BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Januari 2020 pukul 11.30 dengan cara autoanamnesa dan alloanamnesa.

A. Hasil

1. Pengkajian

   a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. W
Agama	: Islam
Umur	: 22 tahun / 09 Agustus 1997
Suku bangsa	: Jawa / Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Wirausaha
Alamat	: Penawangan, Pringapus
No. Register	:
Diagnosa	: Post SC
Tanggal melahirkan	: 16 Januari 2020

   b. Indentitas penanggung jawab

Nama	: Tn. R
Agama	: Islam
Umur	: 23 tahun 15 April 1996
Suku bangsa	: Jawa / Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Wirausaha
Alamat	: Penawangan, Pringapus
Hubungan dengan klien	: Suami

c. Keluhan Utama

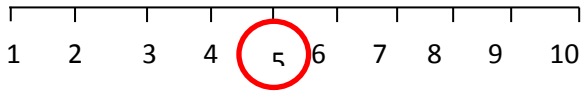
Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas operasi karena obat bius mulai hilang

P : Nyeri saat mobilisasi

Q : Seperti ditusuk-tusuk

R : Bagian abdomen bekas sayatan operasi

S : Skala 5



T : Terus- menerus

d. Riwayat kesehatan

1) Riwayat Kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan ini adalah kehamilan yang pertama. Pasien memeriksakan kandungan di bidan desa setiap 1 bulan sekali. Selama hamil pasien mengatakan tidak mengalami keluhan, hanya saat 3 bulan pertama sering mual saat makan. Selama hamil pasien mengatakan tekanan darahnya normal dan dirinya sehat.

Pasien mengatakan belum menggunakan alat kontrasepsi karena baru menikah dan ingin segera mempunyai momongan.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit ia merasa perutnya kenceng-kenceng kemudian air ketubanya rembes dan dibawa ke bidan desa kemudian dirujuk ke puskesmas. Selama di puskesmas pasien mengatakan hanya pembukaan 1 dari jam 16.00 WIB sampai malam. Kemudian dirujuk de RSUD Ungaran. Saat dilakukan pemeriksaan di IGD RSUD ungaran, pembukaan serviks 1cm, ketuban

rembes jernih. Kontraksi uterus 20-25 menit durasi 10 detik. Pada 16 Januari 2020 pukul 08.30 kontraksi pasien mulai hilang kemudian dianjurkan untuk persalinan sesar karena ketuban sudah rembes lebih dari 12jam dan kontraksi berkurang. Pukul 10.07 pasien melahirkan bayi laki-laki dengan APGAR skore 7,7,9 kondisi bayi normal dengan berat badan 4000 gram panjang badan 53cm lingkar kepala 54 cm lingkar dada 54cm lingkar perut 56cm bayi dirawat di perinatologi karena melalui persalinan sesar.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan dikeluarganya tidak ada riwayat penyakit hipertensi, DM, jantung, bayi kembar, abortus sesar dan distosia.

4) Status obstetri: nifas hari ke-0 P_1A_0

Tabel 3.1 Status Obsetri

NO	Tipe persalinan	BB lahir	Keadaan bayi	Komplikasi nifas	Umur sekarang
1	SC	4000 gr	Baik	-	0 hari

5) Status psikologis

Pasien mengatakan biasa saat menghadapi persalinan karena yakin bahwa ia dan anaknya sehat. Pasien dan keluarga mengatakan senang dengan kehadiran bayinya karna merupakan anak pertama dan cucu pertama di keluarganya. Adaptasi psikologis *taking in*.

6) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : Baik

b) Kesadaran : Composmentis

c) TTV :

TD : 120/60 Mmhg

N : 90x/menit

RR : 22x/menit

S : 36,1 ^{O}C

d) TB : 157 cm

e) BB : 60kg

f) IMT : $60/(1,57)^2$ = 24,3 (normal untuk Ibu post partum)

g) Kepala : Bentuk kepala mesochepal, tidak ada lesi tidak ada nyeri tekan

h) Rambut : Warna rambut hitam penyebaran merta, lurus

i) Kulit kepala : Tampak bersih tidak ada lesi

j) Muka : Simetris, pasien tampak tenang

k) Telinga : Simetris, tidak ada serumen, pendengaran normal

l) Hidung : Simetris, tidak ada pembesaran polip, tidak ada sekret

m) Mulut : Mukosa bibir lembab, tidak ada lecet, tidak ada karies gigi, lidah bersih

n) Leher : Simetris, tidak ada pembesaran tiroid dan limfe

o) Dada :

Paru – paru :

I : Pengembangan paru kanan dan kiri sama saat inspirasi danekspirasi

P : Taktil fremitus simetris

P : Sonor

A : Vesikuler

Jantung :

I : Denyut apikal tidak terlihat

P : Ictu cordis teraba di lateral kiri

P : Redup

A : S_1 dan S_2 reguler

Payudara :

I : Bentuk payudara simetris, puting menonjol, aerolahitam, bengkak, kolostrum sudah keluar

P : -

P : Konsistensi teraba mulai mengencang, pasienmengatakan nyeri, pasien belum menyusui 2 jam pasca operasi, bayi tidak rawat gabung

A : -

p) Abdomen :

I : Terdapat luka jahitan operasi, insisi horisontal pada abdomen bawah dengan panjang

sekitar 17cm lebar 0,5cm TFU 2jari dibawah pusat

A : Bising usus 12x/ menit

P :

Pekak	pekak
timpani	timpani

P : Konsistensi uterus keras, terdapat nyeri tekan

q) Genetalia : Terpasang kateter urine, urine tampung 150cc saat pengkajian. genetalia lembab

Lochea : Rubra, sekitar 30cc, bau khas darah, warna merah segar diameter noda pembalut < 4cm inc (6cm)

r) Ekstremitas atas : Tangan kanan terpasang infus RL 20tpm tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan / massa

s) Ekstremitas bawah : Tidak ada edema tidak ada lesi tidak ada massa

7) Pengkajian Fungsional Gordon

a) Pola persepsi kesehatan

Sebelum sakit : Pada saat hamil pasien memeriksakankandungan di bidan desa selama 1 bulan sekali

Selama sakit : Pasien mengatakan tidak kecewa karna melahirkan sesar karna yang penting ia dan bayinya sehat. Pasien mengatakan tidak ada

bedanya seperti pantangan makanan setelah operasi

b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit : Pasien mengatakan makan 3x sehari habis 1 porsi nasi, sayur dan lauk, kadang buah, pasien minum 6-8 gelas sehari lebih suka air putih -+ 1.500 cc/hari

Selama sakit : Pasien mengatakan sudah minum, 1 jam setelah operasi pasien belum flatus, pasien belum makan

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAK 5-6 kali sehari, warna kuning jernih, BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lembek

Selama sakit : BAK dengan selang kateter -+ 500cc sehari pasien belum BAB pasca operasi

d) Pola aktivitas latihan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan melakukan aktivitas secara mandiri, dan melakukan pekerjaan rumah dan bekerja secara mandiri

Selama sakit : Pasien melakukan aktivitas dibantu dengan keluarga atau perawat, pasien tampak lemah, mobilisasi dibantu, mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengelus perutnya, pasien melindugi area luka.

e) Pola istirahat tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur malam pukul 21.30 selama 7-8 jam sehari

Selama sakit : Pasien mengatakan mengantuk setelah operasi

f) Pola kognitif peceptual

Sebelum sakit : Pasien mengatakan mampu merawat bayinya sendiri

Selama sakit : Pasien mengatakan belum tau bagaimana caranya menyusui ekslusif karena ia bekerja dan pasien belum tau rencana KB dan alat kontrasepsi apa yang bisa dipakai agar aman.

g) Pola persepsi diri

Sebelum sakit : Pasien mengatakan selalu mencari tau apa yang harus dilakukan dalam menghadapi persalinan pada bidan/ internet

Selama sakit : Pasien mengatakan senang sudah melewati persalinan dengan baik dengan baik dan antusias untuk merawat anaknya

h) Pola peran hubungan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan perannya adalah sebagai seorang istri dan anak dari orang tuanya

Selama sakit : Pasien mengatakan saat ini perannya berubah menjadi istri, anak, dan ibu bagi anaknya yang baru lahir

i) Pola seksualitas dan reproduksi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan selama hamil jarang melakukan hubungan seksual karena khawatir dengan kandungannya

Selama sakit : Pasien mengatakan belum ada rencana memiliki anak lagi dan juga belum ada rencana untuk KB

j) Pola koping toleransi stress

Sebelum sakit : Pasien mengatakan mengajak suaminya jalan-jalan untuk mengatasi stress dan bosan

Selama sakit : Pasien mengatakan ingin merawat bayinya sendiri, pasien mengatakan antusias untuk memberikan ASI ekslusif, pasien sering bertanya bagaimana cara menyusui ekslusif

k) Pola nilai kepercayaan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan ibadah sholat 5kali sehari

Selama sakit : Pasien hanya berdoa di atas tempat tidur, pasien tidak memiliki kepercayaan tentang pantangan makan yang berkaitan dengan kondisi kesehatan saat ini

8) Pemeriksaan penunjang

a) Terapi Obat

Tanggal 16 Januari 2020

Tabel 3.2 Terapi Obat

JENIS	DOSIS	RUTE	FUNGSI
Asam Mefenamat	500mg/8jam	Oral	Meredakan nyeri
Paracetamol	500mg/6jam	Oral	Meredakan nyeri / menurunkan suhu tubuh
Nonemi	50mg/24jam	Oral	Menambah darah
Infus RL	20 tpm	IV	Menambah elektrolit
Dexketopropen	25mg/12jam	IV	Meredakan nyeri
Tramadol	500mg/6jam	IV	Meredakan nyeri

b) Pemeriksaan Labpratorium

Tabel 3.3 Data Laboratorium tanggal 15-01-2020

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN	METODE
Hematologi				
Darah lengkap				
Hemoglobin	12,7	g/dl	11,7 – 15,5	Flowcytometer
Leokosit	20,61	10^3/dl	3,6 – 11	Flowcytometer
Trombosit	458	10^3/dl	150 – 440	Flowcytometer
Hematokrit	36,49	%	35 – 42	Flowcytometer
Eritrosit	4,06	10^6/dl	38 – 52	Flowcytometer
Dek erito				
CV	90	Fc	80 – 100	Flowcytometer
CH	31,3	Pg	26 – 34	Flowcytometer
CHC	34,9	g/dl	32 – 36	Flowcytometer
DW-CH	16,2	%	11,2 – 14,5	Flowcytometer
Hitung jenis				
Granulosit	90,5	%	43,6 – 73,4	Flowcytometer
Limfosit	5,4	%	25 – 40	Flowcytometer
Monosit	4,1	%	2 – 8	Flowcytometer

9) Keadaan Bayi Saat Lahir

Bayi lahir tanggal 16 Januari 2020 jam 10.07 WIB jenis kelamin laki-laki, tidak ada cacat, keadaan bayi baik. Bayi tidak rawat gabung.

10) APGAR

Tabel 3.4 APGAR skore

TANDA	1 menit	5 menit	10 menit
Frekuensi jantung	2	2	2
Usaha nafas	2	2	2
Tonus otot	1	1	1
Ferleks	1	1	2
Warna kulit	1	1	2
JUMLAH	7	7	9

Tidak dilakukan tindakan resusitasi

Plasenta cakram dengan ukuran -+ 22 cm x 2 cm tidak ada kelainan

Tali pusat panjang 1,2 cm tidak ada kelainan

11) Pemeriksaan Fisik

a) BB : 400gr

b) PB : 53 cm

c) S : 35°C

d) N : 130x/menit

e) RR : 38x/menit

f) Bunyi nafas : Vesikuler

g) Kepala : Bentuk bulat, ubun-ubun rata

h) Mata : Simetris, tidak ada serumen

i) Telinga : Simetris pendengaran baik

j) Mulut : Simetris, lembab

k) Hidung : Simetris, terdapat lubang hidung, pernafasan vesikuler

l) Leher : Pergerakan leher dapat menoleh kanan kiri

m) Kulit : Lanugo ada, warna kulit merah muda

n) Perut : Cembung, bising usus 11x/menit

o) Punggung : Simetris

p) Genetalia : Laki-laki, testis teraba

q) Anus : Terdapat lubang anus, feses belum keluar

r) Ekstremitas : Jari tangan 10, jari kaki 10, pergerakan aktif

s) Status Neurologi

Moro : Reflek moro baik, bayi tampak terkejut saat respon suara bising

Rooting : reflek bayi mencari puting saat menempelkan jari di area mulus/ pipi

Menghisap : Bayi tampak ada reflek menghisap

Babinsky : Bayi menggerakkan ibu jari dan jari kaki kearah luar

Menggenggam : Bayi reflek menggenggam saat ada jari menempel pada telapak tangan

Berjalan : Bayi tampak mengangkat kaki secara bergantian

Leher : Reflek leher menoleh kanan kiri

t) Nutrisi : ASI

2. Analisa data

Tabel 3.5 Analisa data

NO	Hari/tgl/jam	Data Fokus	Etiologi	Masalah	TTD
1	Kamis, 16 Januari 2020 11.30	DS : - Pasien mengeluh nyeri pada perut bawah bekas sayatan operasi - P : nyeri saat mobilisasi - Q : seperti ditusuk-tusuk - R : abdomen bawah bekas operasi - S : skala 5 - T : terus-menerus DO : - Pasien melindungi area luka - N : 90X/menit - Pasien mengelus perutnya	Kondisi pembedahan ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensori motorik ↓ Nyeri akut	Nyeri akut (SDKI D.0077)	Amalia
2	Kamis, 16 Januari 2020 11.30	DS : - Pasien mengatakan belum tau caranya agar bisa menyusui ekslusif sedangkan ia bekerja DO : - Payudara bengkak - Pasien seringbertanya bagaimana cara menyusui ekslusif - Bayi tidak rawat gabung - Kolostrum udah	Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui atau metode menyusui ↓ Ejekasi ASI tidak adekuat ↓ Pengeluaran ASI tidak adekuat ↓ Kurang pengetahuan perawatan	Menyusui tidak efektif (SDKI D.0029)	Amalia

			keluar - Pasien belum menyusui 2 jam pasca operasi	payudara ↓ Menyusui tidak efektif		
3	Kamis, 16 Januari 2020 11.30	DS : - - DO : -	Pasien mengatakan belum ada rencana KB Pasien mengatakan belum tau tentang macam alat kontrasepsi Pasien belum mengerti tentang KB dan alat-alat kontrasepsi	Kondisi klinis yang baru dihadapi klien ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan tentang KB (SDKI D.0111)	Amalia

3. Daftar Masalah Keperawatan

   a. Nyeri akut berhubungan dengan kondisi pembedahan

   b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui atau metode menyusui

   c. Defisit pengetahuan tentang KB berhubungan dengan kondisi klinis yang baru dihadapi klien

4. Rencana Keperawatan

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan

NO	Hari/tanggal/jam	Luaran	Rencana Keperawatan	TTD
1	Kamis, 16 Januari 2020 11.30	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (SLKI L.08066) a. Keluhan nyeri (skala 5 menurun) b. Skala nyeri 1 atau 2(skala 5 menurun) c. Frekuensi nadi (skala 5 membaik)	Manajemen nyeri (SIKI I.08238) Observasi : 1) Identifikasi lokasi, kualitas, frekuensi nyeri 2) Identifikasi skala nyeri Terapiutik 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi 5) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam Kolaborasi 6) Kolaborasi dengan dokter pemberian analgesik	Amalia

5. Catatan Keperawatan

Tabel 3.7 Catatan keperawatan

Hari/tanggal/jam	NO DX	Implementasi	Respon	TTD
Kamis, 16 Januari 2020 11.35	I	Mengidentifikasi lokasi, kualitas, skala, frekuensi nyeri	DS : 1) Pasien mengeluh nyeri pada bagian bekas operasI 2) P : nyeri saat mobilisasi - Q : seperti ditusuk-tusuk - R : abdomen bawah bekas OP - S : skala 5 - T : terus-menerus DO : - Pergerakan menghindari nyeri - N : 88x/menit	Amalia
11.40	I	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	DS : pasien mengatakan jelas DO : pasien mengikuti intruksi	Amalia
15.30	I	Memberikan terapi farmakologi sesuai advis dokter - Inj dexketopropen 25mg - Inj tramadol 100mg	DS : Pasien mengatakan terimakasih DO : pasien mengucapkan terimakasih, pasien rileks	Amalia
16.00	I	Mengidentifikasi skala nyeri	DS : pasien mengatakn skala nyeri berkurang menjdi 4 DO : pasien menghindari nyeri	Amalia
18.30	I	Menfasilitasi pasien untuk istirahat tidur dengan membatasi pengunjung dan	DS : pasien mengatakan ingin tidur	Amalia

		memberi tahu keluarga untuk membiarkan pasien untuk istirahat	DO: pasien mengantuk	
Jumat, 17 Januari 2020 07.00	I	Mengobservasi pasien minum obat Asam mefenamat 50mg Paracetamol 500mg	DS :pasien mengatakan telah minum obat DO :obat sudah diminum	Amalia
08.00	I	Mengidentifikasi skala nyeri	DS :Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang ke skala 3 DO :pasien lebih nyaman	Amalia
13.15	I	Memfasilitasi istirahat tidur dengan membatasi jumlah pengunjung	DS :pasien mengatakan mau istirahat DO : pasien istirahat	Amalia
Sabtu, 18 Januari 2020 07.30	I	Mengobservasi pasien minum obat - Paracetamol 500mg - Asam mefenamat 500mg	DS :Pasien mengatakan sudah minum obat DO :pasien sudah minum obat	Amalia
13.00	I	Mengidentifikasi skala nyeri	DS :pasien mengatakan nyeri di skala 2 hilang timbul DO :pasien lebih nyaman dan segar	Amalia
13.10	I	Menfasilitasi istirahat tidur	DS :pasien mengatakan ingin tidur DO :pasien mengantuk	Amalia

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3.8 Catatan perkembangan

Hari/tanggal/jam	NO DX	Evaluasi	TTD
Kamis, 16 Januari 2020 18.30	I	S : - Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah bekan operasi - P : nyeri saat mobilisasi - Q : seperti ditusuk-tusuk - R : abdomen bawah bekas OP - S : skala 5 - T : terus-menerus O : - Pasien menghindari nyeri - N : 88x/menit A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri - Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol nyeri - Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik	Amalia
Jumat, 17 Januari 2020 07.30	I	S : - Pasien mengatakan nyeri skala 4 O : - Pasien tampak meringis - N : 82x/menit A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri - Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol nyeri - Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik	Amalia
14.00	I	S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang ke skala 3 O : - Pasien lebih nyaman - N : 85x/menit A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri - Fasilitasi istirahat tidur - Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik	Amalia

Sabtu, 18 Januari 2020 08.00	I	S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang di skala 3 O : - Pasien tampak lebih nyaman - N : 85x/menit A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri - Fasilitasi istirahat tidur	Amalia
14.00	I	- Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik S : - Pasien mengatakan nyeri di skala 2 hilang timbul O : - Pasien lebih nyaman - N : 85X/menit A : Masalah nyeri teratasi P : Pertahankan intervensi - Fasilitasi istirahat tidur	Amalia

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah kegiatan untuk data atau informasi tentang pasien yang diperoleh dari hasil observasi, wawancara, konsultasi dan pemeriksaan agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, mengenali kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, sosial dan spiritual. Kriteria pengkajian keperawatan, meliputi pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, serta dari pemeriksaan penunjang. Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain (Simulat, 2017). Pengkajian pada pengelolaan nyeri Ny. W *post sectio caesarea* dilakukan pada tanggal 16-01-2020 dengan cara autoanamnesa dan alloanamnesa pada Ibu pasien.

Menurut Afroh, Judha & Sudarti (2012) pengkajian nyeri merupakan cara perawat untuk menggali pengalaman nyeridari sudut pandang pasien. Nyeri dapat diukur menggunakan metode *numerical scale* yaitu PQRTS : P (*Provocate*): mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri. Q (*Quality*): dekripsi klien tentang nyeri dengan kalimat sperti terbakar atau tertusuk. R (*Region*): mengkaji lokasi nyeri, menanyakan kepada klien nyeri dibagian tubuh mana. S (*Scale*): kualitas nyeri yang diungkapkan klien menggunakan skala yang bersifat kualitas seperti skala deskriptif. T (*Time*): mengkaji tentang durasi nyeri, kapan nyeri muncul, berapa lama dan seberapa sering nyeri muncul.

Sedangkan pengkajian skala nyeri dapat diukur dengan menggunakaan skala nyeri Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (dari 1-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan. Skala nyeri menurut Hayward dapat ditulis sebagai

berikut: 0 = tidak nyeri, 1-3 = nyeri sedang, 7-9 = sangat nyeri, 10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan.

Berdasarkan keluhan utama pasien, Ny. W mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi *sectio caesarea* jenis *transperitonealis*. Data pengkajian didapatkan data subyektif pada pasien dengan PQRTS yaitu, P : Nyeri saat mobilisasi, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Bagian abdomen bekas sayatan operasi, S : Skala 5, T : Terus- menerus. Sedangkan data obyektifnya: Pergerakan pasien menghindari nyeri, N : 90X/menit, Pasien mengelus perutnya.

Nyeri yang dialami Ny. W disebabkan karena luka operasi pasca melahirkan memalui *sectio caesarea*. Selanjutnya dilihat dari pergerakan pasien yang menghindari nyeri dengan mengelus perutnya, nadi 90x/menit, nyeri saat mobilisasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5, dan nyeri terus-menerus.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Andarmoyo (2013), diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap maslah kesehatan yang aktual dan potensial, atau proses kehidupan. Diagnosa yang muncul pada Ny. W adalah nyeri akut. Nyeri akut menurut Andarmoyo (2013) adalah nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan yang disebabkan karena terjadinya inflamasi atau trauma.

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (M & Nasution, 2016). Tindakan sectio caesarea dilakukan atas beberapa indikasi diantaranya adalah plasenta previa, letak lintang, ketuban pecah dini, solusio plasenta, gawat janin, infeksi inpartum, dan preeklamsia/eklamsia (Nugroho, 2011).

Dari data yang didapatkan saat pengkajian Ny. W di indikasikan mengalami ketuban pecah dini. Menurut Sagita (2017) ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Sehingga dalam hal ini Ny. W yang mengalami ketuban pecah dini harus dilakukan tindakan *operatif sectio caesarea*, dengan dilakukan tindakan sectio caesarea ini menimbulkan masalah pada Ny. W yaitu nyeri akut.

Menurut Andarmoyo (2013), proses atau mekanisme nyeri melalui beberapa tahapan yaitu transduksi, tranmisi, modulasi, dan persepsi. Proses yang pertama adalah transduksi yaitu proses dimana stimulus noksius diubh ke impuls elektrikah pada ujung saraf. Kerusakan jaringan karena trauma pembedahan ataupun trauma lainya menyebabkan sintesa prostaglandin, dimana prostaglandin inilah yang akan menyebabkan sensitasi dari reseptor-reseptor nosiseptif dan dikeluarkannya zat-zat mediator nyeri seperti histamine, serotonin yang akan menimbulkan sensasi nyeri. Keadaan ini dikenal sebagai sensitasi perifer.

Proses yang kedua adalah transmisi yaitu proses penyaluran impuls melalui saraf sensori sebagai lanjutan proes transduksi melalui serabut A-delta dan serabut C dari perifer ke medula spinalis, dimana impuls tersebut mengalami modulasi sebelum diteruskan ke thalamus atau tractus spinothalamicus dan sebagia ke traktus spinoretikularis. Traktus spinoretikuralis terutama membawa rangsangan dari organ-organ yang lebih dalam dan viseral serta berhubungan dengan nyeri yang lebih difus dan melibatkan emosi. Selain itu juga serabut-serabut saraf disinimempunyai sinaps interneuron dengan saraf-saraf berdiameter besar dan bermielin. Selanjutnya impuls disalurkan ke

thalamus dan somatosensoris di cortex ceebri dan dirasakan sebagai persepi nyeri.

Proses yang ketiga adalah medulasi yaitu proses perubahan tranmisi nyeri yang terjadi disusunan saraf pusat. Proses terjadinya interksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medula spinalis merpakan proses ascenen yang dikontrol oleh otak. Analgesik endogendapat menekan impus nyeri pada kornu posterior medula spinalis. Dimana kornu posterior sebagai pintu dapat terbukadan tertutupuntuk menyalurkn impuls nyeri untuk analgesik endogen tersebut. Inilah yang menyebabkan persepsi nyeri sangat subjektif pada setiap orang.

Proses yang keempat adalah persepsi yaitu proses interaksi yang kompleks dari proses tranduksi, ttranmisi, dan modulasi yang pada akhirnya akan menghasislkan suatu proses subjektif yng dikena sebagai persepsi nyeri, yang diperkirakan terjaadi pada thalamus dengan korteks sebagai diskriminasi dari sensorik

Data yang harus dipenuhi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan kondisi pembedahan yaitu gejala dan tanda mayor subjektif adalah mengeluh nyeri. Gejala dan tanda mayor obyektif adalah tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Tanda dan gejala minor obyektif adalah tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir, terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (PPNI, 2016).

Alasan penulis menegakan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan kondisi pembedahan karena nyeri dapat mengganggu kesejahteraan fisik dan

fisiologi pasien (Iskandar, 2016). Dalam menentukan priotiritas diagnosa utama ini penulis mengambil dasar fari teori Hirarki Maslow yang memudahkan perawat dalam menentukan diagnosa keperawatan. Kebutuhan dasar dalam Hirarki Maslow sesuai tingkatanya kebutuhan dasar manusia yang pertama adalah kebutuhan fisiologis, yang kedua rasa aman dan nyaman, yang ketiga cinta dan kasih sayang, yang keempat harga diri, dan yang kelima aktualisasi diri. Nyeri merupakan kebutuhan utama pasien sesuai Hirarki Maslow karena nyeri akut tersebut tidak hanya mengganggu kenyamanan pasien namun juga menganggu kebutuhan fisiologis pasien.

3. Intervensi

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang digunakan adalah manajemen nyeri. Manajemen nyeri membantu mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi dengan ringan hingga berat dan konstan (PPNI, 2016).

Rencana tindakan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan ini dilakukan selama 3 hari. Rencana tindakan yang disusun meliputi, pertama identifikasi lokasi, kualitas, frekuensi nyeri, skala nyeri, dan faktor pencetus untuk mengetahui perkembangan nyeri pasien yang dirasakan dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan apakah nyeri ringan, nyeri sedang dan nyeri berat. Dalam melakukan pengkajian nyeri ini harus dilakukan secara tepat karena pengkajian ini dibutuhkan untuk menetapkan data dasar dan menegakkan diagnosa keperawatan secara tepat (Andarmoyo, 2013).

Intervensi yang kedua yaitu fasilitasi istirahat dan tidur yang adekuat untuk menurunkan nyeri. Salah satu bentuk dari istirahat yaitu tidur supaya

organ tubuh beristirahat dengan cukup dan tubuh dapat berfungsi secara normal. Istirahat tidur adalah kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh semua orang terutama untuk orang sakit memerlukan istirahat dan tidur lebih banyak untuk memulihkan energi dan mampu menjalankan fungsi secara optimal sehingga dalam hal ini jika istirahat pasien adekuat maka sakit atau nyeri yang diderita pasien akan menurun karena selama tidur akan terjadi proses pemulihan (Potter & Perry, 2010).

Intervensi yang ketiga yaitu kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri. Dengan mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri untuk mengurangi rasa nyeri pada klien (Mubarak, 2015).

Intervensi keempat yaitu ajarkan teknik nonfarmakogi yaitu melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang bertujuan untuk membebaskan secara mental dan fisik dan ketegangan atau stres sehingga individu dapat mengontrol dirinya. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi bernafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom (Fitriani, 2013).

Intervensi yang kelima yaitu kolaborasi pemberian analgetik untuk meningkatkan efek pengurangan nyeri. Teknik farmakologi adalah cara yang

paling efektif untuk menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari-hari. Metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri adalah analgesic (Andarmoyo, 2013).

4. Implementasi

Implementasi yang sudah penulis lakukan pada tanggal 16-01-2020 sampai tanggal 18-01-2020 yaitu yang pertama, mengidentifikasi nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, kualitas, frekuensi nyeri, skala nyeri dan faktor pencetus. Respon pasien saat dilakukan identifikasi nyeri pasien kooperatif dan menjawab dengan jujur apa yang sedang pasien alami. Karateristik nyeri dapat diukur berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri, irama nyeri, atau periodenya (terus-menerus, hilang timbul, berkurangnya intensitas) dan kualitas nyeri (nyeri seperti ditusuk-tusuk, terbakar, bahkan seperti digecet) (Rahmadiana, 2012).

Implementasi yang kedua yaitu menfasilitasi istirahat dan tidur pasien. Dalam memfasilitasi istirahat dan tidur pasien penulis melakukan dengan membatasi jumlah pengunjung. Respon pasien saat dilakukan implementasi yang kedua pasien menjadi tenang dan dapat istirahat dan tidur dengan nyaman sehingga nyeri dapat berkurang. Dari hasil penelitian Rajin (2012) tentang terapi Spiritual *Emotional Freeman Technical (SEFT)* untuk meningkatkan kualitas tidur pasien pasca operasi di rumah sakit, menunjukkan bahwa klien setelah operasi mengalami gangguan kualitas tidur sehingga peneliti disini memberikan terapi *Emotional Freeman Technical (SEFT)* untuk meningkatkan kualitas tidur klien setelah operasi dengan menurunkan kecemasan dan mengurangi nyeri. Terapi SEFT adalah terapi yang berfokus pada satu kata atau kalimat yang diucapkan

berulang kali dengan sikap pasrah kepada Allah SWT, karena jika seseorang berdoa dengan tenang dan disertai hati yang ikhlas dan pasrah maka ia akan menjadi tenang dan damai (Rajin, 2012).

Implementasi yang ketiga yaitu mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri untuk menurunkan nyeri. Respon pasien setelah dilakukan implementasi yang ketiga, pasien mengatakan lebih nyaman dan dapat beristirahat dengan nyaman. Mengontrol lingkungan yang diharapkan pasien agar rasa nyeri yang dirasakan pasien menurun dan menenangkan pasien dengan cara mengontrol lingkungan yang terlalu bising atau dengan cara mengontrol kebersihan lingkungan pasien (Potter & Perry, 2010).

Implementasi yang keempat yaitu mengajarkan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. Respon pasien setelah dilakukan implementasi yang keempat yaitu mengajarkan relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan jelas dan dapat mengikuti intruksi. Pasien juga lebih nyaman dan mengatakan nyeri berkurang. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif untuk menurunkan nyeri post operasi (Patasik, Tangka, & Rottie, 2013). Adapun teknik relaksasI nafas dalam yaitu pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (hirup) dan ekhalasi (hembus).

Implementasi yang kelima yaitu dengan kolaborasi memberikan analgesik untuk meningkatkan efek pengurangan nyeri dengan memberikan obat dexketopropen 25mg/ 12 jam, tramadol 100mg/6jam, paracetamol 500mg/6jam, dan asam mefenamat 500mg/8jam. Respon pasien setelah diberikan analgesik sesuai advis dokter pasien mengatakan terimakasih dan

pasien mengatakan nyerinya berkurang. Dexketopropen adalah obat yang digunakan untuk meredakan nyeri, dari intensitas ringan hingga menengah. Misalnya karena terkilir, sakit gigi, nyeri haid, atau nyeri pasca operasi (Hanna, 2018). Tramadol adalah obat pereda rasa sakit, misalnya rasa sakit atau nyeri setelah operasi. Obat ini tersedia dalam bentuk injeksi (suntik), serta tablet dan kapsul yang hanya boleh dikonsumsi berdasarkan resep dokter (Young, 2013). Paracetamol adalah obat untuk penurun demam dan pereda nyeri, seperti nyeri haid dan sakit gigi. Paracetamol tersedia dalam bentuk tablet 500 mg dan 600 mg, sirup, drop, suppositoria, dan infus (Ennis, 2016). Asam mefenamat atau *mefenamic acid* adalah obat yang berfungsi untuk meredakan nyeri, seperti sakit gigi, sakit kepala, dan nyeri haid (Agular, 2016).

5. Evaluasi

Setelah penulis melakukan pengkajian, perumusan diagnosa, merencanakan intervensi, dan melakukan tindakan keperawatan, selanjutnya penulis akan melakukan tahap akhir yaitu evaluasi. Berdasarkan tindakan yang sudah dilakukan kepada klien selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi akhir dengan hasil masalah keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan kondisi pembedahan, pada Ny. W telah teratasi. Hal tersebut dapat dilihat dari tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sebelumnya yaitu keluhan nyeri (skala 5 menurun), skala nyeri 1 atau 2 (skala 5 menurun), frekuensi nadi (skala 5 membaik).

Pasien memiliki respon terhadap nyeri yang luas sehingga saat dikaji nyeri pasien tetap berada pada skala 5 walaupun anestesi sudah mulai menghilang. Selain itu pasien juga sudah ada terapi analgesik untuk mengatisipasi meningkatnya nyeri apabila anestesi mulai menghilang sehingga

pasien tidak merasakan nyeri yang berat. Saat penulis melakukan anamnesa evaluasi juga skala nyeri pasien tidak meningkat karna pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan dan telah mendapatkan terapi analgetik.

Selama penulis menangani masalah pasien tersebut, penulis tidak menemukan kesulitan, karena pasien kooperatif pada saat diajak berinteraksi dan bersedia diberikan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan oleh penulis. Keluarga pasien juga mendukung dan membantu penulis dalam melakukan tindakan.