

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini menguraikan hasil dan pembahasan dua klien post *sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut di Ruang Nifas Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya dengan menggunakan tahap asuhan keperawatan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### 4.1. Hasil

##### 4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Surabaya yang berdiri di Jl. KH. Mas Mansyur No. 180-182, Nyamplungan, Kec. Pabean Cantikan, Surabaya, Jawa Timur. Luas lahan 1108 m<sup>2</sup>, luas bangunan 2176 m<sup>2</sup>, pelayanan IGD 24 jam yang dilengkapi triage, sarana dan prasarana sesuai dengan ketentuan standar pelayanan. Pelayanan rawat jalan, poli umum, poli KIA, poli gigi, poli spesialis kandungan, poli anak, spesialis penyakit dalam, spesialis bedah umum, spesialis rawat inap anak dan rawat inap bedah. Menurut data dari rekam medis di Rs PKU Muhammadiyah Surabaya prevalensi *sectio caesarea* masih dalam kategori tinggi dikarenakan disetiap bulan terdapat 50 orang lebih post *sectio caesarea* dengan indikasi yang berbeda- beda.

Di rawat bedah terdapat 2 kamar, yaitu kamar kelas 2 dan kelas 3, dikamar kelas 2 terdapat 2 kamar yang masing-masing berisi 2 bed, terdapat 1 kamar mandi dalam, 1 kipas angin dan kamar kelas 3 terdapat 2 kamar yang masing-

masing kamar berisi 8 bed, terdapat 2 kamar mandi di luar ruangan, dan terdapat 2 kipas angin.

#### **4.1.2. Pengkajian Keperawatan**

**Pengkajian klien pertama Ny.N pada tanggal 10 Mei 2024 pukul 11.30 WIB**

##### **1. Identifikasi pasien**

**Klien pertama Ny. N :**

Nama klien Ny. N, jenis kelamin perempuan, umur 24 tahun, pendidikan terakhir SD, pekerjaan wiraswasta, status perkawinan menikah, lama pernikahan 7 tahun, pernikahan ke 1 (pertama), agama Islam, suku Madura, alamat Bulak Banteng Wetan III, HPHT : 03-08-2023, tanggal MRS 10 Mei 2024, Alasan MRS dijadwalkan untuk operasi *sectio caesarea* jam 07.30 Am dengan anastesi SAB (*Spinal Anastesi Block*), diagnosa G2P1A0 Uk 37 mg dengan mata minus 9/9 , no. rekam medis 1323XX, dan tanggal pengkajian 10 Mei 2024 pukul 11.30 am.

##### **2. Keluhan utama**

Pada saat pengkajian pada tanggal 10 Mei 2024 klien mengeluhkan perut terasa nyeri setelah operasi selang waktu 2 jam.

##### **3. Riwayat penyakit sekarang**

Klien mengatakan pada tanggal 09 Mei 2021 pada pukul 07.00 Am datang ke RS PKU Muhammadiyah Surabaya karena dijadwalkan untuk operasi *Sectio caesarea* dengan anastesi SAB (*Spinal Anastesi Block*) pada tanggal 10 Mei 2024. Pukul 07.30 Am dilakukan tindakan SC dikarenakan mata klien mata minus 9/9, klien selesai operasi dan dipindahkan di ruang nifas kamar Mina bed 5 pada pukul 09.30 Am, klien mengatakan nyeri akibat luka insisi perut post op SC, nyeri terasa

tersayat- sayat, nyeri pada perut bagian bawah, nyeri dengan skala 7, nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit

#### **4. Riwayat penyakit dahulu**

Klien mengatakan bahwa tidak mempunyai riwayat penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, hepatitis dan penyakit menular seperti HIV/AIDS

#### **5. Riwayat penyakit keluarga**

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, hepatitis dan penyakit menular seperti HIV/AIDS dll

#### **6. Riwayat obstetrik**

subjektif :

##### **Riwayat menstruasi**

Menarche umur : 13 Tahun

HPHT : 03-08-2023

Siklus menstruasi : Teratur 28 hari

Lama menstruasi : 1 Minggu

Keluhan : Tidak ada nyeri

Flour Albus : pernah

##### **Riwayat KB**

Melaksanakan KB : ya

Kontrasepsi : Pil

Lama kontrasepsi : Tahun 2020- 2022

Masalah yang terjadi : Tidak ada keluhan

**Objektif :**

- 1) Vulva : terdapat darah, kebersihan cukup, tidak ada edema
- 2) Vagina : terdapat lochea rubra ± 200 cc/ 24 jam, kebersihan cukup
- 3) Uterus : teraba keras, TFU 2 jari di bawah pusat
- 4) Perineum : tidak ada luka episiotomi
- 5) Servik : tidak terkaji

**7. Riwayat kehamilan**

**Tabel 4.1 Riwayat kehamilan**

No.	Kehamilan ke	Tahun umur kehamilan	Umur kehamilan	Lahir spontan/ sc/ lainnya	Penolong	Kondisi anak saat ini	Bb	Pj
1.	1	2020	39 mg	Spontan	Dokter	Sehat	2,7	49
2	Hamil ini	2024	37 mg	Sc	Dokter	Sehat	2,7	49

**8. Pola fungsi kesehatan**

**1) Pola persepsi kesehatan**

Selama hamil : Klien mengatakan rutin memeriksakan kandungannya ke puskesmas Sidotopo wetan 1 bulan sekali dan diberikan tablet tambah darah, klien tidak meminum obat herbal, klien menjaga kebersihan tubuhnya dengan mandi 2 x/ hari

Selama nifas : Klien mengatakan kurang memperhatikan kebersihan badannya, selama nifas hari pertama klien belum masih diperbolehkan mandi, klien hanya diseka dibantu keluarganya, ganti pembalut 4-5 x/ hari

**2) Pola nutrisi dan metabolisme**

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil makan 3x /hari, dengan menu ikan, ayam dan sayur dan pantangan makanan ikan gurami, minum  $\pm$  3000 ml/ hari, BB : 77 Kg TB : 153 Cm.

Selama nifas : Klien mengatakan masih puasa setelah operasi selang waktu 6 jam baru diperbolehkan makan sedikit- sedikit, makan 3x /hari dengan lauk bubur, minum  $\pm$  3000 ml/ hari, BB : 74 Kg TB : 153 Cm

### **3) Pola eliminasi**

Selama hamil : Klien mengatakan BAK 5 x/hari saat hamil tua, dengan konsistensi sering, warna kuning, bau khas, BAB 2 hari sekali, konsistensi lembek, warna kuning, bau khas.

Selama nifas : Klien mengatakan BAK 3 x/hari, dengan konsistensi sering, warna kuning, bau khas, BAB 2 hari sekali, konsistensi lembek, warna kuning, bau khas.

### **4) Pola aktivitas/ latihan**

Selama hamil : Klien mengatakan sering jalan-jalan pagi selama hamil, dan melakukan aktivitas biasa yang dilakukan ibu rumah tangga pada umumnya

Selama nifas : Klien hanya berbaring di tempat tidur karena perutnya terasa nyeri dan aktivitas pasca operasi dibantu suami dan ibu mertuanya seperti mandi, makan , toileting, berpakaian.

### **5) Pola istirahat dan tidur**

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil tidur siang 1-2 jam, tidur malam selama hamil tua 5-6 jam/hari, kebiasaan yang sering dilakukan sebelum tidur berdoa dan *personal hygiene*.

Selama nifas : Klien mengatakan tidur siang 1-2 jam, tidur malam  $\pm$  5-6 jam/hari, sesekali terbangun saat terasa nyeri dan bersikap protektif menghindari nyeri.

#### 6) Pola persepsi- kognitif

Selama hamil : Klien mengatakan pendengaran normal, penglihatan minus 9/9, memakai kacamata, bisa merasakan makanan hambar, atau tidak ada rasa, penciuman normal

Selama nifas : Klien mengatakan nyeri akibat luka insisi perut post op SC, nyeri terasa tersayat- sayat, nyeri pada perut bagian bawah, nyeri dengan skala 7, nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit, klien belum mengerti cara menanggulangi nyeri, klien mengerti cara perawatan bayi baru lahir

#### 7) Pola konsep diri- persepsi diri

Klien mengatakan sangat mengharapkan kelahiran anak keduanya yang berjenis kelamin perempuan, klien selalu menjaga bayinya di samping bednya

#### 8) Pola hubungan peran

Klien mengatakan hubungan dengan suami maupun keluarganya terjalin baik dan selalu terbuka terhadap masalah yang dialami dengan bermusyawarah tentang keputusan tindakan kesehatan, suami dan keluarganya selalu bergantian untuk menjaga dan membantu ADL selama di rumah sakit

**9) Pola reproduksi seksual**

Klien mengatakan sudah menikah selama 7 tahun dan tidak ada keluhan atau gangguan yang dirasakan, memiliki 2 anak, anak pertama umur 3,5 tahun berjenis kelamin laki-laki, menggunakan KB pil selama 2 tahun dari tahun 2020-2022.

**10) Pola toleransi terhadap stress koping**

Klien mengatakan jika ada masalah maka selalu berkomunikasi dengan baik dengan suaminya dan keluarganya untuk mengatasi masalah tersebut

**11) Pola keyakinan nilai**

Klien mengatakan beragama islam, shalat 5 waktu, suku madura, dan tidak ada tradisi pengobatan khusus, saat ini klien masih belum bisa melakukan shalat karena dalam masa nifas

**9. Pemeriksaan Fisik/ Head to toe**

**1) Keadaan umum**

Kesadaran : Compos mentis

Keadaan umum : Lemah

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 90 x/ menit

Suhu : 36,2 °C

Tinggi badan : 153 Cm

Berat badan : 77 Kg

**2) Kepala**

Kepala simetris, rambut hitam, kulit kepala bersih, rambut tidak rapi, tidak ada uban, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan

### 3) Mata

Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan kabur, memakai kacamata minus 9/9

### 4) Hidung

Hidung simetris, bersih, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada perdarahan, tidak ada nafas cuping hidung, dan tidak ada gangguan penciuman

### 5) Leher

Leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada kaku kuduk

### 6) Mulut

Mulut simetris, mulut bersih, mukosa bibir lembab, lidah bersih, tidak ada stomatis

### 7) Jantung

Detak jantung S1 dan S2 tunggal, keras, tidak ada suara tambahan seperti bunyi friction rub, bunyi murmur, dan bunyi gallop

### 8) Dada

Bunyi pernafasan vesikuler, frekuensi 20x/menit, bentuk dada normal chest, tidak ada edema, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan rales.

### 9) Payudara

Payudara simetris, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tidak ada hiperpigmentasi areola, adanya penonjolan papilla susu, dan pengeluaran ASI efektif

## 10) Abdomen

Terdapat balutan luka, adanya nyeri tekan, tidak ada perdarahan, teraba keras, TFU 2 jari di bawah pusat, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak terdengar bising usus

## 11) Genitalia

Genitalia mengeluarkan darah selama nifas, loche rubra berwarna merah ± 200 cc, bau khas, tekstur kental dan terpasang keteter

## 12) Ekstremitas / integumen

Ekstremitas tidak ada deformitas, tidak adanya luka, tidak ada edema, tidak ada varises, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah dalam batas normal dengan nilai 5, warna kulit hitam, turgor kulit kasar, tidak ada hiperpigmentasi.

## 13) Muskuloskeletal

Tidak terdapat atrofi ataupun hipertrofi otot, akral dingin, terpasang infus D5 500 cc 28 Tpm pada tangan kiri

## 14) Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak terdapat sianosis, turgor kulit normal, akral hangat, CRT <2 detik, suhu 36,2 °C

## 10. Data penunjang

### Hasil Pemeriksaan Laboratorium (Darah Lengkap)

Nama Pasien : Ny. N

Tanggal pemeriksaan : 09-05-2024 08:23

Kamar : Mina

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
TEST RAPID			



Pada saat pengkajian pada tanggal 11 Mei 2024 klien mengeluhkan perut terasa nyeri setelah operasi selang waktu 2, 5 jam.

### **3. Riwayat penyakit sekarang**

Klien mengatakan pada tanggal 10 Mei 2021 pada pukul 03.30 Am datang ke RS PKU Muhammadiyah Surabaya dengan keluhan perut terasa kenceng- kenceng dijadwalkan untuk operasi *Sectio caesarea* dengan anastesi SAB (*Spinal Anastesi Block*) pada tanggal 10 Mei 2024 pukul 10.30 Am dilakukan tindakan *sectio caesarea* dikarenakan BSC, klien selesai operasi dan dipindahkan di ruang nifas kamar Mina bed 5 pada pukul 12.30, klien mengatakan nyeri akibat luka insisi perut post op SC, nyeri terasa tersayat- sayat, nyeri pada perut bagian bawah, nyeri dengan skala 6, nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit

### **4. Riwayat penyakit dahulu**

Klien mengatakan bahwa tidak mempunyai riwayat penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, hepatitis dan penyakit menular seperti HIV/AIDS

### **5. Riwayat penyakit keluarga**

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, hepatitis dan penyakit menular seperti HIV/AIDS dll

### **6. Riwayat obstetrik**

**subjektif :**

#### **Riwayat menstruasi**

Menarchoe umur : 13 Tahun

HPHT : 03- 08-24

Siklus menstruasi : Teratur 28 hari

Lama menstruasi : 1 Minggu

Keluhan : Tidak ada nyeri

Flour Albus : pernah

### **Riwayat KB**

Melaksanakan KB : ya

Kontrasepsi : Pil

Lama kontrasepsi : Tahun 2018 - 2022

Masalah yang terjadi : Tidak ada keluhan

### **Objektif :**

- 1) Vulva : terdapat darah, kebersihan cukup, tidak ada edema
- 2) Vagina : terdapat lochea rubra  $\pm$  200 cc/ 24 jam, kebersihan cukup
- 3) Uterus : teraba keras, TFU 2 jari di bawah pusat
- 4) Perineum : tidak ada luka episiotomi
- 5) Servik : tidak terkaji

### **7. Riwayat kehamilan**

**Tabel 4.2 Riwayat kehamilan**

No.	Kehamilan ke	Tahun umur kehamilan	Umur kehamilan	Lahir spontan/sc/ lainnya	Penolong	Kondisi anak saat ini	Bb	Pj
1.	1	2017	38 mg	Sc	Doketr	Sehat	3,8	49
2	Hamil ini	2024	39 mg	Sc	Dokter	Sehat	3,4	49

### **8. Pola fungsi kesehatan**

#### **1) Pola persepsikesehatan**

Selama hamil : Klien mengatakan saat kehamilan muda pernah opname 3

hari di Rs PKU Muhammadiyah Surabaya dikarenakan mual muntah, mengkonsumsi obat yang diberikan dari Rs. klien tidak meminum obat herbal, klien menjaga kebersihan tubuhnya dengan mandi 2 x/ hari

Selama nifas : Klien mengatakan kurang memperhatikan kebersihan tubuhnya, selama nifas hari pertama klien belum masih diperbolehkan mandi, klien hanya diseka dibantu keluarganya, ganti pembalut 4-5 x/ hari

## 2) Pola nutrisi dan **metabolisme**

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil makan 3x /hari, dengan menu ikan, ayam dan sayur dan tidak ada pantangan makanan, minum  $\pm$  2500 ml/ hari, BB : 78 Kg TB : 157 Cm

Selama nifas : Klien mengatakan masih puasa setelah operasi selang waktu 6 jam baru diperbolehkan makan sedikit- sedikit, makan 3x /hari dengan lauk bubur, kuah soto dan perkedel minum  $\pm$  2500 ml/ hari, BB : 74 Kg TB : 157 Cm

## 3) Pola eliminasi

Selama hamil : Klien mengatakan BAK 5 x/hari, dengan konsistensi sering, warna kuning, bau khas, BAB 2 hari sekali, konsistensi lembek, warna kuning, bau khas .

Selama nifas : Klien mengatakan BAK 3 x/hari, dengan konsistensi sering, warna kuning, bau khas, BAB 2 hari sekali, konsistensi lembek, warna kuning, bau khas.

#### 4) Pola aktivitas/ latihan

Selama hamil : Klien mengatakan sering melakukan jalan-jalan pagi selama hamil, dan melakukan aktivitas biasa yang dilakukan ibu rumah tangga pada umumnya

Selama nifas : Klien hanya berbaring di tempat tidur karena perutnya terasa nyeri dan aktivitas pasca operasi dibantu suami dan ibu mertuanya seperti mandi, makan , toileting, berpakaian.

#### 5) Pola istirahat dan tidur

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil tidur siang 1-2 jam, tidur malam 5-7 jam, kebiasaan yang sering dilakukan sebelum tidur berdoa

Selama nifas : Klien mengatakan tidur siang 1-2 jam, tidur malam  $\pm$  5-7 jam, sesekali terbangun saat terasa nyeri dan bersikap protektif menghindari nyeri.

#### 6) Pola persepsi- kongnitif

Selama hamil : Klien mengatakan pendengaran normal, penglihatan normal, bisa merasakan makanan hambar, atau tidak ada rasa, penciuman normal

Selama nifas : klien mengatakan nyeri akibat luka insisi perut post op SC, nyeri terasa tersayat- sayat, nyeri pada perut bagian bawah, nyeri dengan skala 6 nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit, klien belum mengerti cara menanggulangi nyeri, klien mengerti cara perawatan bayi baru lahir

**7) Pola konsep diri- persepsi diri**

Klien mengatakan sangat senang dengan kehadiran anak kedua yang berjenis kelamin laki-laki

**8) Pola hubungan peran**

Klien mengatakan hubungan dengan suami maupun keluarganya terjalin baik dan selalu terbuka terhadap masalah yang dialami dengan bermusyawarah tentang keputusan tindakan kesehatan, suami dan keluarganya selalu bergantian untuk menjaga dan membantu ADL selama di rumah sakit.

**9) Pola reproduksi seksual**

Klien mengatakan sudah menikah selama 10 tahun dan tidak ada keluhan atau gangguan yang dirasakan, memiliki 2 anak, anak pertama umur 7 tahun berjenis kelamin laki-laki, menggunakan KB pil selama 4 tahun dari tahun 2018- 2022

**10) Pola toleransi terhadap stress koping**

Klien mengatakan jika ada masalah maka selalu berkomunikasi dengan baik dengan suaminya untuk mengatasi masalah tersebut

**11) Pola keyakinan nilai**

Klien mengatakan beragama islam, shalat 5 waktu, suku madura, dan tidak ada tradisi pengobatan khusus, saat ini klien masih belum bisa melakukan shalat karena dalam masa nifas

**9. Pemeriksaan Fisik/ Head to toe**

**1) Keadaan umum**

Kesadaran : Compos mentis

Keadaan umum : Lemah  
Tekanan darah : 116/70 mmHg  
Nadi : 92 x/ menit  
Suhu : 36,2 °C  
Tinggi badan : 157 Cm  
Berat badan : 78 Kg

## 2) Kepala

Kepala simetris, rambut hitam, kulit kepala bersih, rambut rapi, tidak ada uban, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan.

## 3) Mata

Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan normal, tidak memakai kaca mata

## 4) Hidung

Hidung simetris, bersih, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada perdarahan, tidak ada nafas cuping hidung, dan tidak ada gangguan penciuman

## 5) Leher

Leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada kaku kuduk

## 6) Mulut

Mulut simetris, mulut bersih, mukosa bibir lembab, lidah bersih, tidak ada stomatis

## 7) Jantung

Detak jantung S1 dan S2 tunggal, keras, tidak ada suara tambahan seperti bunyi friction rub, bunyi murmur, dan bunyi gallop

#### **8) Dada**

Bunyi pernafasan vesikuler, frekuensi 20x/menit, bentuk dada normal chest, tidak ada edema, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchiidan rales.

#### **9) Payudara**

Payudara simetris, tidak ada edema, ada nyeri tekan, tidak ada hiperpigmentasi areola, adanya penonjolan papilla susu, dan pengeluaran ASI efektif

#### **10) Abdomen**

Terdapat balutan luka, adanya nyeri tekan, tidak ada perdarahan, teraba keras, TFU 2 jari dibawah pusat, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak terdengar bising usus

#### **11) Genitalia**

Genitalia mengeluarkan darah selama nifas, loche rubra berwarna merah ± 200 cc, bau khas, tekstur kental dan terpasang keteter

#### **12) Ekstremitas / integumen**

Ekstremitas tidak ada deformitas, tidak adanya luka, tidak ada edema, tidak ada varises, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah dalam batas normal dengan nilai 5, warna kulit hitam, turgor kulit kasar, tidak ada hiperpigmentasi.

#### **13) Muskuloskeletal**

Tidak terdapat atrofi ataupun hipertrofi otot, akral dingin, terpasang infus  
 RL 500 cc 14 Tpm pada tangan kiri

**14) Integumen**

Warna kulit sawo matang, tidak terdapat sianosis, turgor kulit normal ,  
 akral hangat, CRT <2 detik, suhu 36,2 °C

**10. Data penunjang**

**Hasil Pemeriksaan Laboratorium ( Darah Lengkap)**

Nama Pasien : Ny. I

Tanggal pemeriksaan : 10-05-2024 03:40

Kamar : Mina

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
TEST RAPIDANTIGEN ANTIGEN Hematologi Darah Lengkap	NEGATIF		NEGATIF
Hemoglobin	11,8	Terlampir %	12.0 -14.0
Hitung Leukosit	13.900	Sel/cmm	4000-11000
Hitung Trombosit	317.000	Sel/cmm	150000-450000
Hematokrit	30.7	%	35 – 47
Hitung Eritrosit	3,69	Juta/ cmm	3.0 -6.0
Serologi/ imunologi Anti HIV HEPATITIS HBsAg	NON REAKTIF NEGATIF		Non Reaktif Negatif
Urine Protein urin GULA DARAH Gula Darah Sewaktu	NEGATIF 105		Negatif 100-150
Hematologi (BT,CT,LED)			
BT	3 Menit		1 - 5
CT	12 Menit		6 - 15

#### **4.1.3. Analisis data**

**Klien pertama Ny. N tanggal 10 Mei 2024**

**Data subjektif :**

Klien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi *sectio caesarea* selang waktu 2 jam, klien sesekali terbangun saat terasa nyeri.

**Data objektif :**

Klien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah, dan bersikap protektif menghindari nyeri pada saat disentuh perutnya, P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R: nyeri pada perut bagian bawah panjang luka  $\pm 10$  cm, S:nyeri dengan skala 7 T :nyeri hilang timbul  $\pm 5$  menit, GCS : 456, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90 x/ menit, suhu 36,2 °C, RR 20x/menit, terdapat lochea rubra  $\pm 200$  cc, infus D5 500 cc 28 Tpm.

**Klien kedua Ny. I tanggal 11 Mei 2024**

**Data subjektif :**

Klien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi *sectio caesarea*, selang waktu 2,5 jam, klien sesekali terbangun saat terasa nyeri.

**Data objektif :**

Klien tampak meringis kesakitan, bersikap protektif menghindari nyeri pada saat disentuh perutnya, tampak gelisah, P: nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah panjang luka  $\pm 10$  cm, S :nyeri dengan skala 6, T :nyeri hilang timbul  $\pm 5$  menit, GCS : 456, tekanan darah 116/70 mmHg, nadi 92 x/ menit, suhu 36, 2 °C, RR 20x/menit, terdapat lochea rubra  $\pm 200$  cc, infus RL 500 cc 14 Tpm.

#### **4.1.4. Diagnosa keperawatan**

##### **Klien pertama :**

Nyeri akut berhubungan dengan luka akibat prosedur *sectio caesarea* ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, bersikap protektif menghindari nyeri

##### **Klien kedua :**

Nyeri akut berhubungan dengan luka akibat prosedur *sectio caesarea* ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, bersikap protektif menghindari nyeri

#### **4.1.5. Intervensi keperawatan**

##### **Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan masalah tingkat nyeri menurun

##### **kriteria hasil :**

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun
4. Gelisah menurun
5. Frekuensi nadi membaik
6. Sulit tidur menurun

##### **Intervensi : Manajemen Nyeri**

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setiap 7 jam
2. Identifikasi skala nyeri setiap 7 jam

3. Identifikasi respon nyeri non verbal setiap 7 jam
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri setiap 12 jam
5. Memonitor tanda-tanda vital setiap 7 jam
6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengontrol suhu ruangan setiap 12 jam
7. Fasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi yang nyaman setiap 7 jam
8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri saat anestesi habis maka nyeri akan timbul setiap 7 jam
9. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi dan teknik distraksi setiap 24 jam
10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu teknik relaksasi dengan tarik nafas dalam dan teknik distraksi mendengarkan musik dan menonton video setiap 24 jam
11. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik santagesik 1 gr dan cefotaxime 1 gr setiap 7 jam

#### **4.1.6. Implementasi keperawatan**

**Klien pertama Ny. N pada tanggal 10 Mei 2024**

Jam 11.30 : Menanyakan keluhan klien

Respon : Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah setelah operasi *sectio caesarea* selang waktu 2 jam, klien bisa menggerakkan badannya miring kanan dan kiri, sesekali terbangun saat terasa nyeri

- Jam 12.30 : Menanyakan skala nyeri menggunakan PQRST
- Respon : Klien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi *sectio casarea*,  
P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah S :nyeri dengan skala 7, T :nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit.
- Jam 12. 40 : Mengidentifikasi respon nyeri non verbal
- Respon : Klien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, bersikap protektif menghindari nyeri pada saat disentuh perutnya.
- Jam 13.00 : Memonitor tanda-tanda vital setiap 7 jam
- Respon : Tekanan darah 110/70 , suhu 36,2 °C, nadi 90 x/ menit, RR 20x/menit, ut 300 cc, GCS 456, infus D5 28 Tpm, terdapat lochea rubra  $\pm$  200 cc.
- Jam 13.30 : Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan dengan mengontrol suhu ruangan
- Respon : Klien merasa nyaman
- Jam 13.40 : Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri saat anestesi habis maka nyeri akan timbul
- Respon : Klien kooperatif saat di berikan penjelasan dan klien mengeluh nyeri
- Jam 16.00 : Memberikan injeksi santagesic 1 gr dan cefotaxime 1 gr melalui intravena serta menjelaskan kegunaan obat tersebut
- Respon : Klien mengatakan keluhan nyeri sedikit menurun

**Klien pertama Ny. N pada tanggal 11 Mei 2024**

- Jam 09.00 : Menanyakan keluhan klien
- Respon : Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah setelah operasi *sectio caesarea* sedikit berkurang, klien sudah bisa duduk dan berjalan di kamar mandi dengan bantuan
- Jam 10.00 : Memonitor tanda-tanda vital setiap 7 jam
- Respon : Tekanan darah 120/ 72 , suhu 36,2 °C, nadi 87 x/ menit, rr 20x/menit, GCS 456, infus PZ 500 cc 14 Tpm, terdapat loche rubra ± 200 cc.
- Jam 11.00 : Menanyakan skala nyeri dengan menggunakan PQRST
- Respon : Klien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi *sectio caesarea*, P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah S :nyeri dengan skala 4, T :nyeri hilang timbul ± 5 menit
- Jam 11.10 : Mengedukasi klien dan keluarga tentang strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi
- Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan mengerti cara mengatasi nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi
- Jam 11.20 : Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi tarik nafas dalam, dan teknik distraksi mendengarkan musik dan menonton video.
- Respon : Klien kooperatif dan mengatakan setelah mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi mendengarkan musik dan menonton video merasa lebih rileks
- Jam 11.30 : Menanyakan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Respon : klien mengatakan nyeri saat dibuat duduk

Jam 12.00 : Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi yang nyaman agar nyeri berkurang saat tidur

Respon : Klien mengubah posisinya dengan meletakkan bantal pada bagian punggung sebelah kiri

Jam 13.00 : Memberikan injeksi santagesic 1 gr

Respon : Klien mengatakan keluhan nyeri menurun

**Klien pertama Ny. N pada tanggal 12 mei 2024**

Jam 07.00 : Menanyakan keluhan klien

Respon : Klien mengatakan nyeri berkurang, klien sudah bisa berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan.

Jam 07.10 : Memonitor tanda-tanda vital setiap 7 jam

Respon : Tekanan darah 125/70 , suhu 36,1 °C, nadi 85 x/ menit, rr 20x/menit, GCS 456

Jam 07.15 : Menanyakan skala nyeri dengan menggunakan PQRST

Respon : Klien mengatakan nyeri berkurang tidak seperti kemarin skalanya yaitu 2

Jam 07.30 : Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril

Respon : Klien tampak kooperatif, panjang luka  $\pm$  10 cm, balutan luka tampak bersih, luka berwarna merah, tidak ada pus, tidak ada edema, tidak ada perdarahan.

Jam 08.00 : klien pulang

**Klien kedua Ny.I pada tanggal 11 Mei 2024**

Jam 15.00 : Menanyakan keluhan klien

Respon : Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah setelah operasi *sectio caesarea* selang waktu 2,5 jam, klien bisa menggerakkan badannya miring kanan dan kiri, sesekali terbangun saat terasa nyeri.

Jam 15.10 : Menanyakan skala nyeri menggunakan PQRST

Respon : Klien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi *sectio caesarea*, P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah, S : nyeri dengan skala 6, T :nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit

Jam 15.20 : Mengidentifikasi respon nyeri non verbal

Respon : Klien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, bersikap protektif menghindari nyeri pada saat disentuh perutnya.

Jam 15.50 : Memonitor tanda-tanda vital setiap 7 jam

Respon : Tekanan darah 116 /70 , suhu 36,2 °C, nadi 92 x/ menit, rr 20x/menit, ut 300 cc, GCS 456, infus RL 14 Tpm, terdapat lochea rubra  $\pm$  200 cc.

Jam 16.00 : Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan dengan mengontrol suhu ruangan

Respon : Klien sebelumnya merasa kepanasan setelah suhu dibesarkan klien merasa nyaman

Jam 16.10 : Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri saat anestesi habis maka nyeri akan timbul

Respon : Klien kooperatif saat di berikan penjelasan dan klien mengeluh

nyeri

Jam 17.00 : Memberikan injeksi santagesic 1 gr dan cefotaxime 1 gr melalui intravena serta menjelaskan kegunaan obat tersebut

Respon : Klien mengatakan keluhan nyeri sedikit menurun

**Klien kedua Ny. I pada tanggal 12 Mei 2024**

Jam 08.00 : Menanyakan keluhan klien

Respon : Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah setelah operasi *sectio caesarea* sedikit berkurang, klien sudah bisa duduk dan belajar berjalan di sekitar bed.

Jam 08.00 : Memonitor tanda-tanda vital setiap 7 jam

Respon : Tekanan darah 118/76 , suhu 36,2 °C, nadi 86 x/ menit, rr 20x/menit, GCS 456, infus PZ 500 cc14 Tpm, terdapat lochea rubra ± 200 cc.

Jam 08.30 : Menanyakan skala nyeri dengan menggunakan PQRST

Respon : Klien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi *sectio caesarea*, P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah, S :nyeri dengan skala 4, T :nyeri hilang timbul ± 5 menit

Jam 08.40 : Mengedukasi klien dan keluarga tentang strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi

Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan mengerti cara mengatasi nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi

Jam 08.50 : Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi tarik nafas dalam, dan teknik distraksi mendengarkan musik dan

menonton video.

Respon : Klien kooperatif dan mengatakan setelah mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi mendengarkan musik dan menonton video merasa lebih rileks

Jam 09.00 : Menanyakan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Respon : klien mengatakan nyeri saat dibuat duduk

Jam 09.30 : Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi yang nyaman agar nyeri berkurang saat tidur

Respon : Klien mengubah posisinya dengan meletakkan 2 bantal pada punggung

Jam 13.00 : Memberikan injeksi santagesic 1 gr

Respon : klien mengatakan keluhan nyeri menurun

**Klien kedua Ny. I pada tanggal 13 Mei 2024**

Jam 07.00 : Menanyakan keluhan klien

Respon : Klien mengatakan nyeri berkurang, klien sudah bisa berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan.

Jam 07.10 : Memonitor tanda-tanda vital setiap 7 jam

Respon : Tekanan darah 121/76 , suhu 36,2 °C, nadi 82x/ menit, rr 20x/menit, GCS 456.

Jam 07.15 : Menanyakan skala nyeri dengan menggunakan PQRST

Respon : Klien mengatakan nyeri berkurang tidak seperti kemarin skalanya yaitu 2

Jam 07.30 : Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril

Respon : Klien tampak kooperatif, panjang luka  $\pm$  10 cm, balutan luka

tampak bersih, luka berwarna merah, tidak ada pus, tidak ada edema, tidak ada perdarahan.

Jam 08.00 : Klien pulang

#### **4.1.7. Evaluasi keperawatan**

##### **Klien pertama Ny. N pada tanggal 10 Mei 2024**

S : Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah setelah operasi *sectio caesarea* selang waktu 2 jam, klien sesekali terbangun saat terasa nyeri.

O : Klien tampak meringis, bersikap protektif, tampak gelisah dan menghindar saat disentuh perutnya, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, sedikit menggerakkan badannya miring kanan dan kiri, P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah, S :nyeri dengan skala 7, T :nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90 x/ menit, suhu 36,2 °C, RR 20x/menit, ut 300 cc, GCS 456, infus D5 500 cc 28 Tpm, terdapat lochea rubra  $\pm$  200 cc.

A : Masalah nyeri akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5,7,9,10,11

##### **Klien pertama Ny. N pada tanggal 11 Mei 2024**

S : Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah setelah operasi *sectio caesarea* sedikit berkurang

O : Klien tampak meringis, bersikap protektif dan menghindar saat disentuh perutnya, klien sudah bisa duduk dan berjalan ke kamar mandi dengan bantuan, P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah, S :nyeri dengan skala 4,

T :nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit, tekanan darah 120/ 72 , suhu 36,2 °C, nadi 87 x/ menit, rr 20x/menit, GCS 456, infus PZ 500 cc 14 Tpm, terdapat loche rubra  $\pm$  200 cc.

A : Masalah nyeri akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,5

**Klien pertama Ny. N pada tanggal 12 Mei 2024**

S : Klien mengatakan nyeri berkurang tidak seperti kemarin skalanya yaitu 2

O : Klien sudah bisa berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan, tekanan darah 125/70 , suhu 36,1 °C, nadi 85 x/ menit, rr 20x/menit.

A : Masalah nyeri akut teratasi

P : Intervensi dihentikan klien pulang

**Klien kedua Ny. I pada tanggal 11 mei 2024**

S : Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah setelah operasi *sectio caesarea* selang waktu 2,5 jam, klien sesekali terbangun saat terasa nyeri.

O : Klien tampak meringis tampak gelisah, bersikap protektif dan menghindari saat disentuh perutnya, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, sedikit menggerakkan badannya miring kanan dan kiri, P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah, S : nyeri dengan skala 6, T :nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit, tekanan darah 116 /70 , suhu 36,2 °C, nadi 92 x/ menit, rr 20x/menit, ut 300 cc, GCS 456, infus RL 14 Tpm, terdapat lochea rubra  $\pm$  200 cc.

A : Masalah nyeri akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5,7,9,10,11

**Klien kedua tanggal 12 mei 2024**

S : Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah setelah operasi *sectio caesarea* sedikit berkurang

O : Klien tampak meringis, bersikap protektif dan menghindar saat disentuh perutnya, klien sudah bisa duduk dan belajar berjalan di sekitar bed, P :nyeri akibat luka insisi perut post op SC, Q :nyeri terasa tersayat- sayat, R :nyeri pada perut bagian bawah, S :nyeri dengan skala 4, T :nyeri hilang timbul  $\pm$  5 menit, tekanan darah 118/76 , suhu 36,2 °C, nadi 86 x/ menit, rr 20x/menit, GCS 456, infus PZ 500 cc14 Tpm, terdapat lochea rubra  $\pm$  200 cc.

A : Masalah nyeri akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,5

**Klien kedua Ny. I pada tanggal 13 mei 2024**

S : Klien mengatakan nyeri berkurang tidak seperti kemarin skalanya 2

O : Klien sudah bisa berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan, tekanan darah 121/76 , suhu 36,2 °C, nadi 82x/ menit, rr 20x/menit.

A : Masalah nyeri akut teratasi

P : Intervensi dihentikan klien pulang

#### **4.2. Pembahasan**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melakukan asuhan keperawatan pada 2 klien post *sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya yang meliputi diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### 4.2.1. Pengkajian keperawatan

Pada tahap pengkajian langkah yang dilakukan mencari informasi terlebih dahulu di rekam medis Rs PKU Muhammadiyah Surabaya apakah ada tindakan post *sectio caesarea*, langkah pertama memperkenalkan diri kepada klien, melakukan kontrak waktu, menjelaskan maksud dan tujuan bahwa dalam pengambilan data klien akan dirahasiakan dalam identitas nama dengan penulisan inisial, melakukan perawatan klien dari post *sectio caesarea* sampai keluar rumah sakit dan meminta persetujuan klien sebagai responden dengan tidak memasaksa keputusan yang diambil

Pada hasil pengkajian didapatkan data subjektif dari klien pertama (Ny. N) bahwa klien pada tanggal 10 Mei 2024 pukul 07.30 Am dilakukan tindakan SC dengan indikasi mata minus 9/9, melahirkan bayi keduanya dan selang waktu 2 jam pasca operasi klien merasakan nyeri. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak lemah, tampak meringis, tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, bersikap protektif menghindari nyeri karena nyeri saat bergerak miring kanan dan kiri, dan terdapat balutan luka. P: Nyeri akibat luka insisi perut post SC, Q : nyeri terasa tersayat- sayat, R : nyeri pada perut bagian bawah, panjang luka  $\pm 10$  cm S : nyeri dengan skala 7, T : nyeri hilang timbul  $\pm 5$  menit, tekanan darah 110/70, suhu 36,2 °C, nadi 90 x/menit, RR 20x/ menit, HB 11,6, Hematokrit 33,2 dan GDA 77. Sedangkan saat pengkajian didapatkan data subjektif dari klien kedua (Ny. N) bahwa pada tanggal 11 Mei 2024 pukul 10.30 Am dilakukan tindakan SC dengan indikasi BSC (bekas *sectio caesarea*), melahirkan bayi keduanya dan selang waktu 2,5 jam klien merasakan nyeri. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak lemah, tampak meringis, tampak gelisah, frekuensi

nadi meningkat, sulit tidur, bersikap protektif menghindari nyeri karena nyeri saat bergerak miring kanan dan kiri, dan terdapat balutan luka. P: Nyeri akibat luka insisi perut post SC, Q : nyeri terasa tersayat- sayat, R : nyeri pada perut bagian bawah, panjang luka  $\pm 10$  cm, S : nyeri dengan skala 6, T : nyeri hilang timbul  $\pm 5$  menit, Tekanan darah 116/70, suhu 36,2 °C, nadi 92 x/menit, RR 20x/ menit, HB 11,8 Hematokrit 30,7, Leukosit 13.900.

Berdasarkan tinjauan teori keluhan yang muncul pada klien post *sectio caesarea* yaitu gejala dan tanda mayor (mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor (tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis) (SDKI, 2016). Klien pasca SC akan muncul dampak fisik yaitu nyeri, nyeri dikarenakan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan syaraf di area insisi. Hal ini akan merangsang prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri dan ketika terjadi gangguan pada jaringan, klien akan mengalami rasa sakit dan ketidaknyamanan yang luar biasa (Puspitowati et al., 2022). Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat & Uliyah, 2012). Pengukuran skala nyeri dengan menggunakan *Numeric rating scale (NRS)* nyeri yang dirasakan dari skala 0-10, skala 0 menandakan tidak ada nyeri, skala 1-3 menandakan nyeri ringan, skala 4-6 menandakan nyeri sedang, skala 7-10 menandakan nyeri berat.

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan kesenjangan. Kesenjangan terkait pada tinjauan pustaka keluhan gejala dan tanda minor (tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis) tidak terdapat pada kedua klien. Selanjutnya perbedaan kedua klien yaitu indikasi *sectio caesarea*. Pada klien pertama Ny. N dilakukan tindakan operasi SC karena dengan indikasi mata minus 9/9, sedangkan pada klien kedua Ny. I dilakukan tindakan op SC dikarenakan mempunyai riwayat BSC (bekas *sectio caesarea*). Juga pada kedua klien tersebut terdapat skala nyeri yang berbeda yaitu tingkat nyeri yang dialami pada klien pertama Ny. N dengan skala 7 sedangkan pada Ny. I dengan skala 6 dikarenakan setiap orang mengalami nyeri pada skala atau tingkat yang berbeda, dan hanya individu yang dapat menggambarkan atau menilai tingkat nyeri mereka sendiri.

#### **4.2.2. Diagnosa keperawatan**

Dari hasil diagnosa keperawatan terdapat kesamaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data pada klien pertama Ny. N dan klien kedua Ny. I terdapat kesamaan diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka akibat prosedur operasi *sectio caesarea* ditandai dengan klien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur dan bersikap protektif menghindari nyeri.

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien post *sectio caesarea* yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat,

prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (SDKI, 2016). Menurut (SLKI, 2018) berdasarkan tinjauan pustaka luaran utama untuk diagnosis nyeri akut yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik.

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan kesamaan antara klien pertama dan klien kedua yaitu nyeri akut yang disebabkan oleh luka operasi *sectio caesarea*.

#### **4.2.3. Intervensi keperawatan**

Berdasarkan hasil perencanaan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Perencanaan untuk mengatasi nyeri akut pada klien pertama Ny. N yaitu identifikasi nyeri dengan menanyakan skala nyeri menggunakan PQRST, identifikasi respon nyeri non verbal, monitor tanda-tanda vital : tekanan darah, suhu, nadi , RR, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri : mis: teknik relaksasi tarik nafas dalam, dan teknik distraksi mendengarkan musik dan menonton video, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengontrol suhu ruangan, fasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi yang nyaman, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri saat anestesi habis maka nyeri akan timbul, kolaborasi pemberian analgesik dengan tim medis. Sedangkan perencanaan klien kedua Ny. I yaitu identifikasi nyeri dengan menanyakan skala nyeri menggunakan PQRST, identifikasi respon nyeri non verbal, memonitor tanda-tanda vital : tekanan darah, suhu, nadi , RR, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri mis: teknik relaksasi tarik nafas dalam, dan teknik distraksi mendengarkan musik dan menonton video, kontrol

lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengontrol suhu ruangan, fasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi yang nyaman, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri saat anestesi habis maka nyeri akan timbul, kolaborasi pemberian analgesik dengan tim medis.

Perencanaan nyeri akut sesuai teori yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Fasilitasi istirahat dan tidur, gunakan teknik distraksi (misalnya membaca buku, menonton televisi, bermain, aktivitas terapi, membaca cerita, bernyanyi), atur posisi yang nyaman (topang dengan bantal, jaga sendi selama pergerakan), kolaborasi pemberian analgesik (SIKI, 2018).

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan kesamaan dan kesenjangan pada klien pertama dan kedua. Pada tinjauan pustaka terdapat 19 perencanaan tindakan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), sedangkan pada rencana keperawatan penulis tidak melakukan 8 perencanaan dikarenakan menyesuaikan dengan kondisi klien.

#### **4.2.4. Implementasi keperawatan**

Dari hasil pelaksanaan keperawatan pada kasus *sectio caesarea* yang tepat pada klien pertama Ny. N yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri menggunakan teknik PQRST, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal,

mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor tanda-tanda vital, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri mis: teknik relaksasi tarik nafas dalam dan teknik distraksi mendengarkan musik dan menonton video, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengontrol suhu ruangan, memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi yang nyaman, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri saat anestesi habis maka nyeri akan timbul, pemberian injeksi santagesic 1 gr dan cefotaxime 1 gr m, mengkolaborasi untuk pemberian cairan intravena, mengkolaborasi kontrol HB, hematokrit dan GDA. Sedangkan pelaksanaan keperawatan pada klien kedua Ny. I yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri menggunakan teknik PQRST, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor tanda-tanda vital, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri mis: teknik relaksasi tarik nafas dalam, dan teknik distraksi mendengarkan musik dan menonton video, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengontrol suhu ruangan, memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi yang nyaman, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri saat anestesi habis maka nyeri akan timbul, pemberian injeksi santagesic 1 gr dan cefotaxime 1 gr, mengkolaborasikan pemberian cairan intravena, kontrol HB, hematokrit dan leukosit.

Implementasi nyeri akut sesuai teori yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan

nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Fasilitasi istirahat dan tidur, gunakan teknik distraksi (misalnya membaca buku, menonton televisi, bermain, aktivitas terapi, membaca cerita, bernyanyi), atur posisi yang nyaman (topang dengan bantal, jaga sendi selama pergerakan), kolaborasi pemberian analgesik (SIKI, 2017).

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan kesamaan dan kesenjangan antara klien pertama dan klien kedua. Kesamaan yang terdapat dalam tindakan keperawatan yaitu dilakukan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi tarik nafas dalam yang berfungsi untuk menurunkan tingkat nyeri, sehingga dengan melakukan teknik relaksasi nafas akan membuat klien merasa nyaman dan tenang. Dilakukan dengan cara meminta klien untuk memejamkan mata kemudian perlahan menghirup udara dari hidung selanjutnya menghembuskannya secara perlahan dilanjutkan dengan meminta klien membuka mata perlahan dan berfokus pada pernafasan, bisa dilakukan secara berulang 3-5 kali atau selama 10-15 menit (Rustiawati et al., 2022). Dan teknik distraksi mendengarkan musik atau menonton video untuk mengalihkan perhatiannya pada hal-hal atau sesuatu yang menyenangkan sehingga tidak hanya terpaku pada nyerinya saja (Rustiawati et al., 2022). Dilakukan pemberian santagesik obat yang mengandung *metamizole sodium anhydrate* dan berfungsi untuk meredakan nyeri seperti nyeri akut atau kronik seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi & nyeri pasca cedera. Cefotaxime adalah antibiotik yang digunakan untuk membunuh bakteri dan mencegah pertumbuhan bakteri dapat menyebabkan

inflamasi yang akan menghambat proses pemulihan luka. Selanjutnya kesenjangan pada kedua klien tersebut yaitu pada klien pertama Ny. N dilakukan kolaborasi kontrol HB 11,6 % dan hematokrit 33.2 % dan gula darah 77 serta pemberian infus D5 500 cc 28 Tpm hari pertama pasca operasi. Infus D5 500 cc mengandung *dextrose anhydrate* yang berfungsi untuk terapi pengganti cairan tubuh saat mengalami dehidrasi dan untuk mengatasi hipoglikemia atau rendahnya kadar glukosa. Sedangkan pada klien kedua Ny. I dilakukan kolaborasi kontrol HB 11.8 % hematokrit 30.7 % dan leukosit 13.900 sel/cmm serta pemberian infus RL 500 cc 14 Tpm hari pertama pasca operasi. Infus RL 500 cc mengandung natrium, klorida, kalium, kalsium dan laktat yang berfungsi untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang saat mengalami luka, cedera, atau menjalani operasi yang menyebabkan kehilangan darah dengan cepat dalam jumlah yang banyak.

#### **4.2.5. Evaluasi keperawatan**

Hasil evaluasi pada klien pertama Ny. N yaitu melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, sulit tidur menurun, sikap protektif menghindari nyeri menurun S :Klien mengatakan nyeri berkurang tidak seperti kemarin skalanya yaitu 2, O :Klien sudah bisa berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan, tekanan darah 125/70 ,suhu 36,1 °C, nadi 85 x/ menit, rr 20x/menit A : masalah nyeri akut teratasi, P : intervensi dihentikan klien pulang. Sedangkan hasil evaluasi pada klien kedua Ny. I yaitu melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah

menurun S :Klien mengatakan nyeri berkurang tidak seperti kemarin skalanya 2,  
O :Klien sudah bisa berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan, tekanan darah 121/76  
, suhu 36,2 °C, nadi 82x/ menit, rr 20x/menit A : masalah nyeri akut teratasi, P :  
intervensi dihentikan klien pulang.

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien di sebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil. Evaluasi dilakukan dengan SOAP (Subjek, Objek, Analisis, Planning) (Hidayat & Uliyah, 2023)

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan kesamaan antara klien pertama dan klien kedua. Kesamaan yang terdapat pada tindakan keperawatan yaitu tingkat nyeri menurun pada klien pertama Ny. N dan klien kedua Ny. I dengan skala nyeri 2 sehingga masalah nyeri akut teratasi.