

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

4.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus dengan judul “Asuhan keperawatan pada Ny.”I” P1A0 *Postpartum Maturus Sectio Caesarea Transperitonealis Profunda* POD 1 Dengan Masalah Nyeri Akut Di Ruang Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2023” ini sudah selesai dilaksanakan dari tanggal 10 April s/d 19 April 2023, dengan 1 orang pasien yang diberikan fokus intervensi asuhan keperawatan dan fokus intervensi mobilisasi dini untuk menurunkan nyeri akut pada ibu postpartum *sectio caesarea*. Pelaksanaan studi kasus ini berlangsung 5 hari dengan 3 hari di rumah sakit dan 2 hari di rumah pasien (*home visit*), dimulai dari masa postpartum hari ke-1 sampai dengan postpartum hari ke-5. Sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) tindakan dilakukan pengkajian terkait nyeri menggunakan lembar observasi nyeri. Hasil data yang didapatkan dan dikumpulkan akan digambarkan dalam bentuk asuhan keperawatan yang terdiri dari beberapa proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1.1 Hasil Pengkajian

Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian

Aspek yang dikaji (1)	Hasil (2)
Identitas Pasien	Pasien bernama Ny. N dengan usia 24 Tahun. No. Register 3020302, Pendidikan terakhir pasien SMA dan bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga yang beralamatkan di Jl. Rumah Sakit Gg. Siliwangi VI no. 32, Ujung Berung dan dilakukan pengkajian padahari Rabu, 12 April 2023 pukul 13.00 WIB dengan diagnosa medis P1A1 + Gawat janin + Mekonium
Riwayat Kesehatan	<p>a. Keluhan Utama : Pasien mengeluh nyeri di daerah sekitar bekas luka operasi</p> <p>b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Pasien mengatakan sejak 2 hari yang lalu sudah mengalami kontraksi lalu dibawa ke Bidan terdekat, selain itu pasien mengatakan merasa mules sudah terasa sering. Ketika pukul 02.00 dini hari, pasien diberi induksi tetapi baru pada saat pembukaan ke-8 serta terlihat ketuban sudah berwarna hijau. Lalu pada pukul 07.00 keesokan harinya pasien dirujuk ke RSUD Kota Bandung dengan diagnosa medis gawat janin + mekonium dan dilakukan operasi sectio caesarea pada pukul 10.00 pagi. Pasien mengatakan terasa nyeri dan pada saat ditanya nyeri yang dirasakan dari 1-10, pasien menjawab dengan skala nyeri yang dirasakan berada diangka 7, adapun nyeri terasa dibagian luka operasi, rasa nyeri tersebut seperti ditusuk-tusuk dan akan bertambah jika pasien melakukan pergerakan seperti miring kanan miring kiri dan duduk. Pada saat dikaji didapati hasil TD: 110/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,8 C, SPO2: 97%.</p> <p>a. Riwayat Kesehatan Dahulu: Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit, seperti tekanan darah tinggi, gula, jantung. Pasien juga mengatakan tidak pernah dirawat di RS dan pasien tidak ada alergi terhadap obat-obatan tertentu.</p> <p>b. Riwayat Kesehatan Keluarga : Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, HIV, AIDS. Pasien dan keluarga juga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan yang diderita seperti asma, jantung, hipertensi, diabetes melitus.</p> <p>c. Riwayat Ginekologi: Riwayat menstruasi : Pasien mengatakan pertamakali haid pada umur 12 tahun dengan siklus haid teratur 26-28 hari, pasien biasanya mendapati menstruasi selama 6 hari. Pasien mengeluh kram perut dan nyeri hebat ketika awal-awal haid, sekarang sudah tidak.</p> <p>Riwayat pernikahan :</p>

	<p>Pasien mengatakan statusnya sudah menikah. Usia keduanya saat menikah 23 tahun. Pernikahan tersebut sudah berusia 10 bulan dan merupakan pernikahan pertama bagi keduanya.</p> <p>Riwayat keluarga berkencana (KB) : Pasien mengatakan tidak sedang menggunakan alat kontrasepsi. Keluarga mengatakan mendukung apapun keputusan pasien. Pasien berencana akan menggunakan kontrasepsi jenis pil 3 bulan.</p> <p>d. Riwayat obsterti: Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu : Pasien mengatakan belum pernah hamil sebelumnya dan merupakan anak pertama (primipara) maka ini merupakan kehamilan, persalinan dan nifas yang pertama.</p> <p>Riwayat kehamilan sekarang : Riwayat P1A0, hari pertama haid terakhir pada 15 Juli 2022 dengan taksiran persalinan 22 April 2023. Persalinan terjadi di 12 April 2023. Keluhan saat hamil, pasien merasa mual-mual pada awal kehamilan. ANC 12x di Bidan. Pasien sudah melakukan imunisasi TT 2x. Obat yang dikonsumsi ada tablet Fe, kalsium dan vitamin.</p> <p>Riwayat persalinan sekarang : Jenis persalinan buatan <i>sectio caesarea</i> dengan insisi <i>transperitoneal profunda</i> dengan masa gestasi 40 minggu, keadaan plasenta dengan berat 500gr berdiameter 10cm yang ditolong oleh dokter.</p>
Pola Aktivitas	Saat dirumah sakit pasien sudah BAB 1x. Pasien mandi 1x/hari dengan di seka, dan mengganti pakaian dalam ketika mengganti pembalut. Pasien belum melakukan dan belum mengetahui mengenai perawatan post operasi <i>sectio caesarea</i> dan cara merawat luka bekas operasi dirumah.
Pemeriksaan Fisik	<p>Keadaan umum : Kesadaran pasien Compos Mentis, GCS: 15. TD: 110/70 mmHg, N: 80x/mnt, S: 36,8°C. Pemeriksaan antropometri TB: 155 cm, BB sekarang: 63 Kg, BB sebelum hamil: 52 Kg, dengan IMT 18,5 yang artinya pasien dalam batas normal.</p> <p>Perut : Terdapat luka bekas operasi dengan panjang 10 cm berbentuk horizontal, keadaan luka bekas operasi tampak bersih dan TFU sepusar, kontraksi uterus keras, tidak ada kemerahan, tidak ada edema, tidak berwarna kebiruan di sekitar luka, tidak ada pengeluaran cairan/serum dari luka atau disebut dengan REEDA (<i>Redness, Echymosis, Drainage, Approximation</i>)</p> <p>Genitalia : Vulva/vagina terpasang kateter. Tampak <i>lochea</i> rubra, berbau khas, berwarna merah, jumlah ± 150 ml, pembalut tampak penuh dan sudah diganti frekuensi waktu pasien mengganti pembalut yaitu sebanyak 4-5x/hari. Tidak terdapat luka perineum dikarenakan pasien dengan SC dan tidak terdapat ahemoroid dibagian anus.</p>
Data Psikologis	<p>Status emosional : Emosi pasien stabil, pasien mengatakan merasa status emosinya baik karena pasien sudah mengikhlaskan dan bersyukur atas apapun yang terjadi kepadanya.</p> <p>Fase post partum :</p>

Pasien berada pada fase <i>taking in</i> : Pasien mengatakan belum bisa melakukan perawatan luka <i>post operasi sectio caesara</i> .				
Data Penunjang	Laboratorium (Darah) :			
	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	
	Leukosit	H 14,6	$10^3/\mu\text{L}$	
			Nilai Normal 3.6-11.0	
Terapi Obat	Nama obat	Dosis	Rute	
	Ceftriaxone	2x192 mg	Oral	
				Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh.
	Kaltrofen	2 x 1 mg	Oral	
				Obat ini digunakan untuk mengatasi nyeri ringan sampai sedang pada sakit gigi dan setelah cabut gigi, sakit kepala, sakit telinga, nyeri dan radang pada reumatik ringan dan gangguan otot skelet lainnya, nyeri sendi, demam, nyeri pasca operasi terutama pembedahan ortopedik, gout akut dan nyeri haid (dismenore).
	Cripsa	2 x 1 mg	Oral	
			Cripsa adalah obat ergot yang bertindak seperti zat alami tertentu (dopamin) di otak. Cripsa juga mencegah pelepasan hormon tertentu (hormon pertumbuhan, prolaktin). Cripsa dapat menurunkan kadar hormon ini, tetapi tidak menyembuhkan.	
Paracetamol	3 x 1 mg	Oral		
			Analgesik untuk meredakan sakit kepala, nyeri ringan hingga sedang dan demam.	
SF	3 x 1 mg	Oral		
			Suplemen zat besi untuk mengobati atau mencegah kekurangan kadar zat besi dalam darah.	

b. Analisa data

Tabel 4. 2 Analisa Data

No	Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	DS: - Pasien mengeluh nyeri dibagian perut dan luka operasi - Pasien mengeluh lemas - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk DO: - Terdapat bekas luka post operasi sectio caesarea - Panjang luka pada perut pasien sepanjang 10 cm - Nyeri berada di skala 7 (1-10) - TD : 120/80 mmHg - N : 80x/menit - S : 36,8% - R : 21x/menit	Sectio Caesarea ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan sekunder terhadap luka operasi ↓ Gangguan rasa nyaman ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut
2.	DS: - Pasien mengatakan ini merupakan kelahiran anak pertamanya - Pasien mengatakan belum mengetahui nutrisi yang dapat mempercepat penyembuhan luka. - Pasien mengatakan belum tau mengenai cara mengontrol nyeri DO: -Pasien baru pertama kali menjalani operasi post sectio caesarea - P1, A0 - Pasien tampak kebingungan	Insisi pembedahan ↓ Sectio Caesarea ↓ Perubahan Fisiologis ↓ Nyeri akut ↓ <i>Taking hold</i> (ketergantungan kemandirian) ↓ Belajar mengenai perawatan	Defisit Pengetahuan

		<p>diri</p> <p>↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	
3.	<p>DS:</p> <p>-Pasien mengatakan belum pernah mengalami operasi section caesarea</p> <p>DO:</p> <p>-Terdapat luka insisi pada abdomen +/- 10 cm dan jenisnya transperitoneal profunda</p> <p>- Terpasang kateter</p> <p>-Keadaan luka tertutup kassa</p>	<p>Sectio Caesera</p> <p>↓</p> <p>Luka post operasi</p> <p>↓</p> <p>Jaringan terbuka</p> <p>↓</p> <p>Proteksi kurang</p> <p>↓</p> <p>Invasi bakteri</p> <p>↓</p> <p>Resiko Infeksi</p>	Resiko Infeksi

4.1.2 Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian selanjutnya dilakukan analisa data dan didapatkan kesimpulan sebagai diagnosa keperawatan yang diangkat, yaitu nyeri akut hasi (D.0077). Lalu diagnosa medis defisit pengetahuan (D.0111) perawatan *post operasi sectio caesarea* berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post operasi *sectio caesarea*, dan terakhir yaitu ada risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan terdapat luka operasi, terpasang kateter dan Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan pasien tampak cemas (D.0080)

4.1.3 Perencanaan keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat, penulis merencanakan

Tindakan keperawatan sebagai berikut:

Tabel 4. 3

Tabel Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan skala nyeri pasien 7 (1-10)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Skala berkurang 3. Pasien dapat mengontrol nyeri 4. Pasien mampu mengatasi nyeri 5. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	1. Observasi TTV 2. Kaji nyeri secara Komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi) 3. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 4. Ajarkan teknik non farmakologi yaitu Latihan mobilisasi 5. Berikan analgetic untuk mengurangi nyeri 6. Edukasi/health promotion cara untuk mengurangi nyeri 7. Berikan posisi semi fowler 8. Ajarkan Latihan semifowler	1. Mengetahui umum kondisi pasien 2. Mengetahui tingkat atau skala nyeri yang pasien rasakan 3. Mengetahui apa yang memperberat nyeri yaitu luka operasi 4. Mobilisasi dapat mengurangi tingkat nyeri dikarenakan pergerakan sehingga tidak terjadi kaku pada pasien 5. Pemberian analgetic dapat mengurangi rasa nyeri 6. Mengetahui cara-cara untuk dapat mengontrol nyeri

2.	<p>Defisit pengetahuan : perawatan <i>post operasi sectio caesarea</i> berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan <i>post operasi sectio caesarea</i></p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat 2. Lakukan health promotion mengenai penanganan ibu <i>post partum section caesarea</i> 3. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien dan keluarga yang sudah didukasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat 2. Mengenai peningkatan kemampuan yang tepat 3. Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien
----	--	--	--	--



3.	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai terdapat luka <i>post operasi</i>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda gejala resiko infeksi 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada luka operasi 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 8. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama tinggi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tanda dan gejala 2. Agar luka pasien tetap aman dari bakteri lainnya 3. Perawatan kulit bertujuan untuk tetap menjaga luka pada saat dirumah. penyebaran mikroorganisme. 4. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka perineum. 5. Mengetahui tanda dan gejala infeksi. 6. Mencegah penyebaran mikroorganisme 7 Makanan tinggi protein dapat mempercepat penyembuhan luka.
----	---	--	---	---


4.1.4 Pelaksanaan keperawatan

Setelah dilakukan perencanaan keperawatan, dilanjutkan dengan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari pada tanggal 12-16 April 2023 dimana pada saat tanggal 15-16 April 2023 melakukan *home visit* di rumah pasien.

Tabel 4. 4

Pelaksanaan Keperawatan


No.	Tanggal /Jam	D.Kep	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	12 April 2023 10.30 – 13.45 WIB	1 (D.0077) Nyeri akut	1.1 Mengobservasi TTV E/ TD : 110/70 mmHg - N : 90x/menit - R : 21x/menit - Spo2 : 98%	
			1.2 Mengkaji nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi) E/ Pasien mengatakan lokasi nyeri berada dibagian perut sekitar bekas luka operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 7 (1-10)	
			1.3 Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi E/ Pasien mengatakan nyeri terasa akibat luka operasi <i>sectio caesarea</i>	
			1.4 Mengajarkan teknik non-farmakologi yaitu mobilisasi miring kanan dan miring kiri E/ Pasien mengeluh nyeri saat bergerak tetapi pasien kooperatif	
2.	14.00	3 Resiko Infeksi (D.0142)	3.1 Memonitor tanda dan gejala risiko infeksi E/ Luka tertutup sepanjang 10 mm dan bersih	
			3.2 Membatasi jumlah pengunjung E/ Pasien hanya ditemani oleh suaminya	
			3.5 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi E/ Perawat memakai handscoon saat melakukan tindakan agar menjaga kebersihan	
			3.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	


				E/ Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	
3.	14.20	2 Defisit Pengetahuan	2.2	Melakukan <i>health promotion</i> mengenai perawatan post SC E/ Pasien sudah paham dan dapat menjelaskan ulang penjelasan Perawat	
			2.4	Memberikan <i>health promotion</i> mengenai cara mengatasi nyeri E/ Pasien sudah paham dan dapat menjelaskan ulang penjelasan perawat	


4.1.5 Evaluasi Sumatif (Catatan Perkembangan)


Tabel 4. 5


Evaluasi Sumatif


Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13 April 2023 14.00 – 20.30 WIB	1	<p>S : pasien mengatakan masih merasa nyeri dibagian luka, pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, pasien mengatakan cemas</p> <p>O : skala berada diangka 6 (1-10), pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>1.1 observasi TTV</p> <p>1.2 kaji nyeri secara komprehensif</p> <p>1.5 berikan obat analgetic</p> <p>1.7 berikan posisi semi fowler</p> <p>1.9 ajarkan pasien duduk dipinggir tempat tidur</p> <p>I :</p> <p>1.1 mengobservasi TTV</p> <p>1.2 mengkaji nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi)</p> <p>1.5 berikan analgetic untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.7 memberikan posisi semi fowler</p> <p>1.9 mengajarkan pasien duduk dipinggir tempat tidur</p>	


		<p>E :</p> <p>1.1 TD : 120/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,2, Spo2: 99%.</p> <p>1.2 Lokasi nyeri yang dirasakan pasien berada di luka post operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul.</p> <p>1.5 Pasien diberikan obat PCT untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.6 Pasien tampak nyaman ketika diberi posisi semi fowler</p> <p>1.8 pasien dapat melakukannya walau masih terasa nyeri</p>	
	3	<p>S : pasien mengatakan terdapat nyeri tekan pada luka bekas operasi, pasien belum mengetahui tanda dan gejala penyebab resiko infeksi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan - pembalut tampak penuh - terpasang kateter - luka tertutup kassa <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>1.1 monitor tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>1.2 lepas kateter</p> <p>1.3 bantu pasien ganti pembalut</p> <p>1.4 jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>I :</p> <p>1.1 memonitor tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>1.2 melepas kateter</p> <p>1.3 membantu pasien mengganti pembalut</p> <p>1.4 menjelaskan tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>E/</p> <p>1.1 tidak terdapat kemerahan,</p>	


		<p>pembengkakan, darah keluar, dll</p> <p>1.2 pasien sudah dilepas kateternya</p> <p>1.3 genitalia pasien tampak bersih dan pasien tampak nyaman</p> <p>1.4 pasien paham apa saja tanda dan gejala resiko infeksi</p>	
<p>14 April 2023 09.00-13.30 WIB</p>	1	<p>S : pasien mengatakan masih merasa nyeri dibagian luka tetapi tidak terasa nyeri seperti kemarin,</p> <p>O : skala berada diangka 4 (1-10), pasien sudah bisa melakukan mika miki secara mandiri walau wajah pasien tampak meringis</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>1.3 kaji nyeri secara komprehensif</p> <p>1.4 ajarkan teknik non-farmakologis yaitu latihan mobilisasi dini</p> <p>1.7 ajarkan Latihan berjalan</p> <p>I :</p> <p>1.3 mengkaji nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi)</p> <p>1.4 mengajarkan teknik non-farmakologis yaitu Latihan mobilisasi dini</p> <p>1.6 memberikan posisi semi fowler</p> <p>1.7 mengajarkan Latihan berjalan</p> <p>E :</p> <p>1.5 Lokasi nyeri yang dirasakan pasien berada di luka post operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul.</p> <p>1.6 Pasien melakukan Latihan mobilisasi dimulai dari miring kanan miring kiri, semi fowler, Latihan duduk</p>	



		<p>1.5 Pasien tampak nyaman ketika diberi posisi semi fowler</p> <p>1.8 pasien kooperatif namun masih terlihat kaku saat berjalan</p>	
	3	<p>S : ibu mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi, pembengkakan pada area luka, dan bercak darah pada area luka, ibu mengatakan bisa menjaga kebersihan tangan namun ibu masih belum mengetahui cara perawatan luka dirumah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan - luka tertutup kassa - pasien tampak kebingungan <p>A : masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>4.2 batasi jumlah pengunjung</p> <p>1.4 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>1.5 pertahankan teknik aseptik</p> <p>4.3 berikan perawatan luka</p> <p>1.7 anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>1.8 anjurkan perawatan luka dirumah</p> <p>I :</p> <p>1.2 membatasi jumlah pengunjung</p> <p>1.4 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>1.5 mempertahankan teknik aseptik</p> <p>1.3 memberikan perawatan luka</p> <p>1.7 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>1.8 mengajarkan perawatan luka dirumah</p> <p>E/</p> <p>1.2 pasien hanya ditemani oleh suaminya</p>	

		<p>4.4 perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>4.5 perawat memakai handscoon</p> <p>1.3 tidak terdapat tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.9 pasien kooperatif dan paham akan penjelasan perawat</p> <p>1.10 pasien kooperatif dan paham akan penjelasan perawat</p>	
	4	<p>S : pasien mengatakan merasa cemas dan gelisah ketika mengetahui anaknya meninggal</p> <p>O : pasien tampak cemas</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>1.1 monitor tanda tanda ansietas</p> <p>1.2 ciptakan suasana tarapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>1.3 pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>1.4 anjurkan megungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>1.5 anjurkan keluarga untuk selalu damping dan mendukung pasien</p> <p>I :</p> <p>1.1 memonitor tanda tanda ansietas</p> <p>1.2 menciptakan suasana tarapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>1.3 memahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>1.4 menganjurkan megungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>1.5 menganjurkan keluarga untuk selalu damping dan mendukung pasien</p> <p>E:</p> <p>1.1 pasien terlihat cemaas, gelisah dan menangis</p> <p>1.2 pasien bersedia menceritakan penyebab cemasnya</p>	

		<p>1.3 perawat mendengarkan seluruh cerita pasien</p> <p>1.4 pasien mengungkapkan perasaannya</p> <p>1.5 keluarga bersedia mendampingi pasien</p>	
<p>15 April 2023 (Home visit) 10.00 – 11.00 WIB</p>	1	<p>S : pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p>O : skala berada di angka 3 (1-10), pasien sudah bisa berjalan secara perlahan</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>1.1 kaji nyeri secara komprehensif</p> <p>1.3 ajarkan teknik non-farmakologis yaitu latihan mobilisasi dini</p> <p>1.7 ajarkan latihan berjalan :</p> <p>1.6 mengkaji nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi)</p> <p>1.4 mengajarkan teknik non-farmakologis yaitu Latihan mobilisasi dini</p> <p>1.8 memberikan posisi semi fowler</p> <p>1.9 mengajarkan Latihan berjalan</p> <p>E :</p> <p>1.13 Lokasi nyeri yang dirasakan pasien berada di luka post operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul.</p> <p>1.14 Pasien melakukan Latihan mobilisasi dimulai dari miring kanan miring kiri, semi fowler, Latihan duduk</p> <p>1.6 Pasien tampak nyaman ketika diberi posisi semi fowler</p> <p>1.8 pasien kooperatif namun masih terlihat kaku saat berjalan</p>	




	2	<p>S : pasien mengatakan belum terlalu paham dengan cara perawatan postsectio caesarea dan perawatan luka dirumah</p> <p>O : pasien tampak bingung</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>1.1 jelaskan cara perawatan post section caesarea dirumah</p> <p>1.2 jelaskan perawatan luka dirumah</p> <p>I :</p> <p>1.1 menjelaskan cara perawatan post section caesarea dirumah</p> <p>1.2 menjelaskan perawatan luka dirumah</p> <p>E:</p> <p>1.1, 1.2 pasien paham dan dapat menjelaskan ulang penjelasan perawat</p> <p>R/ intervensi dilanjutkan</p>	
	4	<p>S : pasien masih merasa cemas tetapi tidak secemas kemarin</p> <p>O : pasien tampak murung</p> <p>A : masalah teratasi Sebagian</p> <p>P :</p> <p>1.1 monitor tanda tanda ansietas</p> <p>1.2 ciptakan suasana tarapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>1.3 pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>1.4 anjurkan megungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>1.5 diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>I :</p> <p>1.1 memonitor tanda tanda ansietas</p> <p>1.2 menciptakan suasana tarapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>1.3 memahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>1.4 menganjurkan megungkapkan perasaan dan persepsi</p>	

		<p>1.5 mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>E:</p> <p>1.1 pasien terlihat murung</p> <p>1.2 pasien bersedia menceritakan penyebab cemasnya</p> <p>1.3 perawat mendengarkan seluruh cerita pasien</p> <p>1.4 pasien mengungkapkan perasaannya</p> <p>1.5 pasien mengatakan akan bersabar dan ikhlas menerima peristiwa yang menurutnya adalah sebuah takdir</p> <p>R/ intervensi dilanjutkan</p>	
<p>16 April 2023 11.00 – 12.00 WIB</p>	1	<p>S : pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p>O : skala berada diangka 2 (1-10), pasien sudah bisa berjalan secara perlahan</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>1.15 kaji nyeri secara komprehensif</p> <p>1.16 ajarkan teknik non-farmakologis yaitu latihan mobilisasi dini</p> <p>1.7 ajarkan Latihan berjalan</p> <p>I :</p> <p>1.7 mengkaji nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi)</p> <p>1.4 mengajarkan teknik non-farmakologis yaitu Latihan mobilisasi dini</p> <p>1.10memberikan posisi semi fowler</p> <p>1.11mengajarkan Latihan berjalan</p> <p>E :</p> <p>1.17 Lokasi nyeri yang dirasakan pasien berada di luka post operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul.</p> <p>1.18 Pasien melakukan Latihan mobilisasi dimulai dari miring kanan miring kiri, semi fowler, Latihan duduk</p>	

		<p>1.7 Pasien tampak nyaman ketika diberi posisi semi fowler</p> <p>1.8 pasien kooperatif namun masih terlihat kaku saat berjalan</p>	
	2	<p>S : pasien mengatakan belum terlalu paham dengan peningkatan asupan nutrisi</p> <p>O : pasien tampak bingung</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>1.8 anjurkan pasien mengkonsumsi nutrisi tinggi</p> <p>I :</p> <p>1.8 menganjurkan pasien mengkonsumsi asupan nutrisi yang tinggi</p> <p>E:</p> <p>1.8 pasien paham dan melaksanakan saran dari perawat</p> <p>R/ intervensi dihentikan</p>	
	4	<p>S : pasien merasa sudah tidak cemas</p> <p>O : pasien tampak nyaman</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>1.1 anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>1.2 diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>I :</p> <p>1.1 menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>1.2 mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>E:</p> <p>1.1 pasien mengatakan dirinya sudah mulai tenang dan menerima keadaannya sekarang</p> <p>1.2 pasien mengatakan akan melakukan aktifitas normal seperti sebelumnya</p> <p>R/ intervensi dihentikan</p>	

Tabel 4. 6 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan Implementasi Keperawatan selama 5 hari dari tanggal 12-16 April 2023, didapatkan hasil evaluasi akhir sebagai berikut :

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<p style="text-align: center;">Senin 16 April 2023 13.00</p>	1	<p>S : Pasien mengatakan bahwa nyeri pada bekas luka operasi sudah mulai berkurang, tetapi jika berpindah dari posisi tidur ke posisi duduk, nyeri akan terasa namun hanya ada pada skala 2 (1-10)</p> <p>O : - Pasien tampak nyaman - Skala nyeri 3 (1-10) - TD : 110/70 mmHg - N : 90x/menit - S : 35,3 C</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : - Identifikasi ulang, lokasi, karakteristik, tingkat dan skala nyeri - Identifikasi ulang respon nyeri non verbal - Monitor TTV - Kaji ulang kemampuan pasien aktivitas - Jelaskan tujuan mobilisasi dini - Anjurkan pasien melakukan mobilisasi dini - Pasien diberikan obat sesuai indikasi dan pasien meminum obatnya</p> <p>E : - TTV pasien dalam batas normal - Pasien mampu melakukan mobilisasi dini - Pasien diberikan obat sesuai indikasi dan pasien meminum obatnya</p>	
13.30	2	<p>S : Pasien mengatakan sudah mengerti dan bisa menjelaskan ulang semua edukasi atau <i>health promotion</i> yang diberikan oleh perawat saat dirumah sakit maupun dirumah saat melakukan <i>home visit</i>.</p> <p>O : Pasien tampak paham dan dapat menjelaskan ulang penjelasan yang diberilah oleh perawat A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	
14.00	3	<p>S : Pasien mengatakan mengerti dan memahami tanda dan gejala serta infeksi (kemerahan pada kulit sekitar, pembengkakan, keluar cairan/nanah dari</p>	

		luka) O : - Pasien mampu mencuci tangan yang baik dan benar sesuai dengan apa yang diajarkan oleh Perawat - Pasien mau mengikuti anjuran dari perawat untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. - Luka operasi tertutup perban - Tidak ada tanda gejala A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--

4.2 Pembahasan

Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 5 hari pada Ny.”N” P1A0 *postpartum* *maturus sectio caesarea* transperitoneal profunda POD 1 dengan masalah nyeri akut , dimulai sejak tanggal 12 April – 16 April 2023 di ruang Aster RSUD Kota Bandung dengan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, hingga evaluasi maka akan dibahas terkait fakta yang didapat di lapangan yang dikaitkan dengan teori.

Postpartum adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (*puerperium*) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6-8 minggu. Selama periode paska melahirkan, sang ibu akan mengalami sejumlah perubahan fisiologis dan psikologis ketika tubuh kembali ke keadaan sebelum hamil (Santika, 2020).

Persalinan melalui *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan dengan membuat sayatandi dinding rahim, sehingga menyebabkan adanya luka bekas operasi yang cukup besar. Luka bekas operasi ini seringkali membuat ibu merasa khawatir dan takut

untuk melakukan pergerakan, selain itu luka tersebut juga menimbulkan nyeri pada ibu. (Antameng dkk., 2019)

4.2.1 Hasil Pengkajian

Nyeri adalah mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran terhadap kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Karena nilainya bagi kelangsungan hidup, nosiseptor (reseptor nyeri) tidak beradaptasi terhadap stimulasi yang berulang atau berkepanjangan. Simpanan pengalaman yang menimbulkan nyeri dalam ingatan membantu kita menghindari kejadian – kejadian yang berpotensi membahayakan di masa mendatang. Operasi SC merupakan operasi besar yang dapat meninggalkan rasa sakit sesudahnya. (Faisol, 2022)

Sebelum dilakukan intervensi dan implementasi tindakan keperawatan maka langkah pertama untuk mendapatkan data dalam studi kasus ini yaitu dilakukannya pengkajian terhadap pasien. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan hasil Ny.”N” bahwa ibu dilakukan operasi sectio caesarea dikarenakan faktor ibu yaitu karena mengalami gawat janin dan aspirasi meconium yang termasuk dalam kategori gawat janin. Hal ini, menandakan bahwa bisa menjadi faktor pemicu ibu untuk dilakukannya operasi sectio caesarea dikarenakan sejalan dengan hasil penelitian yang di peroleh di RSUD. Liun Kendage Tahuna pada tahun 2013, gawat janin merupakan salah satu indikasi yang banyak di temui pada ibu dengan persalinan sectio caesarea, ibu dengan gawat janin tidak dapat melakukan partus normal karena akan membahayakan keselamatan ibu dan bayi.

Hal tersebut sesuai dengan teori Nugroho (2010) yang menyatakan bahwa , jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih dari

1/5 di atas simfisis pubis atau bagian teratas tulang kepala janin berada di atas stasion 0, lakukan persalinan dengan sectio caesarea. (Veibymiaty Sumelung Rina Kundre Michael Karundeng, 2014). Dikarenakan pasien mengalami operasi sectio caesarea maka dari itu keluhan pertama pasien yaitu nyeri, sejalan dengan teori Mubarak, dkk bahwa Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak.

Hasil pemeriksaan fisik, pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang jika pasien diam. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk. Nyeri terasa dibagian perut bawah dan tidak menyebar. Skala nyeri 7 (0-10). Nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien mengatakan ragu saat bergerak, pasien tampak meringis saat bergerak, pasien tampak lemah, pergerakan klien tampak terbatas. TD : 120/80 mmHg, N : 90x/menit, R : 21x/menit, S : 36,5°C. Luka pada bekas operasi pasien sepanjang 10 cm dengan panjang horizontal, tampak bersih dan tidak ada tanda tanda REEDA.

Data psikologis pasien menunjukkan bahwa pasien berada pada fase taking in (hari ke1-2), pasien kesulitan melakukan pergerakan karena luka jahitannya sakit, kemudian ibu belum mengetahui bagaimana cara perawatan post secto caesarea dirumah, ibu juga belum mengetahui mengenai asupan nutrisi yang baik untuk mempercepat penyembuhan luka. Setelah fase ini pasien akan melalui fase taking hold (hari ke 3-10). Menurut tinjauan teori Purwanto

dkk (2018), pada fase taking hold ibu sudah mulai mandiri namun masih memerlukan bantuan. Tugas tenaga kesehatan adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, memberikan health promotion yang dibutuhkan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

Hasil laboratorium yang dilakukan pada Ny."N" didapatkan data bahwa terjadi peningkatan leukosit dengan hasil 14,120 sel/uL dengan nilai normal 3,800 – 10,600 sel/uL namun untuk data lain seperti hemoglobin, eritrosit, hematokrit, dan trombosit dalam batas normal sesuai dengan nilai rujukan rumah sakit.

4.2.2 Hasil Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diangkat oleh penulis itu sudah sesuai dengan yang telah dikemukakan oleh Tim Pokja DPP PPNI, berdasarkan hasil analisa data yang telah diperoleh didapatkan masalah diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan skala nyeri berada di angka 7 (1-10), defisit pengetahuan (D.0111) perawatan post operasi sectio caesarea berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post operasi sectio caesarea, dan terakhir yaitu adarisiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan terdapat luka operasi dan ansietas berhubungan krisis situasional ditandai dengan pasien mengatakan cemas (D.0080)

Adapun diagnosa lain yang seharusnya muncul yaitu gangguan mobilitas fisik (D.0054) tidak diangkat karena berhubungan dengan tidak adanya

tanda kelemahan pada Ny."N", konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (D.0111) tidak diangkat karena tonus otot pada Ny."N", menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin (D.0029) tidak diangkat karena By.Ny."N" meninggal dunia, gangguan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasional (D.0120) tidak diangkat sebagai diagnose karena hubungan pasien dengan keluarga baik.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, Penulis melaksanakan intervensi dan implementasi sesuai tujuan studi kasus. Rencana tindakan pada masalah utama yang dialami oleh pasien sudah sesuai dengan intervensi keperawatan terkait masalah nyeri akut sesuai SIKI 2018 yang disusun oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI dengan rencana tujuan 3 x 7 jam yang diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil skala nyeri berkurang(L.08066) : keluhan nyeri menurun, tidak meringis, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik dengan memberikan manajemen nyeri adapun intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut diantaranya identifikasi karakteristik nyeri, monitor tanda-tanda vital, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik non farmakologis, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, kolaborasi dalam pemberian analgetic.

Rencana intervensi lain yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah lain yang dirasakan oleh pasien dengan deficit pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil pengetahuan pasien meningkat (L.12111) identifikasi kemampuan mengetahui penyebab, lakukan edukasi mengenai perawatan post SC dan berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien. Untuk masalah terakhir yaitu risiko

infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil (L.14137) dengan kriteria hasil kebersihan tangan, badan meningkat, tidak ada tanda terjadinya REEDA, sel darah putih atau leukosit membaik dengan memberikan pencegahan infeksi, intervensi yang dapat dilakukan yaitu monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi. Selanjutnya yaitu rencana intervensi pada diagnose ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil (L.09093) menyingkirkan tanda kecemasan, tidak terdapat perilaku gelisah, menurunkan stimulasi lingkungan ketika cemas, dan konsentrasi membaik.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan dimulai pada tanggal 12-04-2023 sampai dengan 16-04-2023 untuk masalah utama yaitu nyeri akut. Pada pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Perawat juga memberikan tindakan non-farmakologis yaitu mobilisasi dini sebagai tindakan terapeutik untuk menurunkan nyeri akut menggunakan SPO RSUD Kota Bandung pada pasien dengan hasil evaluasi menggunakan lembar observasi untuk mengetahui perkembangan skala nyeri, didapatkan hasil skala nyeri menurun setelah dilakukan mobilisasi dini, teknik non farmakologi tersebut dilakukan sebelum diberikannya obat analgetik. Untuk pengukuran skala nyeri sendiri dilakukan dengan NRS (Numeric Rating Scale) dikarenakan standar pengukuran nyeri yang digunakan di RSUD Kota Bandung menggunakan alat NRS.

Masalah diagnosa keperawatan selanjutnya yaitu untuk deficit pengetahuan dengan kriteria hasil pengetahuan pasien meningkat dengan memberikan implementasi sesuai perencanaan keperawatan dan terbukti dengan pasien dapat menjelaskan ulang seluruh edukasi yang telah dijelaskan oleh perawat. Masalah selanjutnya yaitu resiko infeksi dengan kriteria tidak terdapat tanda dan gejala resiko infeksi terbukti dengan tidak terdapat REEDA, leukosit membaik, menjaga aseptik, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan dan jelaskan tanda gejala resiko infeksi.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. (Enung, 2019)

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 16 April 2023 dengan masalah utama yaitu nyeri akut Ny.”N” berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandainyeri berada di skala 7 (1-10) belum teratasi karena sampai hari terakhir dilakukan pelaksanaan keperawatan skala masih berada di angka 2 (1-10) sedangkan kriteria hasil seharusnya berada di skala 1. Evaluasi diagnosa keperawatan selanjutnya yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi teratasi karena pasien dapat menjelaskan ulang edukasi yang telah diberikan oleh perawat selama dilakukannya pelaksanaan keperawatan. Selanjutnya, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuat tubuh primer ditandai dengan adanya

luka bekas post operasi belum teratasi karena untuk resiko infeksi memerlukan waktu lebih dari 3 hari maka dari itu dilanjutkan dengan intervensi yang sudah dicantumkan dalam perencanaan keperawatan. Diagnosa terakhir yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan pasien mengatkan cemas teratasi karena pasien sudah menunjukkan kriteria hasil yang dicapai pada saat melakukan intervensi.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus mengenai asuhan keperawatan pada Ny.”N” dengan masalah nyeri akut di ruangAster yang bertempat di RSUD Kota Bandung yang telah dilaksanakan selama 5 hari terdapat keterbatasan yaitu sulitnya menyocokkan jadwal dinas dengan pelaksanaan keperawatan yang akan diberikan sehingga kurang maksimalnya dalam mengidentifikasi nyeri dan memaksimalkann intervensi lainnya. Penulis juga mengubah judul asuhan keperawatan yang semula terdapat metode section caesarea “Klasik” menjadi Transperitoneal Profunda” dikarenakan keterbatasan pasien di RSUD Kota Bandung pada saat waktu praktik komprehensif.

Terdapat keterbatasan dalam melaksanakan implementasi sesuai dengan urutan diagnose maka dari itu Penulis melakukan implementasi tidak sesuai dengan urutan diagnose dikarenakan alasan satu hal lainnya.

