatakan nyeri pada luka bekas jahitan operasi. P: Nyeri bila bergerak dan berkurang jika istirahat, Q: Nyeri terasa menyengat, R: Nyeri pada luka bekas jahitan operasi di perut bagian tengah bawah, S: Skala nyeri 8, T: Nyeri terus-menerus saat bergerak, klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena nyeri yang tiba-tiba terasa saat

bergerak sedikit saja, klien tampak sering meringis, terutama ketika bergerak, klien tampak gelisah

- b. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit, terdapat luka jahit post SC)
 - c. Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan: klien mengeluhkan ASI nya yang keluar sedikit dan bayinya menangis ketika sedang disusui, klien bertanya bagaimana agar ASI nya lancar, padahal sudah makan dan minum sesuai anjuran dokter, klien mengatakan belum pernah diberi penkes tentang perawatan payudara, ketika ditanya bagaimana cara klien merawat payudaranya, klien mengatakan hanya mengurutnya saja
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan berdasarkan kasus yaitu:
- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC), rencana intervensi yang dilakukan: Kaji lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, anjurkan teknik distraksi untuk mengalihkan rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menganjurkan untuk bergerak perlahan, serta kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
 - b. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit, terdapat luka jahit post SC), Intervensi risiko infeksi yang dirumuskan yaitu: Monitor tanda/gejala infeksi (misalnya: suhu tubuh, keadaan luka post operasi, kondisi vulva, kelelahan dan malaise), lakukan perawatan luka, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, anjurkan meningkatkan nutrisi dan kolaborasi dalam pemberian terapi analgetik dan antibiotik.
 - c. Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang terpapar informasi, intervensinya adalah: kaji kemampuan dan kesiapan pasien untuk menerima informasi, jadwalkan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara dan lakukan pendidikan kesehatan perawatan payudara (edukasi dan demonstrasi).
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang sudah disusun sebelumnya dan disesuaikan dengan kondisi dan keadaan klien pada saat dilakukan implementasi.
- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC)
Tindakan keperawatan yang dilakukan dari tanggal 12 sampai 14 Desember untuk mengatasi nyeri akut secara keseluruhan yaitu: mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, menganjurkan lebih banyak mengobrol dan bermain dengan bayinya untuk mengalihkan nyeri yang dirasakan, mengajarkan klien

teknik relaksasi napas dalam, memfasilitasi tidur dan istirahat klien dengan mengganti sprei yang kotor, menganjurkan klien untuk bergerak secara perlahan dan kolaborasi pemberian analgetik sesuai dosis dari dokter.

- b. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit, terdapat luka jahit post SC) Tindakan keperawatan yang dilakukan dari tanggal 12 sampai 14 Desember untuk mengatasi risiko infeksi secara keseluruhan yaitu: mengidentifikasi tanda-tanda infeksi, menjelaskan tanda gejala infeksi luka post SC dan tanda gejala infeksi yang terdapat pada klien, menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung protein agar luka post SC nya lebih cepat sembuh seperti telur rebus dan daging, melakukan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotik dan mengajarkan cara memeriksa luka dan tanda infeksi tanpa membuka balutan luka.
- c. Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini yaitu pendidikan kesehatan dan demonstrasi perawatan payudara yang dilaksanakan tanggal 13 Desember 2022 pukul 09.00 WIB.

5. Evaluasi yang penulis dapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari dari tanggal 12 sampai 14 Desember 2022 terdapat dua masalah keperawatan yang telah teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) dan defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Terdapat satu masalah keperawatan yang hanya teratasi sebagian yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit, terdapat luka jahit post SC) karena keterbatasan waktu.

Saran

1. Bagi Akademik

Diharapkan bagi akademik dapat memperbanyak kepustakaan khususnya mengenai asuhan keperawatan post SC indikasi janin terlilit tali pusat agar mahasiswa dapat memperoleh pengetahuan yang komprehensif sehingga lulus dapat bekerja dan memberikan perawatan yang sangat profesional sesuai dengan etika perawatan yang sangat profesional dan undang – undang.

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan untuk rumah sakit dapat meningkatkan pelayanan pemberian asuhan keperawatan pada pasiennya khususnya pasien dengan post SC indikasi terlilit tali pusat dengan maksimal.

3. Bagi pembaca

Diharapkan bagi pembaca dapat meningkatkan pengetahuan bagaimana penyebab dan tanda gejala yang dapat dikenali secara dini untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut mengenai post SC indikasi janin terlilit tali pusat.

4. Bagi penulis

Diharapkan bagi penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan dapat meningkatkan wawasan yang luas tentang asuhan keperawatan khususnya mengenai post SC indikasi janin terlilit tali pusat agar kedepannya dapat melakukan asuhan keperawatan yang lebih baik.

5. Klien dan keluarga

Dengan adanya pengarahan dan bimbingan dari penulis dan perawat diharapkan klien dan keluarga dapat berperan serta berpartisipasi dalam upaya mempercepat proses penyembuhan klien.

Kesimpulan ditulis secara singkat yaitu mampu menjawab tujuan atau permasalahan penelitian dengan menunjukkan hasil penelitian atau pengujian hipotesis penelitian, **tanpa** mengulang pembahasan. Kesimpulan ditulis secara kritis, logis, dan jujur berdasarkan fakta hasil penelitian yang ada, serta penuh kehati-hatian apabila terdapat upaya generalisasi. Bagian kesimpulan dan saran ini ditulis dalam bentuk paragraf, tidak menggunakan penomoran atau *bullet*. Pada bagian ini juga dimungkinkan apabila penulis ingin memberikan saran atau rekomendasi tindakan berdasarkan kesimpulan hasil penelitian. Demikian pula, penulis juga sangat disarankan untuk memberikan ulasan terkait keterbatasan penelitian, serta rekomendasi untuk penelitian yang akan datang.

DAFTAR REFERENSI

- Kemendes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Maryunani, A. (2016). *Manajemen Kebidanan Terlengkap*. CV. TRANS INFO MEDIA.
- Pransiska, Y. (2019). *Terapi Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea*.
- Rahmi, U. (2019). *Dokumentasi Keperawatan* (1st ed.). Bumi Medika.
- Rimadeni, Y., Faisal, T. I., Nurhayati, N., Hartika, N., Keperawatan, J., & Aceh, P. K. (2022). *Asuhan Keperawatan Ibu Nifas Dengan Post Sectio Caesarea*. 1(2), 115–129

Solehati, T., & Kosasih, cecep eli. (2015). *Konsep Dan Aplikasi Relaksasi Dalam Keperawatan Maternitas* (Anna (ed.)). PT Refika Aditama.

Tim Pokja PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.