

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas tentang asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi dengan maksud untuk membuat keseluruhan hasil yang telah dilaksanakan dan selanjutnya dibuat pembahasan sesuai dengan kaidah pembahasan.

#### 1.1. Hasil penelitian

##### 1.1.1. Gambaran lokasi penelitian

Penelitian studi kasus ini dilakukan di RSUD Kartini Mojokerto. Pengambilan data dan penelitian ini dilakukan di Ruang Melati. Ruang melati merupakan kamar kelas 1 atau tipe 1 sehingga dalam satu ruangan hanya ada 2 tempat tidur. Support lingkungan yang berhubungan manajemen nyeri akut di ruang tersebut sangat baik. Pencahayaan yang cukup dan dilengkapi dengan adanya pendingin ruangan sehingga klien mendapat lingkungan yang nyaman dan tidak panas. Selain itu, pembatasan pendampingan klien yaitu 1 klien maksimal 1 orang yang boleh masuk sehingga ruangan terasa lebih tenang dan tidak bising karna tidak banyak orang yang masuk ke ruangan.

##### 1.1.2. Pengkajian

Tabel 4.1. Pengkajian data umum klien *post op sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut di RSUD Kartini Mojokerto

Keterangan	Klien 1	Klien 2
Nama :	Ny A	Ny R
Umur :	25 tahun	23 tahun

Jenis kelamin :	Perempuan	Perempuan
Agama :	Islam	Islam
Pendidikan :	SMA	SMA
Alamat :	Ds Kedungsugo, kec. Prambon, kab sidoarjo	Ds.Lolawang,kec.ngoro, Kab. Mojokerto
Pekerjaan :	Wiraswasta	. Tidak Bekerja
Nama suami :	Tn A	Tn D
Pekerjaan :	Wiraswasta	Wiraswasta
Alamat :	Ds Kedungsugo, kec. Prambon, kab sidoarjo	Ds.Lolawang,kec.ngoro, Kab. Mojokerto
Tanggal MRS :	9 Maret 2021	10 Maret 2021
No Register :	2103090004	2103100003
Diagnosa medis :	G1P0A0	G1P0A0 + PEB
Tanggal pengkajian :	9 Maret 2021	10 Maret 2021

Tabel 4.2. Riwayat kesehatan

Keterangan	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama :	<p>Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah terutama pada luka <i>post op sectio caesarea</i></p> <p>P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></p> <p>Q: nyeri terasa kemeng dan panas</p> <p>R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></p> <p>S: pasien mengatakan skala nyeri 6</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p>	<p>Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post op sectio caesarea</i></p> <p>P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></p> <p>Q: nyeri terasa kemeng seperti ditusuk-tusuk dan panas</p> <p>R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></p> <p>S: pasien mengatakan skala nyeri 7</p> <p>T: nyeri terus menerus</p>
Riwayat kesehatan sekarang:	<p>Klien mengatakan pada suaminya merasakan seperti ingin BAB, tidak lama kemudian klien merasakan rembesan cairan yang keluar dari jalan lahir, setelah itu klien dibawa ke RSUD Kartini hari Selasa, 9 Maret 2021 pukul 05.00 WIB. Awalnya Klien berkeinginan untuk</p>	<p>Klien mengatakan berangkat ke poli kandungan RSUD Kartini pada hari Rabu, 10 Maret 2021 pada pukul 07.30 WIB. Waktu itu klien ke RSUD Kartini hanya bermaksud untuk melakukan USG kandungannya, akan tetapi ketika diukur tekanan darah klien</p>

	<p>melahirkan secara normal. Akan tetapi setelah diobservasi pembukaan persalinan selama 6 jam didapat lambat nya pembukaan dan setelah dilakukan pemeriksaan NST didapat fetal distress pada janin sehingga dokter mengindikasikan klien untuk dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan keluarga klien menyetujui untuk dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i>. Klien di bawa ke ruang operasi pada pukul 11.30 WIB, lalu pasien dibawa ke ruang <i>Recovery Room</i> (sadar pulih) pada pukul 12.10 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian di ruang <i>Recovery Room</i> (sadar pulih) di dapat klien tampak lemas dan pada saat di kaji klien mengatakan nyeri abdomen bagian bawah terutama di luka bekas operasinya.</p>	<p>tinggi yaitu 160/120 mmHg dan hasil USG juga menunjukkan kalau air ketuban nya juga sudah sedikit sehingga dokter mengindikasikan klien untuk segera dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> pada hari itu juga. Klien dibawa ke ruang operasi pada pukul 11.20 WIB, lalu pasien dibawa ke ruang Melati pada pukul 13.00 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian di ruang Melati di dapat pasien tampak lelah, dan pada saat di kaji pasien mengatakan nyeri di luka bekas operasinya.</p>
Riwayat kesehatan dahulu	<p>Klien mengatakan belum pernah masuk rumah sakit karena sakit tertentu dan belum pernah melakukan operasi tertentu.</p>	<p>Klien mengatakan pernah masuk rumah sakit sewaktu kecil karena sakit demam berdarah</p>
Riwayat kesehatan keluarga	<p>Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit menurun dari keluarga</p>	<p>Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit menurun dari keluarga</p>

Tabel 4.3. Tabel riwayat ginekologi

<b>Riwayat ginekologi</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Riwayat menstruasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menarche : usia 12 tahun</li> <li>2. Siklus haid : teratur 28 hari</li> <li>3. Lama haid : 7 hari</li> <li>4. Gangguan sewaktu haid: terkadang mengalami nyeri saat haid</li> <li>5. HPHT : 08 Juni 2020</li> <li>6. HPL : 15 Maret 2021</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menarche : usia 14 tahun</li> <li>2. Siklus haid : teratur 28 hari</li> <li>3. Lama haid : 7 hari</li> <li>4. Gangguan sewaktu haid: tidak ada gangguan</li> <li>5. HPHT : 13 Juni 2020</li> <li>6. HPL : 20 Maret 2021</li> </ol>

Tabel 4.4. Tabel riwayat obstetri

<b>Riwayat Obstetri sekarang</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Usia kehamilan	38 minggu	37 minggu
Tanggal persalinan	9 Maret 2021	10 Maret 2021
Jenis persalinan	<i>Sectio Caesarea</i>	<i>Sectio Caesarea</i>
Tempat persalinan	RSU Kartini Mojokerto	RSU Kartini Mojokerto
Berat badan bayi waktu lahir	3200 gram	3000 gram
Jenis kelamin bayi	Laki – laki	Laki – laki

Tabel 4.5. Pola aktivitas sehari – hari

NO	Pola Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
1	Pola Manajemen Kesehatan	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan jika merasa ada masalah pada kehamilannya langsung periksa ke dokter</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Selama dirawat dirumah sakit kondisi klien semakin membaik</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan sering memeriksakan kehamilannya langsung ke dokter</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Selama dirawat dirumah sakit kondisi klien semakin membaik</p>
2.	Pola Aktivitas Dan Latihan	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan selama hamil aktivitasnya dilakukan secara mandiri</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Aktivitas klien sebagian dibantu kecuali yang ringan, misalkan makan.</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan selama hamil aktivitasnya dilakukan secara mandiri dan terkadang dibantu oleh suami saat awal kehamilan</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Aktivitas Klien sebagian dibantu ketika duduk.</p>
3.	Pola Istirahat Tidur	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan tidurnya cukup, tidak pernah ada gangguan susah tidur</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Selama di rawat di rumah sakit klien mengatakan tidurnya agak tidak nyenyak setelah operasi, sering bangun pada saat tidur.</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan tidurnya cukup, tetapi beberapa hari terakhir mengalami kesulitan tidur karena gelisah memikirkan persalinan yang sudah dekat.</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Selama di rawat di rumah sakit klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena tidak terbiasa kalau tidak tidur dirumahnya sendiri</p>

4.	Pola Nutrisi Dan Metabolik	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan makan 3x sehari porsi penuh dan minum kurang lebih 8 gelas/hari</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> klien nafsu makannya baik, Tidak mengalami mual dan muntah.</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan makan 2-3x sehari porsi penuh dan minum lebih 8 gelas/hari</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> klien nafsu makannya baik, Tidak mengalami mual dan muntah.</p>
5.	Pola Eliminasi	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan BAB tidak ada masalah, BAB 1x sehari</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Selama dirawat dirumah sakit dan setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> klien belum bisa BAB sama sekali.</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan BAB tidak ada masalah, BAB 1x sehari</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> klien belum bisa BAB sama sekali.</p>
6.	Pola Kognitif Persepsual	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan merasa orang lain peduli dengannya dan merasa tidak ada masalah dengan orang sekeliling</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Selama dirumah sakit dan setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> juga klien tidak ada masalah dengan suami maupun keluarganya.</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan merasa orang lain peduli dengannya dan merasa tidak ada masalah dengan orang sekeliling</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Selama dirumah sakit dan setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> klien mengatakan tidak ada masalah dengan suami maupun keluarganya.</p>
7.	Pola Konsep Diri	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan tidak ada masalah dalam dirinya dan kehamilannya.</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan Selama dirawat dirumah sakit juga klien mengatakan tidak ada masalah mengenai konsep dirinya sebagai ibu baru.</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan tidak ada masalah dalam dirinya</p> <p><b>Selama MRS:</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan Selama dirawat dirumah sakit juga klien mengatakan tidak ada masalah mengenai konsep dirinya sebagai ibu baru</p>

8.	Pola Koping	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan suami dan keluarganya tetap mendukung dengan baik selama kehamilan.</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan Selama klien dirawat dirumah sakit keluarganya tetap mendukung dengan baik</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan keluarganya tetap mendukung dengan baik</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan Selama klien dirawat dirumah sakit keluarga terutama kakaknya dan suaminya sangat mendukung dengan baik</p>
9.	Pola Seksual Reproduksi	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan selama hamil rutin berhubungan seksual seminggu sekali</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan Selama klien dirawat dirumah sakit belum melakukan hubungan seksual dengan suami</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b> Klien mengatakan selama hamil rutin berhubungan seksual seminggu sekali dan terkadang dua kali</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan Selama klien dirawat dirumah sakit belum melakukan hubungan seksual dengan suami</p>
10.	Pola Peran Berhubungan	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan tinggal dengan suami</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan berencana setelah pulang dari rumah sakit nanti sementara tinggal dirumah mertua nya agar ada yang bisa membantu klien dalam merawat klien dan bayinya.</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan tinggal dengan suami</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Klien mengatakan berencana tetap tinggal dengan suami dan anaknya nanti dirumahnya sendiri</p>

11.	Pola Nilai Dan Kepercayaan	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Tidak ada pantangan khusus dalam kegiatan ibadah, agama islam</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan Selama klien dirawat dirumah sakit klien belum bisa melakukan sholat.</p>	<p><b>Sebelum MRS :</b></p> <p>Tidak ada pantangan khusus dalam kegiatan ibadah, agama islam</p> <p><b>Selama MRS :</b></p> <p>Setelah dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> dan Selama klien dirawat dirumah sakit klien belum bisa melakukan sholat.</p>
-----	----------------------------	---	---

Tabel 4.6. Pemeriksaan fisik

No	Pemeriksaan fisik	Klien 1	Klien 2
1.	Keadaan umum	Cukup	Cukup
2.	Kesadaran	Compos mentis	Compos mentis
3.	Tanda – tanda vital	TD : 120/70 mmHg Nadi : 77x/menit RR : 20x/menit S ; 36 <sup>0</sup> C	TD : 120/90 mmHg Nadi : 82x/menit RR : 22x/menit S ; 36,5 <sup>0</sup> C
4.	Mata : a. Konjungtiva: b. Sklera :	Tidak anemis Tidak ikterik	Tidak anemis Tidak ikterik
5.	Leher: a. Pembesaran tiroid :	Tidak ada	Tidak ada
6.	Dada / Mamae 1. Inspeksi a. Kebersihan: b. Kesimetrisan: c. Bentuk papilla:  d. Pembengkakan: 2. Palpasi a. Nyeri tekan : b. Colostrum ASI:	Bersih Simetris Normal dan Menonjol sedikit Tidak ada  Tidak ada Keluar	Bersih Simetris Normal dan menonjol Tidak ada  Tidak ada Keluar
7.	Abdomen 1. Inspeksi : a. Bentuk : b. Striae :	Simetris Ada	Simetris Ada

	c. Linea nigra: d. Luka post operasi:  2. Auskultasi Bising usus : 3. Palpasi a. Nyeri tekan: b. Kontraksi uterus: c. Nyeri pada luka post operasi:	Ada Ada, (panjang luka horizontal 10 cm)  7x/menit  Ada Ada Ada	Ada Ada (panjang luka horizontal 10 cm)  5x/menit  Ada Ada Ada
8.	Genetalia 1. Vagina a. Jenis lokea : b. Warna :  2. Perineum : 3. Kateter	rubra Merah keruh bercampur lendir Utuh Ada	rubra Merah segar bercampur lendir Utuh Ada
9.	Ekstremitas ( tangan & kaki) 1. Bentuk  2. Oedema 3. Kekuatan otot	Tangan dan kaki simetris Tidak ada  $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$	Tangan dan kaki simetris Tidak ada  $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$
10.	Kulit 1. Warna 2. Turgor kulit  3. CRT	Sawo matang Lembab Tidak kering < 2 detik	Sawo matang Lembab tidak kering < 2 detik

Tabel 4.7. Pemeriksaan penunjang

Klien 1		
Pemeriksaan	Hasil	Normal
WBC	9.2	P:4.3-11.3
LYM%	14.5%	20%-40%
RBC	4.37 /UL	2.0-7.8UL
HBG	10,4 g/dl	11.4-15.1 g/dl
HCT	36,6%	38-42 %
MCHC	35,2g/dl	31,5-33,5
PLT	173	150-350
PDW	10,5%	25-65%

PCT	0.13%	0.10-0.28%
P-LCR	16.7%	13-45%
Klien 2		
Pemeriksaan	Hasil	Normal
WBC	10.9	P:4.3-11.3
LYM%	14.2%	20%-40%
RBC	8,9 /UL	2.0-7.8UL
HBG	12,9 g/dl	11.4-15.1 g/dl
HCT	36,6%	38-42 %
MCHC	35,5g/dl	31,5-33,5
PLT	173	150-350
PDW	10,5%	25-65%
PCT	0.13%	0.10-0.28%
P-LCR	16.7%	13-45%

Tabel 4.8. Terapi Farmakologi

No	Klien 1	Klien 2
1.	Infus RL 3x500ml 14tpm IV	Infus RL 3x500ml 16 tpm IV
2.	Injeksi ketorolac 3x 30 mg	Injeksi ketorolac 3x 30 mg
3.	Injeksi tramadol 2x 50 mg	Injeksi ondansentrin 4mg (1 amp)
4.	Injeksi pethidin 50mg (1 amp)	Injeksi ranitidine 50mg (1 amp)
5.	Asam mefenamat 500 mg (3x1)	Asam mefenamat 500 mg (3x1)
6.	Clindamicin 300mg (3x1)	Clindamicin 300mg (3x1)
7.	Dumin 500mg ( 1x1 )	Dumin 500mg ( 1x1 )
8.	-	Terapi Sulfat Magnesium 20% (10gr)

### 1.1.3. Analisa data

Tabel 4.9. tabel analisa data

No	Tanda dan gejala	Etiologi	Masalah
1.	<b>Klien 1 :</b> <b>Data subjektif:</b>	Tindakan <i>sectio caesarea</i> (SC)	Nyeri akut

<p>- Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah pada luka bekas operasi</p> <p>- P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></p> <p>- Q: nyeri terasa kemeng dan panas</p> <p>- R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></p> <p>- S: klien mengatakan skala nyeri 6</p> <p>- T: nyeri hilang timbul, nyeri terasa ketika uterus kontraksi dan ketika bergerak</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <p>1) Wajah :</p> <p>a) Klien tampak sesekali menyeringai kesakitan</p> <p>b) Klien tampak sesekali mengucap istighfar ketika menahan nyeri</p> <p>2) Mata :</p> <p>a) Kontak mata klien baik</p> <p>b) Klien memandang peneliti saat di wawancara meskipun sesekali mengalihkan perhatiannya melihat objek lain untuk mengalihkan nyeri yang dirasa.</p> <p>c) Klien kooperatif saat di wawancara</p> <p>3) Abdomen :</p> <p>a) Terdapat luka <i>post op sectio caesarea</i> tertutup pada abdomen bagian bawah</p> <p>TD : 120/70 mmHg  Nadi : 77x/menit  RR : 20x/menit  S ; 36 °C</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang area sensorik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menimbulkan reflek spasme otot</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
--	---	--

2	<p><b>Klien 2 :</b></p> <p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian luka <i>post operasi</i>.</li> <li>- P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- Q: nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, kemeng dan panas</li> <li>- R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- S: klien mengatakan skala nyeri 7</li> <li>- T: nyeri terus menerus</li> </ul> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wajah :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Klien tampak lelah</li> <li>b) Klien tampak sesekali menyeringai kesakitan dan menggigit bibir bagian bawah ketika menahan nyeri</li> </ol> </li> <li>2) Mata :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kontak mata klien baik</li> <li>b) Klien terlihat memejamkan mata ketika merasakan nyeri</li> </ol> </li> <li>3) Abdomen :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Terdapat luka <i>post op sectio caesarea</i> tertutup pada abdomen bagian bawah</li> </ol> </li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/90 mmHg</li> <li>Nadi : 82x/menit</li> <li>RR : 22x/menit</li> <li>S ; 36,5<sup>0</sup> C</li> </ul>	<p>Tindakan <i>sectio caesarea</i> (SC)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang area sensorik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menimbulkan reflek spasme otot Nyeri akut</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Nyeri Akut

#### 1.1.4. Diagnosa keperawatan

1. Klien 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC) ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah dan pada luka bekas operasi, Klien tampak menyeringai kesakitan, tampak sesekali mengucap istighfar ketika menahan nyeri, TD : 120/70 mmHg, Nadi : 77x/menit, RR : 20x/menit, S ; 36<sup>0</sup> C.
2. Klien 2: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC) ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah terutama pada bagian luka post operasi, Klien tampak lelah, tampak sesekali menyeringai kesakitan dan menggigit bibir bagian bawah ketika nyeri timbul, TD : 120/90 mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 22x/menit, S ; 36,5<sup>0</sup> C.

#### 1.1.5. Intervensi keperawatan

Tabel 4.10. Tabel intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Klien 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang/ nyeri hilang. <b>Kriteria hasil :</b> 1.Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri). 2.Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan nyeri). 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang	1. Identifikasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri) 2. Monitor tanda – tanda vital 3. Kaji pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan dan cara mengatasi nyeri tersebut 4. Jelaskan penyebab, dan strategi meredakan nyeri 5. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dan distraksi (pengalihan perhatian	1. Mengetahui gambaran nyeri yang dirasakan klien untuk merencanakan penanganan yang efektif. 2. Tanda – tanda vital menunjukkan status kesehatan klien 3. Mengetahui tingkat pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan 4. Pengetahuan mempengaruhi keterampilan klien dalam mengontrol nyeri yang dirasakan 5. penggunaan upaya

		dengan menggunakan manajemen nyeri. 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	dengan cara mengobrol dengan orang sekitar dan dengan merawat dan menyusui anaknya) untuk mengurangi rasa nyeri 6. Anjurkan melakukan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik baik berupa injeksi maupun oral.	peredaya nyeri non farmakologi (teknik pernapasan dalam dan distraksi/ pengalihan rasa nyeri) dapat meningkatkan pelepasan analgesik alami dan meningkatkan efek terapi. 6. Evaluasi teknik mengurangi nyeri yang sudah di ajarkan kepada klien 7. Mengurangi nyeri dapat dilakukan dengan farmakologi baik sistemik maupun oral.
2.	Klien 2 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang/nyeri hilang. <b>Kriteria hasil :</b> 1.Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri). 2.Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan nyeri). 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	1. Identifikasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri) 2. Monitor tanda – tanda vital 3. Kaji pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan dan cara mengatasi nyeri tersebut 4. Jelaskan penyebab, dan strategi meredakan nyeri 5. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dan distraksi (pengalihan perhatian dengan cara mengobrol dengan orang sekitar dan dengan merawat dan menyusui anaknya) untuk mengurangi rasa nyeri 6. Anjurkan melakukan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik baik berupa injeksi maupun oral.	1. Tanda – tanda vital menunjukkan status kesehatan klien 2. Mengetahui gambaran nyeri yang dirasakan klien untuk merencanakan penanganan yang efektif. 3. Mengetahui tingkat pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan 4. Pengetahuan mempengaruhi keterampilan klien dalam mengontrol nyeri yang dirasakan 5. penggunaan upaya pereda nyeri non farmakologi (teknik pernapasan dalam dan distraksi/ pengalihan rasa nyeri) dapat meningkatkan pelepasan analgesik alami dan meningkatkan efek terapi. 6. Evaluasi teknik mengurangi nyeri yang sudah di ajarkan kepada klien 7. Mengurangi nyeri dapat dilakukan dengan farmakologi baik sistemik maupun oral.

### 1.1.6. Implementasi

Tabel 4.11. Tabel implementasi keperawatan

Klien 1					
09 Maret 2021		10 Maret 2021		11 Maret 2021	
Implementasi		Implementasi		Implementasi	
14.45 WIB	<p>1. Melakukan observasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri)</p> <p><b>Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah</li> <li>- P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- Q: nyeri terasa kemeng dan panas</li> <li>- R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- S: klien mengatakan skala nyeri 6</li> <li>- T: nyeri hilang timbul, nyeri terasa ketika kontraksi dan ketika bergerak</li> </ul>	07.00 WIB	<p>1. Melakukan observasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri)</p> <p><b>Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih merasakan nyeri tetapi nyeri yang dirasakan sedikit berkurang tidak seperti hari sebelumnya</li> <li>- P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- Q: nyeri terasa kemeng dan sedikit panas</li> <li>- R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- S:Nyeri berkurang, skala nyeri 4</li> <li>- T: nyeri hilang timbul, nyeri terasa ketika bergerak</li> </ul>	08.05 WIB	<p>1. Melakukan observasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri)</p> <p><b>Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sedikit nyeri pada luka bekas operasi</li> <li>- P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- Q: nyeri terasa kemeng</li> <li>- R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- S:Nyeri berkurang, skala nyeri 3</li> <li>- T: nyeri hilang timbul, nyeri terasa ketika bergerak dan aktivitas</li> </ul>

14.50 WIB	2. Memonitor tanda – tanda vital <b>Hasil :</b> TD : 120/70 mmHg Nadi :77x/menit RR : 20x/menit S ; 36 <sup>0</sup> C	07.10 WIB	2. Memonitor tanda – tanda vital <b>Hasil :</b> TD: 110/80 mmHg Nadi :85x/menit RR : 22x/menit S ; 36 <sup>0</sup> C	08.15 WIB	2. Memberikan obat oral analgesik ( asam mefenamat 500 mg, clindamicin 300mg, dumin 500mg) <b>Hasil :</b> klien mengatakan bersedia minum obat yang sudah diberikan.
15.05 WIB	3. Mengkaji pengetahuan klien mengenai nyeri dan cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri <b>Hasil:</b> Klien mengatakan nyeri yang dirasakan karena obat biusnya habis sehingga timbul rasa nyeri dan klien mengatakan belum mengetahui cara mengatasi nyeri	07.15 WIB	3. Mengajarkan kembali teknik relaksasi nafas dalam <b>Hasil:</b> klien kooperatif dan mampu melakukan teknik nafas dalam secara mandiri	08.20 WIB	3. Memonitor tanda – tanda vital <b>Hasil :</b> TD: 120/90 mmHg Nadi :75x/menit RR : 21x/menit S ; 36,5 <sup>0</sup> C
15.10 WIB	4. Menjelaskan tentang penyebab nyeri dan strategi manajemen nyeri (farmakologi dan non farmakologi) <b>Hasil :</b> Klien kooperatif dan mendengarkan penjelasan yang diberikan.	07.30 WIB	4. Menganjurkan dan membantu klien utuk melakukan teknik distraksi(pengalih an nyeri) dengan menyusui anaknya <b>Hasil:</b> Klien kooperatif, bersedia menyusui anaknya dan klien tampak senang ketika menyusui anaknya.	08.30 WIB	4. Memberi edukasi kembali mengenai cara manajemen nyeri nonfarmakologi (relaksasi napas dalam dan distraksi pengalihan perhatian dengan cara merawat/ menyusui anaknya, ngobrol dengan orang sekitar atau dengan mendengarkan music) dengan cara memberikan video peragaan
15.25 WIB	5. Mengajarkan teknik manajemen nyeri nonfarmakologi relaksasi nafas dalam.	08.00 WIB	5. Memberikan injeksi analgesik ketorolac 30mg IV dan tramadol 50mg IV <b>Hasil :</b> Klien kooperatif		

	<p><b>Hasil :</b> Klien kooperatif dan mengikuti apa yang di ajarkan</p>		dan bersedia saat di injeksi melalui IV		<p>terapi reaksi napas dalam yang dapat dilakukan mandiri dirumah saat merasa nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> Klien kooperatif dan mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan.</p>
15.45 WIB	<p>6. Menganjurkan untuk melakukan teknik distraksi(pengalihan nyeri) dengan menyusui anaknya atau ngobrol dengan orang lain</p> <p><b>Hasil :</b> Klien mengatakan bersedia untuk melakukan teknik yang di anjurkan</p>			08.50 WIB	<p>5. Mengajarkan kembali teknik relaksasi nafas dalam</p> <p><b>Hasil:</b> klien kooperatif dan mampu melakukan teknik nafas dalam secara mandiri</p>
15.50 WIB	<p>7. Memberikan injeksi analgesik ketorolac 30mg IV dan tramadol 50mg (1 amp) IV</p> <p><b>Hasil :</b> Klien kooperatif dan bersedia saat di injeksi melalui IV</p>			09.00 WIB	<p>6. Mengevaluasi penerapan teknik manajemen nyeri relaksasi napas dalam yang sudah di ajarkan.</p> <p><b>Hasil:</b> Klien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan klien mengatakan disaat merasa nyeri terkadang</p>

					menerapkan teknik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan.
<b>Klien 2</b>					
10 Maret 2021		11 Maret 2021		12 Maret 2021	
Implementasi		Implementasi		Implementasi	
14.15 WIB	1. Melakukan observasi riwayat nyeri <b>Hasil :</b> - Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah - P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - Q: nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, kemeng dan panas - R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - S: klien mengatakan skala nyeri 7 - T: nyeri terus menerus	07.00 WIB	1. Melakukan observasi riwayat nyeri <b>Hasil :</b> - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi - P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - Q: nyeri terasa kemeng dan panas - R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - S: skala nyeri 5 - T: nyeri hilang timbul, nyeri terasa ketika bergerak	07.10 WIB	1. Melakukan observasi riwayat nyeri <b>Hasil :</b> - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sedikit berkurang - P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - Q: nyeri terasa kemeng - R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - S: skala nyeri 4 - T: nyeri hilang timbul, nyeri terasa ketika bergerak
14.20 WIB	2. Memonitor tanda – tanda vital <b>Hasil :</b> TD : 120/90 mmHg Nadi : 82x/menit	07.10 WIB	2. Memonitor tanda – tanda vital <b>Hasil :</b> TD: 130/100 mmHg Nadi :85x/menit RR : 21x/menit	07.15 WIB	2. Memonitor tanda – tanda vital

	RR : 20x/menit S ; 36,5 <sup>0</sup> C		S ; 36 C		<b>Hasil :</b> TD: 120/90 mmHg Nadi : 75x/menit RR : 20x/menit S ; 36,5 <sup>0</sup> C
14.25 WIB	3. Mengkaji pengetahuan klien mengenai nyeri dan cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri <b>Hasil:</b> Klien mengatakan nyeri yang dirasakan karena dilakukan operasi pada perutnya sehingga timbul rasa nyeri dan klien mengatakan belum mengetahui cara mengatasi nyeri	07.20 WIB	3. Mengajarkan kembali teknik relaksasi nafas dalam  <b>Hasil:</b> klien kooperatif dan mampu melakukan teknik nafas dalam secara mandiri	07.20 WIB	3. Memberi edukasi kembali mengenai cara manajemen nyeri nonfarmakologi (relaksasi napas dalam dan distraksi pengalihan perhatian dengan cara merawat/ menyusui anaknya, ngobrol dengan orang sekitar atau dengan mendengarkan music) dengan cara memberikan video peragaan terapi reaksi napas dalam yang dapat dilakukan mandiri dirumah saat merasa nyeri ketika merasakan nyeri <b>Hasil :</b> Klien kooperatif dan mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan.
14.30 WIB	4. Menjelaskan tentang penyebab nyeri dan strategi manajemen nyeri (farmakologi dan non farmakologi) <b>Hasil :</b> Klien kooperatif dan mendengarkan penjelasan yang diberikan.	07.35 WIB	4. Mengajarkan dan membantu klien untuk melakukan teknik distraksi (pengalihan nyeri) dengan menyusui anaknya <b>Hasil:</b> Klien kooperatif, bersedia menyusui anaknya dan klien tampak bahagia ketika menyusui anaknya.		
14.35 WIB	5. Mengajarkan teknik manajemen nyeri nonfarmakologi relaksasi nafas dalam. <b>Hasil :</b>	07.55 WIB	5. Memberikan injeksi analgesik ketorolac 30mg IV dan ondansentrin 4mg amp IV <b>Hasil :</b> Klien kooperatif dan bersedia saat di injeksi melalui IV		

	Klien kooperatif dan mengikuti apa yang di ajarkan.			07.40 WIB	4. Mengajarkan kembali teknik relaksasi nafas dalam <b>Hasil:</b> klien kooperatif dan mampu melakukan teknik nafas dalam secara mandiri
14.50 WIB	6. Menganjurkan untuk melakukan teknik distraksi(pengalihan nyeri) dengan menyusui anaknya atau ngobrol dengan orang lain <b>Hasil :</b> Klien mengatakan bersedia untuk melakukan teknik yang di anjurkan			07.50 WIB	5. Mengevaluasi penerapan teknik manajemen nyeri relaksasi napas dalam yang sudah di ajarkan. <b>Hasil:</b> Klien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan klien mengatakan disaat merasa nyeri terkadang menerapkan teknik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan.
15.10 WIB	7. Memberikan injeksi analgesik ketorolac 30mg IV dan tramadol 50mg (1 amp) IV <b>Hasil :</b> Klien kooperatif dan bersedia saat di injeksi melalui IV			08.10 WIB	6. Memberikan obat oral analgesik ( asam mefenamat 500 gram, clindamicin 300mg,

					dumin500mg) <b>Hasil :</b> klien mengatakan bersedia minum obat yang sudah diberikan.
--	--	--	--	--	---

1.1.7. Evaluasi

Tabel 4.12. Tabel evaluasi keperawatan

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
<p><b>Klien 1 :</b>  <b>Diagnosis 1:</b>            Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC)</p>	<p><b>S:</b>            klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah dan terutama di bagian luka bekas operasi sedikit berkurang.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- Q: nyeri terasa kemeng dan panas</li> <li>- R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- S: pasien mengatakan skala nyeri 5</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah klien lemas dan sedikit rileks</li> <li>- Kontak mata baik</li> <li>- Tanda – tanda vital            TD : 120/90 mmHg            Nadi :82x/menit            RR : 20x/menit            S ; 36,5<sup>0</sup>C</li> </ul>	<p><b>S:</b>            klien mengatakan masih merasakan nyeri tetapi nyeri yang dirasakan sedikit berkurang tidak seperti hari sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- Q: nyeri terasa panas dan sedikit kemeng</li> <li>- R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- S:Nyeri berkurang, skala nyeri 3</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah klien tampak sedikit lebih rileks</li> <li>- Kontak mata baik</li> <li>- Tanda – tanda vital            TD: 110/80 mmHg            Nadi:85x/menit            RR : 22x/menit            S ; 36<sup>0</sup> C</li> </ul>	<p><b>S :</b>            klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- Q: nyeri terasa sedikit kemeng</li> <li>- R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i></li> <li>- S:Nyeri berkurang, skala nyeri 2</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah klien tampak senang dan rileks</li> <li>- Kontak mata baik</li> <li>- Tanda – tanda vital            TD: 120/90 mmHg            Nadi :75x/menit            RR : 21x/menit            S ; 36,5<sup>0</sup> C</li> </ul>

	<p><b>A</b> : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi 1-7 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri)</li> <li>2. Monitor tanda – tanda vital</li> <li>3. Kaji pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan dan cara mengatasi nyeri tersebut</li> <li>4. Jelaskan penyebab, dan strategi meredakan nyeri</li> <li>5. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dan distraksi (pengalihan perhatian dengan cara mengobrol dengan orang sekitar dan dengan merawat dan menyusui anaknya) untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>6. Anjurkan melakukan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	<p><b>A:</b> Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi 1,2,4,5,6,7 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri)</li> <li>2. Monitor tanda – tanda vital</li> <li>3. Jelaskan penyebab, dan strategi meredakan nyeri</li> <li>4. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dan distraksi (pengalihan perhatian dengan cara mengobrol dengan orang sekitar dan dengan merawat dan menyusui anaknya) untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>5. Anjurkan melakukan teknik non farmakologis (relaksasi nafas</li> </ol>	<p><b>A</b> : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dihentikan, klien pulang. Intervensi klien saat dirumah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengedukasi klien bahwa tidak ada makanan pantangan setelah dirumah</li> <li>2. Menganjurkan diit tinggi protein</li> <li>3. Menganjurkan menerapkan teknik relaksasi napas dalam dan distraksi ketika merasakan nyeri apapun terutama yang dirasakan setelah operasi <i>sectio caesarea</i></li> <li>4. Menganjurkan konsumsi obat secara teratur</li> </ol>
--	--	---	---

	7. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik baik berupa injeksi maupun oral.	dalam) secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik baik berupa injeksi maupun oral.	
<b>Klien 2</b> <b>Diagnosis 1:</b> Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC)	<b>S :</b> klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah dan terutama di bagian luka bekas operasi. - P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - Q: nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, kemeng dan panas  - R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - S: klien mengatakan skala nyeri 6 - T: nyeri terus menerus  <b>O :</b> - Wajah klien tampak masih sesekali menyeringai kesakitan - Klien sesekali memegangi perut bagian bawah - Kontak mata baik - Tanda – tanda vital TD:120/90mmHg Nadi : 82x/menit RR : 20x/menit	<b>S :</b> klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang - P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - Q: nyeri terasa kemeng - R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - S:Nyeri berkurang, skala nyeri 4 - T: nyeri hilang timbul, nyeri terasa ketika bergerak  <b>O :</b> - Wajah klien tampak sedikit rileks - Kontak mata baik - Tanda – tanda vital TD: 130/100 mmHg Nadi:85x/menit	<b>S :</b> klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang - P: luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - Q: nyeri terasa sedikit cunut-cunut - R: area luka post pembedahan <i>sectio caesarea</i> - S:Nyeri berkurang, skala nyeri 3 - T: nyeri hilang timbul  <b>O :</b> - Wajah klien tampak rileks dan tenang - Kontak mata baik - Tanda – tanda vital TD: 120/90 mmHg Nadi :75x/menit RR : 21x/menit S ; 36,5 <sup>0</sup> C

	<p>S ; 36,5<sup>0</sup> C</p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>P :</b> intervensi 1-7 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri)</li> <li>2. Monitor tanda – tanda vital</li> <li>3. Kaji pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan dan cara mengatasi nyeri tersebut</li> <li>4. Jelaskan penyebab, dan strategi meredakan nyeri</li> <li>5. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dan distraksi (pengalihan perhatian dengan cara mengobrol dengan orang sekitar dan dengan merawat dan menyusui anaknya) untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>6. Anjurkan melakukan teknik non</li> </ol>	<p>RR : 22x/menit S ; 36<sup>0</sup> C</p> <p><b>A :</b> Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi 1,2,4,5,6,7 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri)</li> <li>2. Monitor tanda – tanda vital</li> <li>3. Jelaskan penyebab, dan strategi meredakan nyeri</li> <li>4. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dan distraksi (pengalihan perhatian dengan cara mengobrol dengan orang sekitar dan dengan merawat dan menyusui anaknya) untuk mengurangi rasa</li> </ol>	<p><b>A:</b> Masalah keperawatan nyeri akut teratasi</p> <p><b>P:</b> intervensi dihentikan, klien pulang. Intervensi klien saat dirumah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengedukasi klien bahwa tidak ada makanan pantangan setelah dirumah</li> <li>2. Mengajukan diet tinggi protein</li> <li>3. Mengajukan menerapkan teknik relaksasi napas dalam dan distraksi ketika merasakan nyeri apapun terutama yang dirasakan setelah operasi <i>sectio caesarea</i></li> <li>4. Mengajukan konsumsi obat secara teratur</li> </ol>
--	---	---	---

	farmakologis (relaksasi nafas dalam) secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri	nyeri	
	7. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik baik berupa injeksi maupun oral.	5. Anjurkan melakukan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri	
		6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik baik berupa injeksi maupun oral.	

## 1.2.Pembahasan

Pada sub bab ini berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui pengkajian, diagnosa, perencanaan, implemementasi, dan evaluasi dengan maksud memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus nyata. Berisi tentang perbandingan antara klien 1 dan klien 2, antara kasus nyata dengan teori. Perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yang disajikan untuk menjawab tujuan khusus.

### 4.2.1. Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian pada klien *post op sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut, menunjukkan bahwa klien 1 berusia 25 tahun dan klien 2 berusia 23 tahun. Klien 1 melahirkan anak pertama dengan indikasi keterlambatan pembukaan Ketuban pecah dini dan fetal

distress pada janin, Klien tampak sesekali meringis kesakitan, tampak sesekali mengucapkan istighfar ketika menahan nyeri. Sedangkan Dari hasil wawancara pengkajian didapatkan klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah yaitu pada luka *post op sectio caesarea*, kualitas nyeri nya kemeng dan panas, saat dilakukan pengkajian dengan menggunakan skala nyeri *numerik*, klien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 dan hilang timbul. Dari hasil pemeriksaan tanda – tanda vital di dapat TD : 120/70 mmHg, N: 77x / menit, RR: 20x/menit, S: 36 C.

Sedangkan pada klien 2 melahirkan anak pertama dengan indikasi PEB (pre eklampsia berat) terlihat raut wajah lelah, menyeringai kesakitan dan menggigit bibir bagian bawah ketika menahan nyeri. Dari hasil wawancara pengkajian didapatkan klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah yaitu pada luka *post op sectio caesarea*, kualitas nyeri nya terasa seperti di tusuk-tusuk, kemeng dan panas, saat dilakukan pengkajian dengan menggunakan skala nyeri *numerik*, klien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 7 dan terus menerus. Dari hasil pemeriksaan tanda – tanda vital di dapat TD : 120/90 mmHg, N: 82x / menit, RR: 20x/menit, S: 36,5 C.

Hasil dari pengkajian pada klien 1 dan klien 2 yang kedua-duanya memiliki indikasi medis tertentu memiliki persamaan merasakan nyeri akut. Ketika di wawancara klien 1 mengatakan merasakan nyeri pada bagian abdomen terutama di bagian luka bekas operasi begitu juga klien 2 ketika dilakukan wawancara mengatakan merasakan nyeri pada bagian luka bekas operasi. Klien 1 mengatakan bahwa persalinan ini merupakan persalinan pertama yang dilakukan

secara SC, sehingga belum pernah merasakan pengalaman nyeri *post sectio caesarea* dan klien 2 juga mengatakan belum pernah merasakan pengalaman nyeri *post sectio caesarea* sebelumnya karena persalinan ini merupakan persalinan pertama yang dilakukan secara SC.

Hasil dari pengkajian hari pertama di dapat juga perbedaan respon yang di tampilkan klien saat merasakan nyeri setelah dilakukan operasi *sectio caesarea*. Klien 1 tampak sesekali menyeringai kesakitan, tampak sesekali mengucap istighfar ketika menahan nyeri dan klien mengatakan nyeri luka *post op sectio caesarea* dengan kualitas nyeri kemeng dan panas, skala nyeri 6 dan hilang timbul, klien kooperatif saat di lakukan pengkajian. Sedangkan klien 2 tampak raut wajah lelah dan lemas, menyeringai kesakitan, sesekali menggigit bibir bagian bawah ketika nyeri. kontak mata baik, klien kooperatif saat di lakukan pengkajian. klien mengatakan nyeri luka *post op sectio caesarea* dengan kualitas kemeng terasa seperti di tusuk-tusuk, kemeng dan panas, skala nyeri 7, dan terus menerus.

Respon nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang dirasakan klien merupakan gejala sisa yang diakibatkan oleh operasi *sectio caesarea* yang dilakukan. Keluhan ini sebenarnya wajar karena tubuh mengalami luka dan proses penyembuhannya tidak sempurna (Potter & Perry, 2010). Respon yang dialami penderita setelah merasakan nyeri ditandai dengan kelelahan, keletihan, ekspresi wajah gelisah, penurunan rentang perhatian, dan berfokus pada aktivitas yang menghilangkan nyeri (Zakiyah, 2015). Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam pengkajian tidak

ditemukan kesenjangan antara pengkajian dengan teori.

#### 4.2.2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan pengkajian hari pertama yang dilakukan oleh peneliti terdapat satu diagnosa keperawatan yang sesuai dengan batasan karakteristik pada klien 1 dan klien 2. Pengkajian hari pertama pada klien 1 didapat diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan *sectio caesarea*) yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah dan pada luka bekas operasi, Klien tampak sesekali meringis kesakitan menahan nyeri. Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah yaitu pada luka *post op sectio caesarea*, kualitas nyerinya kemeng dan panas, saat dilakukan pengkajian dengan menggunakan skala nyeri *numerik*, klien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 dan hilang timbul. Dari hasil pemeriksaan tanda – tanda vital di dapat TD : 120/70 mmHg, N: 77x / menit, RR: 20x/menit, S: 36 C.

Hasil pengkajian hari pertama pada klien 2 didapat diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan *sectio caesarea*) yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah terutama pada bagian luka post operasi, tampak raut wajah lelah dan lemas, menyeringai kesakitan, sesekali menggigit bibir bagian bawah ketika nyeri. kontak mata baik, klien kooperatif saat dilakukan pengkajian. Klien mengatakan nyeri luka *post op sectio caesarea* dengan kualitas kemeng terasa seperti ditusuk-tusuk, dan panas, skala nyeri 7, dan terus menerus

Diagnosa kedua klien memiliki persamaan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan *sectio caesarea*) yang menyebabkan terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal tersebut dibuktikan dengan klien 1 mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah terutama pada luka *post op sectio caesarea*, wajah menyeringai, tampak sesekali mengucap istighfar ketika menahan nyeri dan klien 2 juga mengatakan nyeri pada luka *post op sectio caesarea* tampak raut wajah lelah dan lemas, menyeringai kesakitan, sesekali menggigit bibir bagian bawah ketika menahan nyeri.

Dalam proses pembedahan *Sectio caesarea* dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin, bradikinin, prostaglandin dan *zat P* yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke *dorsal spinal*. *Zat P* bertindak sebagai neurotransmitter yang meningkatkan pergerakan *impuls* menyebrangi sinaps saraf dari neuron aferen primer ke neuron ordo kedua di *kornu dorsalis medulla spinalis*, *talamus* dan *korteks* serebri. Setelah mengalami modulasi sepanjang saraf perifer dan disusunan saraf pusat, *Impuls* listrik tersebut dipersepsikan dan didiskriminasikan sebagai kualitas dan kuantitas nyeri pada daerah perlukaan (Kozier & Barbara, 2011). Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam pengkajian tidak ditemukan kesenjangan antara pengkajian dengan teori.

#### 4.2.3. Intervensi keperawatan

Pada Perencanaan keperawatan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi permasalahan yang muncul. Pada tahap ini penulis membuat rencana tindakan sesuai dengan teori yang meliputi tujuan dan kriteria hasil yang dirumuskan dan ditetapkan sebelumnya, serta penulisan rencana tindakan yang operasional.

Penulis membuat intervensi dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan skala nyeri berkurang. Dari hasil rencana keperawatan yang sudah dilakukan sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 dan klien 2.

Sehingga disini ada kesesuaian antara tinjauan pustaka dengan kasus yang dialami klien 1 dan klien 2. Penulis melakukan intervensi antara lain:

1. Observasi riwayat nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri , skala nyeri)
2. Monitor tanda – tanda vital
3. Kaji pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan dan cara mengatasi nyeri tersebut
4. Jelaskan penyebab dan strategi meredakan nyeri
5. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dan distraksi (pengalihan perhatian dengan cara mengobrol dengan orang sekitar dan dengan merawat dan menyusui anaknya) untuk mengurangi rasa nyeri
6. Anjurkan melakukan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri

7. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik baik berupa injeksi maupun oral.

#### 4.2.4. Implementasi

Pelaksanaan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Potter and Perry, 2010).

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Ada dua cara penatalaksanaan nyeri yaitu farmakologis dan non-farmakologis. Secara farmakologis dapat diatasi dengan menggunakan obat-obatan analgesic misalnya, morphine sublimaze, stadol, Demerol dan lain lain. Ada beberapa teknik non farmakologis yang dapat diterapkan dalam mengatasi nyeri yaitu teknik pernafasan, aromaterapi, audionalgesia, akupuntur, transcutaneous electric nerve stimulations (TENS), kompres dengan suhu dingin panas, sentuhan pijatan dan hipnotis (Zakiyah, 2015)

Pada pelaksanaan studi kasus ini peneliti melakukan implementasi selama 3 hari. Berikut merupakan tindakan serta hasil yang telah dilakukan pada klien 1 dan klien 2.

1) Mengobservasi nyeri secara komprehensif (Meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri)

a) Respon klien 1:

Pada hari ke-1 Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah, P: luka post pembedahan *sectio caesarea*, Q: nyeri terasa kemeng dan panas, R: area luka post pembedahan *sectio caesarea*, S: pasien mengatakan skala nyeri 6, T: nyeri hilang timbul, nyeri bertambah ketika bergerak dan ketika uterus berkontraksi.

Pada hari ke-2 klien mengatakan masih merasakan nyeri tetapi nyeri yang dirasakan sedikit berkurang tidak seperti hari sebelumnya, P: luka post pembedahan *sectio caesarea*, Q: nyeri terasa kemeng dan sedikit terasa panas, R: area luka post pembedahan *sectio caesarea*, S: Nyeri berkurang, skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul dan dirasakan ketika klien melakukan aktivitas.

Pada hari ke-3 Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang daripada hari pertama, P: luka post pembedahan *sectio caesarea*, Q: nyeri terasa sedikit kemeng, R: area luka post pembedahan *sectio caesarea*, S: Nyeri berkurang, skala nyeri 3, T: nyeri hilang timbul, nyeri terasa ketika beraktivitas.

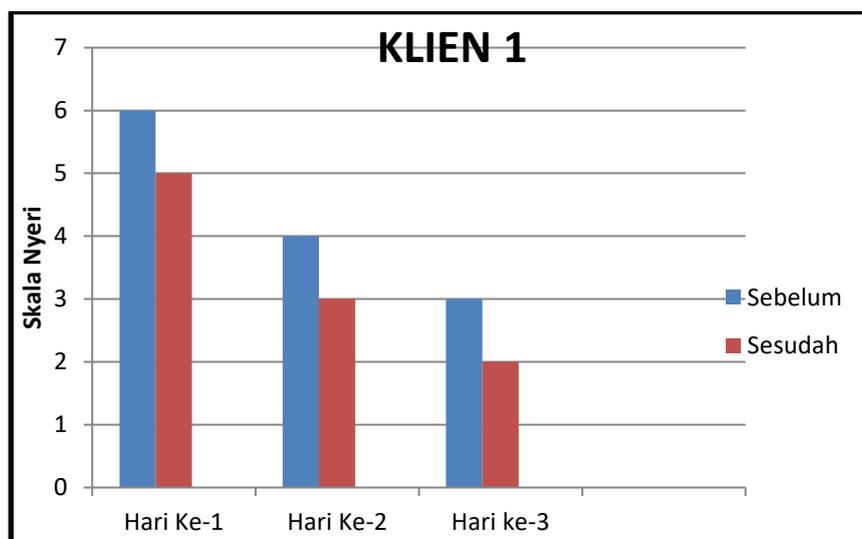
b) Respon klien 2:

Pada hari ke-1 Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah, P: luka post pembedahan *sectio caesarea*, Q: nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, kemeng dan panas, R: area luka post pembedahan *sectio caesarea*, S: klien mengatakan skala nyeri 7, T: nyeri terus menerus.

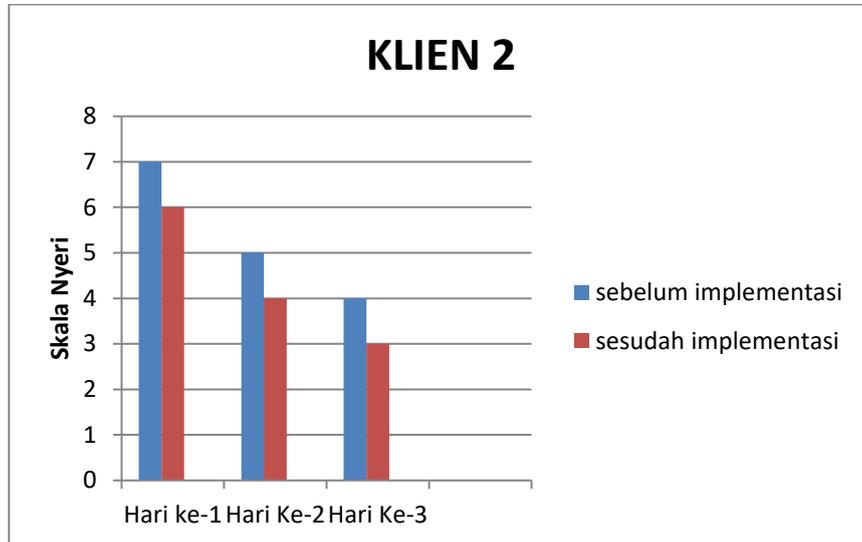
Pada hari ke- 2 Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang, P: luka post pembedahan *sectio caesarea*, Q: nyeri terasa kemeng dan panas, R: area luka post pembedahan *sectio caesarea*, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul, nyeri bertambah terasa ketika bergerak.

Pada hari ke-3 Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi jauh lebih berkurang, Wajah tampak rileks, skala nyeri juga menurun, P: luka post pembedahan *sectio caesarea*, Q: nyeri terasa kemeng, R: area luka post pembedahan *sectio caesarea*, S: Nyeri berkurang, skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan ketika beraktivitas.

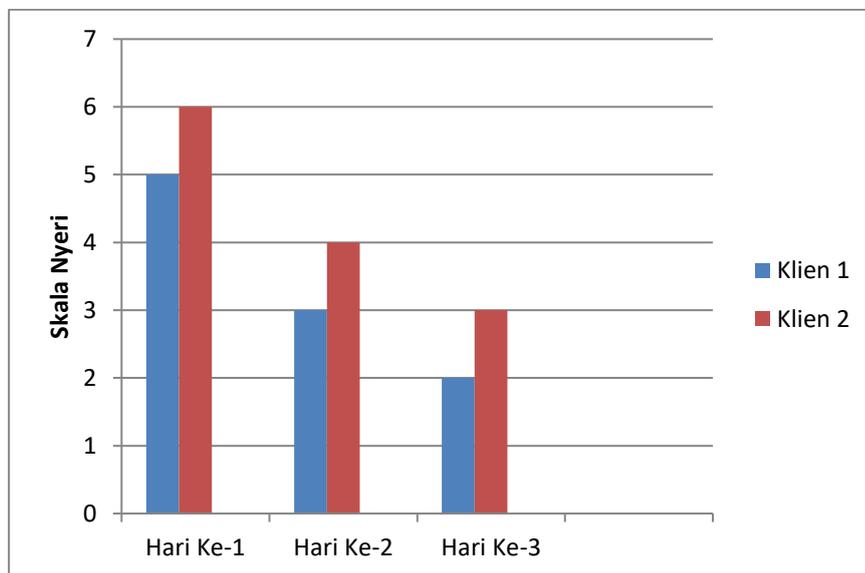
Gambar 4.1 grafik hasil evaluasi skala nyeri klien 1



Gambar 4.2 grafik hasil evaluasi skala nyeri klien 2



Gambar 4.3 grafik hasil evaluasi skala nyeri sesudah dilakukan tindakan pada kedua klien



2) Monitor tanda – tanda vital

a) Respon klien 1:

Pada hari ke-1: TD : 120/70 mmHg, Nadi :77x/menit, RR: 20x/menit, S ; 36 °C

Pada hari ke-2: TD: 110/80 mmHg, Nadi :85x/menit, RR: 22x/menit, S ; 36 °C

Pada hari ke-3: TD: 120/90 mmHg, Nadi :75x/menit, RR:21x/menit,S ; 36,5 °C

b) Respon klien 2:

Pada hari ke-1: TD : 120/90 mmHg, Nadi :82x/menit, RR : 20x/menit, S ; 36 °C

Pada hari ke-2: TD: 130/100 mmHg, Nadi :85x/menit, RR : 21x/menit,S ; 36,5 °C

Pada hari ke-3: TD: 120/90 mmHg, Nadi :78x/menit, RR : 20x/menit, S ; 36,5 °C

3) Mengkaji pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan dan cara mengatasi nyeri tersebut

a) Respon klien 1:

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan karena obat bius saat operasi sudah habis sehingga timbul rasa nyeri dan klien mengatakan belum mengetahui cara mengatasi nyeri

b) Respon klien 2:

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan karena dilakukan operasi pada perutnya sehingga timbul rasa nyeri dan klien mengatakan belum mengetahui cara mengatasi nyeri

4) Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

a) Respon klien 1:

Klien kooperatif dan mendengarkan penjelasan yang diberikan

b) Respon klien 2:

Klien kooperatif dan mendengarkan penjelasan yang diberikan

5) Menjelaskan strategi meredakan nyeri

a) Respon klien 1:

Klien kooperatif dan mendengarkan penjelasan yang diberikan

b) Respon klien 2:

Klien kooperatif dan mendengarkan penjelasan yang diberikan

6) Mengajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dan distraksi

(pengalihan perhatian dengan cara mengobrol dengan orang sekitar dan dengan merawat/ menyusui anaknya) untuk mengurangi rasa nyeri

a) Respon klien 1:

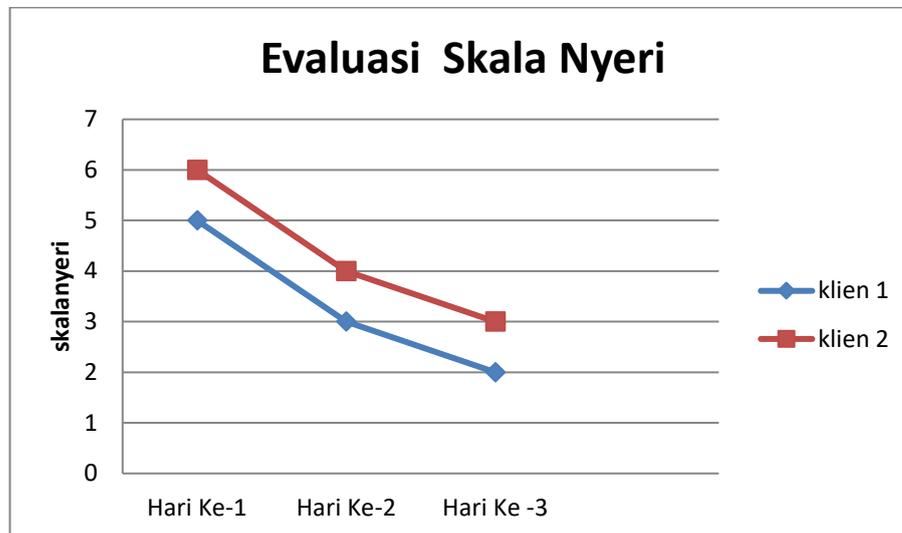
Pada hari ke-1 implementasi yang diajarkan pada klien 1 yaitu mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dan distraksi pengalihan dengan mengajurkan untuk mengalihkan perhatian dengan menyusui anaknya. Klien kooperatif serta antusias mengikuti apa yang diajarkan dan setelah diajarkan sebanyak 2kali pengulangan klien mampu melakukan secara mandiri dan setelah 10 kali pengulangan relaksasi napas dalam mengatakan nyerinya berkurang. Pada hari ke-2 klien mampu melakukan anjuran yaitu melakukan

teknik relaksasi napas dalam secara mandiri, klien tampak senang ketika menyusui anaknya dan mengatakan nyerinya berkurang. Pada hari ke-3 klien mampu melakukan anjuran yang sudah diajarkan dan klien mengatakan selalu menggunakan teknik relaksasi napas dalam apabila nyeri datang.

b) Respon klien 2:

Pada hari ke-1 implementasi yang diajarkan yaitu mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dan distraksi pengalihan dengan mengajurkan untuk mengalihkan perhatian dengan menyusui anaknya pada klien 2. Klien kooperatif serta mengikuti apa yang diajarkan meskipun Klien sesekali menyeringai kesakitan dan sesekali berfokus pada nyeri yang dirasakan sehingga perlu pengulangan beberapa kali saat mengajarkan. Setelah diajarkan dan dilakukan pengulangan beberapa kali klien mampu melakukan secara mandiri dan mengatakan nyerinya berkurang. Pada hari ke-2 klien mampu melakukan anjuran yaitu melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan klien bersedia untuk menyusui anaknya. Klien tampak senang ketika menyusui anaknya dan mengatakan nyerinya berkurang. Pada hari ke-3 klien mampu melakukan anjuran dan klien mengatakan terkadang klien menggunakan teknik relaksasi napas dalam apabila nyeri datang.

Gambar 4.4. grafik hasil evaluasi penurunan skala nyeri klien 1 dan klien 2



grafik 4.4 menunjukkan bahwa hari pertama skala nyeri yang dirasakan oleh klien 1 setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi yaitu dari skala 6 menjadi skala 5 dan skala nyeri yang dirasakan oleh klien 2 setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi yaitu dari skala 7 menjadi skala 6. Pada hari ke-2 skala nyeri sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi klien 1 dari skala 4 turun menjadi skala 3 dan klien 2 dari skala 5 menjadi skala 4. Pada hari ke-3 skala nyeri sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi klien 1 dari skala 3 turun menjadi skala 2 dan klien 2 dari skala 4 menjadi skala 3.

Pada klien 1 dan klien 2 juga didapatkan respon yang berbeda. Pada klien 1 saat diajarkan terapi relaksasi napas dalam klien kooperatif sehingga hanya dilakukan pengulangan sebanyak 2kali klien sudah mampu melakukannya secara mandiri. Pada klien 2 saat diajarkan terapi relaksasi napas dalam klien kooperatif namun sesekali lebih berfokus pada nyeri yang dirasakan sehingga pada awal

peneliti mengajarkan teknik relaksasi napas dalam perlu pengulangan beberapa kali mengajarkan cara melakukan teknik tersebut agar klien mampu melakukannya secara mandiri.

Menurut penelitian (Erina & Widia, 2016) Saat nyeri hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau berhari-hari, mengkombinasikan metode non-farmakologis dengan obat - obatan merupakan cara yang paling efektif untuk mengontrol nyeri. Pengendalian nyeri non-farmakologis menjadi lebih murah, mudah, efektif dan tanpa efek yang merugikan. Tindakan nonfarmakologis mencakup intervensi perilaku kognitif adalah mengubah persepsi klien tentang nyeri, mengubah perilaku nyeri, dan memberi klien rasa pengendalian yang lebih besar. Metode non-farmakologis yang dapat diberikan adalah teknik relaksasi pernapasan dalam. Saat dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien merelaksasikan otot-otot skeletal yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik. Kemudian juga mampu merangsang tubuh untuk melepaskan *opioid endogen* yaitu *endorphin* dan *enkefalin*, yang mana opioid ini berfungsi sebagai (analgesik alami) untuk memblokir reseptor pada sel-sel saraf sehingga mengganggu transmisi sinyal rasa sakit. Maka dapat menyebabkan frekuensi nyeri pada pasien operasi *sectio caesarea* dapat berkurang.

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 nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenisasi darah. Kelebihan latihan teknik relaksasi dibandingkan dengan teknik lain adalah teknik relaksasi lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun (Bare and Smeltzer, 2010). Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam implementasi tidak ditemukan kesenjangan antara hasil implementasi dengan teori.

- 7) Menganjurkan melakukan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri.

- a) Respon klien 1:

Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri

- b) Respon klien 2:

Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri

- 8) Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik baik berupa injeksi maupun oral.

- a) Respon klien 1:

Klien kooperatif dan bersedia diberikan terapi obat analgesik baik berupa injeksi maupun oral.

- b) Respon klien 2:

Klien kooperatif dan bersedia diberikan terapi obat analgesik baik berupa injeksi maupun oral.

#### 4.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan pada waktu terakhir setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama dalam waktu yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan.

Hasil studi kasus didapatkan hasil evaluasi pada klien 1 dan klien 2. Pada klien 1 setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam klien 1 atas nama Ny.A masalah keperawatan nyeri akut teratasi, hal ini dapat dibuktikan dari kriteria hasil yang sudah tercapai yaitu Ny.A nyeri yang dirasakan berkurang dari hari ke-1 nyeri dengan skala 6 sampai hari ke-3 skala nyeri berkurang menjadi 2, klien sudah tampak lebih rileks, hasil pemeriksaan tanda- tanda vital terakhir pada hari ke-3 di dapat TD: 120/90 mmHg, Nadi :75x/menit, RR : 21x/menit, S ; 36,5 C

Evaluasi pada klien 2 setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam klien atas nama Ny. R masalah keperawatan nyeri akut teratasi dan sudah mencapai target kriteria hasil dengan dibuktikan nyeri yang dirasakan berkurang dari hari ke-1 nyeri dengan skala 7 sampai hari ke-3 skala nyeri berkurang menjadi 3, klien sudah tampak rileks dan tampak senang., hasil pemeriksaan tanda- tanda vital terakhir pada hari ke-3 di dapat TD: 120/90 mmHg, Nadi :78x/menit, RR : 20x/menit, S ; 36,5 C

Hasil evaluasi akhir terdapat perbedaan respon dan skala nyeri yang dialami ke 2 klien. Ke 2 klien sama diberikan asuhan keperawatan dengan manajemen nyeri teknik relaksasi dan distraksi di dapat hasil pada hari pertama klien 1 nyeri skala menjadi 5 dan klien 2 nyeri skala 6. Pada hari kedua skala nyeri klien setelah dilakukan implemementasi klien 1 nyeri menurun menjadi skala

3 dan klien 2 nyeri skala 4. Pada hari ketiga klien 1 nyeri skala menjadi 2 sedangkan klien 2 nyeri skala 3.

Dari data hasil wawancara klien 1 mengatakan sebelumnya sudah cukup banyak mendapat pengetahuan dan informasi mengenai nyeri *post operasi sectio caesarea*. Dari data hasil wawancara klien 1 mengatakan jika klien mempunyai saudara kandung yang berprofesi sebagai bidan dan saudaranya tersebut sudah pernah melakukan persalinan secara *sectio caesarea*. Klien 1 banyak mendapat informasi tentang operasi *sectio caesarea* dari pengalaman saudaranya tersebut. Selain itu, klien 1 juga banyak mendapat dukungan dari keluarga dekatnya terutama suami dan kedua saudara kandungnya. Hal tersebut tampak dari suami dan saudaranya bergantian menjaga klien dan selalu memberikan perhatian dan support sehingga klien lebih mudah untuk manajemen nyeri yang dirasakannya.

Sedangkan pada klien 2 mengatakan sebelumnya klien belum banyak mendapat informasi mengenai rasa nyeri setelah operasi *sectio caesarea* karena pada anggota keluarga dekatnya belum ada yang pernah melakukan persalinan dengan *sectio caesarea* dan hasil dari wawancara dengan anggota keluarga klien mengatakan klien 2 mekanisme koping terhadap nyeri yang dirasakan kurang baik sehingga jika klien 2 merasakan nyeri sedikit klien sudah mengeluh nyeri dan tidak bisa menahan nyeri yang dirasakan tersebut.

Menurut (Zakiyah, 2015) faktor- faktor yang dapat mempengaruhi persepsi nyeri yang dirasakan seseorang diantaranya yaitu faktor usia, pengalaman nyeri sebelumnya, mekanisme koping, pengetahuan dan dukungan keluarga. Banyaknya pengetahuan klien mengenai nyeri yang dirasakan sangat

mempengaruhi persepsi nyeri yang dirasakan. Selain itu, dukungan dari keluarga dan Kehadiran orang terdekat serta bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respons terhadap nyeri. Klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan tetapi kehadiran orang terdekat dapat meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan.

Hasil evaluasi akhir juga didapat persamaan dari kedua klien yaitu klien sama-sama mampu mengatasi nyeri yang dirasakan dengan teknik relaksasi napas dalam dan dioptimalkan dengan manajemen nyeri secara farmakologi dengan kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi. Hal ini menunjukkan bahwa evaluasi keperawatan antara klien 1 dan klien 2 tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

