

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis menjelaskan tentang hasil dan pembahasan dari Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Sectio caesarea* dengan Masalah Nyeri Akut

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli 2018 di ruang St. Agnes Paviliun RS Panti Waluya Sawahan Malang. Klien 1 berada di kamar perawatan kelas 3, yaitu kamar 95 bed 3 pada tanggal 11 Juli 2018 – 15 Juli 2018. Pada saat pengkajian, kamar terisi 2 pasien dari 3 tempat tidur, setiap bed terdapat sekat yaitu korden. Klien 2 berada di kamar perawatan kelas 1 yaitu kamar 92 bed 2 pada tanggal 12 Juli – 15 Juli 2018 dan pada saat pengkajian kamar terisi 1 pasien dari 2 tempat tidur, antara bed 1 dan 2 terdapat sekat korden. Selama pengambilan data hingga pemberian asuhan keperawatan privasi klien cukup terjaga karena tiap ruangan dan tiap bed terdapat sekat korden/tirai.

##### 4.1.2 Karakteristik Partisipan

Tabel 4.1 Tabel Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. K	Ny. R
Umur	26 tahun	30 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	S1	SMA

Pekerjaan	Pegawai Swasta	Pegawai Swasta
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Diagnosa Medis	<i>Sectio caesarea</i>	<i>Sectio caesarea</i>
Tanggal dan Jam MRS	11 Juli 2018, pukul 20.00 WIB	12 Juli 2018, pukul 18.30 WIB
Tanggal dan Jam Pengkajian	12 Juli 2018, pukul 14.00 WIB	13 Juli 2018, pukul 14.00 WIB

Tabel 4.2 Tabel Identitas Suami Klien

IDENTITAS SUAMI	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. R	Tn. N
Umur	27 tahun	26 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Pegawai Swasta	Pegawai swasta
Status perkawinan	Kawin	Kawin

## 4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

## 1) Pengkajian

## a) Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu

Tabel 4.3 Tabel Riwayat Kehamilan dan Persalinan Yang Lalu

KLIEN 1						
Thn	Anak ke	Jenis Persalinan	Penolong	Jenis Kelamin	Keadaan Bayi Waktu Lahir	Masalah Kehamilan
KLIEN HAMIL ANAK PERTAMA						

KLIEN 2						
Tahun	Anak ke	Jenis Persalinan	Penolong	Jenis Kelamin	Keadaan Bayi Waktu Lahir	Masalah Kehamilan
KLIEN HAMIL ANAK PERTAMA						

## b) Riwayat Kehamilan saat Ini

Tabel 4.4 Tabel Riwayat Kehamilan Saat Ini

Indikator	Klien 1	Klien 2
Periksa kehamilan	Klien mengatakan rutin memeriksakan kehamilannya setiap 1 bulan sekali ke bidan dan ke dokter.	Klien mengatakan memeriksakan dirinya secara rutin yaitu 1 bulan sekali. Saat hamil tua kadang 2 minggu sekali ke bidan dan dokter.
Masalah kehamilan	Klien mengatakan mual muntah saat trimester pertama.	Klien mengalami mual muntah pada kehamilan trimester pertama.

## c) Riwayat Persalinan Saat Ini

Tabel 4.5 Tabel Riwayat Persalinan Saat Ini

Indikator	Klien 1	Klien 2
Jenis Persalinan	<p><i>Sectio Caesarea</i> dengan indikasi Myopi</p> <p>Klien masuk rumah sakit pada tanggal 11 Juli 2018 pukul 20.00 WIB. Pada tanggal 12 Juli 2018 klien dilakukan tindakan operasi <i>Sectio caesarea</i> dengan anastesi spinal pada pukul 07.30 WIB masuk ke ruang operasi dan baru kembali dari ruang operasi pukul 10.00 WIB ke ruang perawatan.</p> <p>Saat dilakukan pengkajian pukul 14.00 WIB (6 jam setelah operasi) klien mengeluh nyeri di bagian perut bekas luka operasi. Saat dilakukan pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST didapatkan data, klien mengatakan :</p> <p>P: Nyeri muncul pada saat klien bergerak, nyeri berkurang saat klien istirahat</p> <p>Q: Nyeri perih, seperti disayat</p> <p>R: Nyeri yang dirasakan di perut pada luka bekas operasi</p> <p>S: Skala nyeri 4 (skala <i>numerik</i> 0-10)</p> <p>T: Nyeri hilang timbul. Klien terbaring di tempat tidur, klien tampak meringis saat merasakan nyeri, klien tampak memegang perut, terdapat luka yang ditutup kasa opsite pada bagian perut di bawah umbilikalis</p>	<p><i>Sectio caesarea</i> dengan indikasi letak sungsang</p> <p>Klien masuk rumah sakit pada tanggal 12 Juli 2018 pukul 18.30 WIB. Pada tanggal 13 Juli 2018 klien dilakukan tindakan operasi <i>Sectio caesarea</i> dengan anastesi spinal pada pukul 08.00 WIB masuk ke ruang operasi dan kembali ke ruangan pukul 10.30 WIB.</p> <p>Saat dilakukan pengkajian pukul 14.00 WIB (6 jam setelah operasi) klien mengeluh nyeri pada bagian perut pada bekas luka operasi. Saat dilakukan pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST didapatkan data, klien mengatakan :</p> <p>P Nyeri muncul pada saat klien bergerak, nyeri berkurang saat klien istirahat</p> <p>Q: Nyeri seperti tertimpa beban berat</p> <p>R: Nyeri yang dirasakan di perut pada luka bekas operasi</p> <p>S: Skala nyeri 5 (skala <i>numerik</i> 0-10)</p> <p>T: Nyeri hilang timbul. Klien terbaring di tempat tidur, klien tampak meringis, terdapat luka yang ditutup kasa opsite pada bagian perut dibawah umbilikalis</p>
Tanggal / pukul	12-07-2018 / 08.15 WIB	13-07-2018 / 08.20 WIB
Jenis kelamin Bayi BB / TB A/S	Perempuan 3005 gram / 48 cm 7/9	Perempuan 3050 gram / 48 cm 7/9

Perdarahan	±1 pembalut penuh dari pukul 08.30 s/d 13.00	±1 pembalut penuh dari pukul 08.30 s/d 13.00
------------	--	--

## d) Riwayat Ginekologi

Tabel 4.6 Tabel Riwayat Ginekologi

Indikator	Klien 1	Klien 2
Masalah ginekologi	Tidak ada masalah ginekologi	Tidak ada masalah ginekologi
Riwayat KB	Klien mengatakan belum pernah menggunakan KB sebelumnya	Klien mengatakan belum pernah menggunakan KB.

## e) Data Umum Kesehatan Saat ini

Tabel 4.7 Tabel Data Umum Kesehatan Saat Ini

Indikator	Klien 1	Klien 2
Status Obstetrik	P1001Ab0X	P1001Ab0X
Keadaan umum Kesadaran BB/TB	Cukup Composmentis 75 Kg / 163 cm	Cukup Composmentis 47 kg / 155 cm
Tanda –tanda Vital: - TD - Nadi - Suhu - RR	120/80 mmHg 98 x/menit 36,5°C 20 x/menit	110/70 mmHg 90 x/menit 36,8°C 20 x/menit

## f) Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.8 Tabel Pola Fungsi Kesehatan

Indikator	Klien 1	Klien 2
<b>POLA NUTRISI</b>		
Makan berapa kali sehari	Di Rumah : Klien makan 3x sehari. Klien dapat menghabiskan 1 porsi makanan, jenis makanan yang dimakan adalah nasi, lauk pauk, sayur dan buah buahan.  Di RS : Klien puasa mulai jam 24.00 WIB, saat pengkajian jam 14.00 WIB klien belum makan hanya minum air putih jika tidak mual.	Di Rumah : Klien makan 3x sehari. Klien dapat menghabiskan 1 porsi makanan, jenis makanan yang dimakan adalah nasi, sayur, lauk, buah dan susu.  Di RS : Klien puasa mulai jam 01.00 WIB, saat pengkajian jam 14.00 WIB klien belum makan hanya minum air putih jika tidak mual.

Minum	Di Rumah : Klien minum 1 botol besar perhari ( $\pm 1000$ cc/hari)  Di Rumah Sakit : Saat dilakukan pengkajian 6 jam setelah operasi klien sudah minum air putih	Di Rumah : Klien minum 8-10 gelas air putih perhari.  Di Rumah Sakit : Saat dilakukan pengkajian 6 jam setelah operasi klien sudah minum air putih
<b>POLA ELIMINASI</b>		
BAK	Di Rumah: Selama klien hamil klien kencing 6-8x/ hari  Di RS : Klien terpasang kateter tanggal 12-07-2018 (dengan ukuran kateter No. 16 dengan produksi urine saat pengkajian $\pm 500$ cc)	Di Rumah : Selama klien hamil klien kencing 5-7x/hari  Di RS : Klien terpasang kateter tanggal 13-07-2018, 05.00 WIB (dengan ukuran kateter No. 16 dengan produksi urin saat pengkajian $\pm 500$ cc)
BAB	Di Rumah : klien rutin BAB 1x/hari.  Di RS : Saat pengkajian Klien belum BAB .	Di Rumah : Klien BAB 1x/hari.  Di RS : Saat pengkajian klien mengatakan belum BAB.
Masalah Khusus	Tidak ada masalah khusus	Tidak ada masalah khusus
<b>POLA AKTIVITAS</b>		
Aktivitas	Di Rumah: Klien mengatakan selama hamil tidak bekerja, di rumah klien melakukan aktivitas seperti membersihkan rumah, mencuci baju, memasak.  Di RS : Saat pengkajian, klien mulai bisa menggerakkan dan menggerser kakinya, klien juga sudah mulai miring kanan dan kiri. Klien mengatakan masih merasa lemas dan sedikit nyeri pada daerah luka operasi. Aktivitas klien dilakukan diatas tempat tidur karena klien baru saja operasi.	Di Rumah : Klien bekerja di sebuah koperasi, saat hamil klien mengatakan tetap bekerja. Selain bekerja di koperasi klien juga melakukan aktivitas di rumah seperti menyapu, mengepel, memasak, dan cuci baju.  Di RS : Saat pengkajian, klien mengatakan masih merasa lemas dan sedikit nyeri pada luka operasi. Klien sudah bisa menggerakkan kaki dan miring kanan dan kiri. Aktivitas klien dilakukan diatas tempat tidur karena klien baru saja operasi.
<b>POLA KEBERSIHAN DIRI</b>		
Kebersihan diri	Di Rumah : Klien mandi 2x/hari  Di RS : Saat pengkajian klien belum mandi karena masih miring kanan kiri, hanya di seka dan berganti pembalut ketika penuh.	Di Rumah : Klien mandi 2x/hari  Di RS : Saat pengkajian klien belum mandi karena masih miring kanan kiri, hanya di seka dan berganti pembalut ketika penuh.

<b>POLA ISTIRAHAT DAN KENYAMANAN</b>		
Pola Tidur	Kebiasaan tidur: 7-8 jam perhari	Kebiasaan tidur: 6-7 jam perhari
Pola tidur saat ini	Saat pengkajian klien belum tidur.	Saat pengkajian klien belum tidur.
Keluhan ketidaknyamanan	Ketidaknyamanan: klien mengatakan nyeri pada luka operasi.	Ketidaknyamanan: klien mengatakan nyeri pada luka operasi.

## f) Keadaan Mental

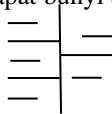
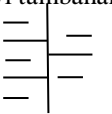
Tabel 4.9 Tabel Keadaan Mental

<b>Indikator</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Adaptasi psikologis	Klien mengatakan lega atas kelahiran putri pertamanya karena anaknya lahir dengan selamat dan keadaannya normal.	Klien merasa sangat lega karena telah melahirkan bayi pertamanya
Penerimaan terhadap bayi	Klien senang dengan kelahiran bayinya, terbukti dari ibu ingin menggendong dan menyusui bayinya walaupun ibu masih merasakan nyeri pada luka operasi.	Klien sangat senang dengan kelahiran bayinya, terbukti dari klien ingin bertemu dan memeluk bayinya.
Masalah khusus	Klien mengatakan rasa tidak nyaman selama menyusui karena masih merasakan nyeri pada luka operasinya juga ASI yang belum lancar.	Klien mengatakan saat menyusui bayi dengan miring kanan atau kiri tidak nyaman karena merasakan nyeri pada luka operasi dan pengeluaran ASI yang belum lancar

## g) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.10 Tabel Pemeriksaan Fisik

	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
<b>KEPALA DAN LEHER:</b>		
1. Kepala	Tidak teraba massa pada kepala. Kondisi rambut bersih, persebaran rambut merata, rambut berwarna hitam bergelombang.	Bentuk kepala normocephal, tidak teraba massa pada kepala. Kondisi rambut bersih, persebaran rambut merata, panjang sebahu.
2. Wajah	Ekspresi wajah klien tampak meringis menahan nyeri	Klien tampak meringis kesakitan
3. Mata	Mata klien terlihat lelah (mata sayu), konjungtiva merah muda. Sklera berwarna putih. Klien myopi -6/-6.	Mata klien terlihat sayu, konjungtiva merah muda. Sklera berwarna putih. Klien myopi -3/-3.

4. Hidung	Tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat sekret. Letak hidung simetris.	Tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat sekret. Letak hidung simetris.
5. Mulut	Terlihat bibir lembab, tidak pucat, dan tidak terdapat sariawan.	Bibir sedikit kering, tidak pucat, tidak sariawan.
6. Telinga	Tidak terdapat masalah pendengaran dan tidak ada nyeri tekan pada tragus, ada serumen sedikit.	Tidak ada masalah pada pendengaran, telinga bersih, tidak ada nyeri tekan pada tragus.
7. Leher	Tidak terdapat pembengkakan pada kelenjar limfe dan tiroid dan tidak ada nyeri telan. Tidak terdapat distensi vena jugularis.	Tidak terdapat pembengkakan pada kelenjar limfe dan tiroid dan tidak ada nyeri telan. Tidak terdapat distensi vena jugularis.
Masalah Khusus:	Ibu terlihat sedikit lelah setelah kembali ke ruang perawatan.	Ibu terlihat masih lemas.
<b>PEMERIKSAAN DADA</b>		
1. Jantung	Tidak terdapat bunyi jantung tambahan	Tidak terdapat bunyi jantung tambahan
2. Paru – paru	Tidak terdapat bunyi tambahan nafas 	Tidak terdapat bunyi tambahan nafas 
3. Payudara	Simetris kanan dan kiri, tidak terdapat luka, payudara teraba sedikit keras dan terlihat bengkak. Puting susu menonjol dan bersih. Klien mengatakan saat ditekan terasa nyeri.	Simetris kanan dan kiri, tidak terdapat luka, tidak ada bendungan pada payudara, puting susu menonjol dan bersih. Tidak terasa nyeri pada payudara.
4. Puting Susu	Puting susu klien menonjol dan terjadi hiperpigmentasi pada daerah areola.	Puting susu klien menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada daerah areola
5. Pengeluaran ASI	Pada saat pengkajian ASI keluar sedikit -/+	Pada saat pengkajian, ASI keluar sedikit, tetapi ASI sebelah kanan belum keluar -/+
Masalah Khusus	ASI sebelah kanan klien belum keluar.	ASI sebelah kanan belum keluar.
<b>ABDOMEN</b>		
1. Fundus uterus	TFU: tidak terkaji	TFU: tidak terkaji
2. Kandung Kemih	Tidak terdapat distensi kandung kemih, saat dikaji klien terpasang kateter	Tidak teraba distensi kandung kemih, saat dikaji klien terpasang kateter
3. Fungsi pencernaan	Pada saat pengkajian klien belum makan, masih minum sedikit-sedikit. Klien diberikan diet Tinggi Kalori dan Tinggi protein.	Pada saat pengkajian klien belum makan masih minum sedikit-sedikit. Klien diberikan diet Tinggi Kalori dan Tinggi protein.
Masalah khusus	Terdapat luka bekas operasi yang ditutup oleh Obsite sepanjang ± 25 cm x 10 cm. Kondisi: tidak terdapat rembesan darah maupun nanah, tidak terdapat bau pada luka yang ditutup.	Terdapat luka bekas operasi yang ditutup oleh Obsite sepanjang ± 20 cm x 10 cm. Kondisi: tidak terdapat rembesan darah maupun nanah, tidak terdapat bau pada luka yang ditutup

<b>PERINEUM DAN GENITAL</b>		
1. Vagina	Tidak edema, tidak ada hematoma dan terjaga kebersihannya keluaran masih darah merah segar (lochea rubra)	Tidak edema, tidak ada hematoma dan terjaga kebersihannya keluaran masih darah merah segar (lochea rubra)
2. Perineum	Perineum Utuh.	Perineum Utuh.
3. Lochea	- Jumlah: ±1 pembalut penuh dari pukul 08.30-13.00 WIB - Konsistensi : cair dan gumpalan darah - Jenis / Warna: Rubra dan berwarna merah sedikit gelap - Bau: berbau khas darah	- Jumlah: ±1 pembalut penuh dari pukul 08.30-13.00 WIB - Konsistensi : cair dan gumpalan darah - Jenis / Warna: Rubra dan berwarna merah terang - Bau: berbau khas darah
4. Anus	Ibu tidak memiliki hemoroid	Ibu tidak memiliki hemoroid
Masalah Khusus	Tidak terdapat masalah khusus	Tidak terdapat masalah khusus
<b>EKSTREMITAS</b>		
1. Ekstremitas atas	Kedua tangan ibu tidak mengalami bengkak. Kedua tangan dapat digerakkan dengan normal	Tidak mengalami oedem pada kedua tangan.
2. Ekstremitas bawah	Kaki tidak mengalami bengkak. Tanda Homan : negatif	Kedua kaki tidak mengalami bengkak. Tanda Homan: negatif
Masalah khusus	Tidak ada masalah khusus	Tidak ada masalah khusus
<b>MOBILISASI DAN LATIHAN</b>		
1. Tingkat mobilisasi	Sebelum melahirkan, pada awal kehamilan trimester I klien mengatakan pernah mengikuti senam kehamilan yang dilakukan di kelurahan. Tapi pada trimester II dan III klien sudah tidak mengikuti senam lagi. Saat pengkajian klien hanya berbaring dan mulai menggerakkan dan menekuk kakinya.	Sebelum melahirkan, klien mengatakan berjalan seperti biasa seperti berjalan sekitar rumah. Saat pengkajian klien hanya berbaring dan mampu menggerakkan dan menekuk kaki.
Masalah khusus	Klien masih dianjurkan melakukan mobilisasi bertahap.	Klien masih dianjurkan melakukan mobilisasi bertahap.

## h) Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.11 Hasil Pemeriksaan Penunjang

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
<b>HEMATOLOGI</b>	11-07-2018	12-07-2018		
<b>Darah lengkap</b>				
Jumlah Leukosit	<b>H 12.52</b>	8.39	10 <sup>3</sup> /μL	4.0 – 11.0
Jumlah Eritrosit	<b>L 3.71</b>	<b>L 3.94</b>	10 <sup>6</sup> / μL	4.0 – 5.0
Hemoglobin	<b>L 11.1</b>	<b>L 8.3</b>	g/dL	11.5 – 15.0
Hematokrit	<b>L 33.3</b>	<b>L 26.9</b>	%	37.0 – 45.0
MCV	89.8	<b>L 68.3</b>	fL	82.0 – 92.0
MCH	29.9	<b>L 21.1</b>	pg	27.0 – 31.0
MCHC	33.3	<b>L 30.9</b>	g/dL	32.0 – 37.0
Jumlah trombosit	321	272	10 <sup>3</sup> /μL	150 – 400
RDW-SW	45	45	fL	35 – 47



RDW-CV	13.8	<b>H 18.8</b>	%	11.5 – 14.5
PDW	10.7	12.7	fL	9.0 – 13.0
MPV	10.1	10.1	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	<b>H 25.6</b>	<b>H 27.7</b>	%	15.0 – 25.0
PCT	0.330	0.270	%	0.150 – 0.400
<b>Hitung jenis</b>				
Neutrofil	<b>H 74.9</b>	<b>H 73.1</b>	%	50 – 70
Limfosit	<b>L 15.7</b>	21.0	%	20 – 40
Monosit	7.5	4.9	%	2 – 8
Eosinofil	1.3	<b>L 0.5</b>	%	1 – 3
Basofil	0.6	0.5	%	0 – 1
Jumlah Neutrofil	<b>H 9.4</b>	6.1	10 <sup>3</sup> /μL	1.5 - 7.0
Jumlah Limfosit	2.0	1.8	10 <sup>3</sup> /μL	1.0 - 3.7
Jumlah Monosit	0.94	0.41	10 <sup>3</sup> /μL	0.16 - 1.00
Jumlah Eosinofil	0.2	0.0	10 <sup>3</sup> /μL	0 - 0.8
Jumlah Basofil	0.1	0.0	10 <sup>3</sup> /μL	0 - 0.2
<b>KOAGULASI</b>				
<b>Bleeding, clotting</b>				
Masa Perdarahan	2.00	2.00	Menit	1.00 - 3.00
Masa Pembekuan	11.05	11.10	Menit	6.00 - 12.00

## i) Obat –Obatan

Tabel 4.12 Obat-Obatan

Klien 1	Klien 2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ceftriaxone 2x1gr IV Anntibiotik yang digunakan untuk mencegah infeksi pada luka.</li> <li>2. Ranitidin 2x1 IV Diindikasikan untuk menangani gangguan yang terjadi pada pada perut dan usus</li> <li>3. Ondacentron 4mg IV Diindikasikan untuk mencegah mual dan muntah yang disebabkan oleh kemoterapi kanker, terapi radiasi dan pembedahan.</li> <li>4. Ketorolac 3x30mg IV Merupakan obat yang berfungsi untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat, seperti nyeri setelah operasi.</li> <li>5. Hb Vit 1xi tablet Multivitamin dan mineral untuk wanita hamil dan menyusui agar tidak mengalami anemia</li> <li>6. Lactamor 3x1 tablet Diindikasikan untuk membantu melancarkan ASI</li> <li>7. Meloxicam 3x1 tablet Merupakan salah satu obat antiinflamasi nonsteroid. Umumnya obat ini digunakan untuk meredakan peradangan, pembengkakan, dan kaku sendi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefotaxim 3x1gr IV Merupakan salah satu antibiotik untuk mencegah infeksi</li> <li>2. Ranitidin 2x1 IV Diindikasikan untuk menangani gangguan yang terjadi pada pada perut dan usus</li> <li>3. Ondacentron 1x4mg IV Diindikasikan untuk mencegah mual dan muntah yang disebabkan oleh kemoterapi kanker, terapi radiasi dan pembedahan</li> <li>4. Ketorolac 3x30mg IV Merupakan obat yang berfungsi untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat, seperti nyeri setelah operasi.</li> <li>5. Cefadroxil 3x1 tablet Merupakan obat antibakteri yang digunakan untuk mencegah dan menangani infeksi akibat bakteri.</li> <li>6. Domperidon 3x1 tablet Merupakan obat golongan antiemetik yang dapat meredakan rasa mual, mual muntah dan perut tidak nyaman</li> </ol>

8. Bledstop 3x1 tablet Dindikasikan untuk mencegah dan menangani perdarahan postpartum dan postabortal, digunakan dalam manajemen aktif dalam tahap ketiga persalinan, dan untuk mencegah perdarahan rahim.	
--	--

## f) Analisa Data

Tabel 4.13 Tabel Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah
Klien 1		
<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lega telah melahirkan anak pertamanya pada tanggal 12 Juli 2018 dengan cara operasi SC</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian perut, pada luka bekas operasi</li> <li>Klien mengatakan :</li> <li>- P: Nyeri muncul pada saat bergerak, nyeri berkurang saat istirahat</li> <li>- Q: Nyeri perih, seperti disayat</li> <li>- R: Nyeri terasa di perut pada luka bekas operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 4 (skala numerik 0-10)</li> <li>- T: Nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien 6 jam post op <i>sectio caesarea</i></li> <li>- K/u : Cukup</li> <li>- Kesadaran : composmentis</li> <li>- GCS: 4 5 6</li> <li>- TD: 120/80 mmHg</li> <li>- N: 98 x/menit</li> <li>- S: 36,5°C</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- Klien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Klien tampak memegang perutnya</li> <li>- Skala nyeri 4 (skala numerik 0-10)</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup kasa opsite sepanjang ± 25 cm x 10 cm. Kondisi kering tidak ada rembesan darah, bersih,</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Sectio caesarea</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Insisi jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Luka jahitan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Menstimulasi Histamin, Bradikinin, Prostaglandin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Impuls dikirim melalui serabut A dan serabut C</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Sumsu tulang belakang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>

<p>tidak berbau, tidak oedem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terpasang kateter No. 16, urin berwarna kuning jernih produksi urin ± 400cc mulai jam 08.00 – 13.00</li> <li>- Klien terlihat berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Klien terbaring di tempat tidur</li> </ul>		
<b>Klien 2</b>		
<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ini merupakan anak pertamanya yang lahir pada tanggal 13 Juli 2018 melalui operasi SC</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada perut di bagian luka operasi</li> <li>- Klien mengatakan :</li> <li>- P: Nyeri muncul pada saat bergerak, nyeri berkurang saat istirahat</li> <li>- Q: Nyeri seperti tertimpa beban berat</li> <li>- R: Nyeri yang dirasakan di perut pada luka bekas operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 5 (skala numerik 0-10)</li> <li>- T: Nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien 6 jam post op <i>sectio caesarea</i></li> <li>- K/u : Cukup</li> <li>- Kesadaran : composmentis</li> <li>- GCS : 4 5 6</li> <li>- TD: 110/70mmHg</li> <li>- N: 90 x/menit</li> <li>- S: 36,8°C</li> <li>- RR: 20 x/menit</li> <li>- Klien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Klien tampak memegang perutnya</li> <li>- Skala nyeri 5 (skala numerik 0-10)</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup oleh Opsite sepanjang ± 20 cm x 10 cm. Kondisinya kering tidak ada rembesan, tidak eodem, tidak berbau</li> <li>- Klien terbaring di tempat tidur</li> <li>- Klien terpasang kateter No. 16, urin berwarna kuning</li> </ul>	<p><i>Sectio caesarea</i></p> <p>↓</p> <p>Insisi jaringan</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Luka operasi</p> <p>↓</p> <p>Menstimulasi Histamin, Bradikinin, Prostaglandin</p> <p>↓</p> <p>Impuls dikirim melalui serabut A dan serabut C</p> <p>↓</p> <p>Sumsum tulang belakang</p> <p>↓</p> <p>Otak</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p>

jernih, produksi $\pm$ 500cc - Klien tampak berhati-hati saat bergerak		
---	--	--

## 2) Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.14 Tabel Diagnosa Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan
Klien 1 12 Juli 2018	Nyeri Akut berhubungan dengan adanya luka operasi
Klien 2 13 Juli 2018	Nyeri Akut berhubungan dengan adanya luka operasi

## 3) Rencana Keperawatan

Tabel 4.15 Tabel Rencana Keperawatan

Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi dan Rasional	
Klien 1			Intervensi	Rasional
Nyeri akut pada klien post <i>sectio caesarea</i> berhubungan dengan adanya luka jahitan	<p>Tujuan jangka pendek : Klien mampu beradaptasi terhadap nyeri setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam</p> <p>Tujuan jangka panjang : Klien mengatakan nyeri berkurang atau hilang setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam</p>	<p>1.Klien mampu mengontrol nyeri</p> <p>2.Klien mengatakan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>3.Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi)</p> <p>4.Wajah dan posisi tubuh klien tampak rileks</p>	<p>Mandiri :</p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Kontrol lingkungan: lingkungan tenang, batasi pengunjung dan istirahatkan klien</p> <p>4. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>1. Dengan pengkajian secara komprehensif membantu perawat fokus pada penyebab nyeri</p> <p>2. Dengan observasi non verbal perawat tahu apa yang dirasakan klien sekarang</p> <p>3. Kontrol lingkungan diharapkan dapat mengurangi nyeri</p> <p>4. Teknik relaksasi nafas dalam dapat membebaskan mental dan fisik dari ketegangan</p>

			<p>5. Berikan aromaterapi lavender dengan durasi <math>\pm 15-20</math> menit saat klien merasakan nyeri</p> <p>6. Ajarkan dan atau anjurkan teknik distraksi pada saat nyeri dengan merawat dan menyusui bayi</p> <p>7. Atur posisi yang nyaman</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgesik dengan tim medis</p>	<p>dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.</p> <p>5. Lavender memiliki zat aktif berupa <i>linalool</i> &amp; <i>linalylacetat</i> yang berfungsi sebagai analgesik</p> <p>6. Teknik distraksi dapat menurunkan stimulus internal</p> <p>7. Posisi yang nyaman dapat menurunkan intensitas nyeri</p> <p>8. Pemberian analgesik merupakan metode paling umum untuk mengurangi rasa nyeri</p>
Klien 2				
<p>Nyeri akut pada klien post <i>sectio caesarea</i> berhubungan dengan adanya luka jahitan</p>	<p>Tujuan jangka pendek : Klien mampu beradaptasi terhadap nyeri setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam</p> <p>Tujuan jangka panjang : Klien mengatakan nyeri berkurang atau hilang setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam</p>	<p>1. Klien mampu mengontrol nyeri</p> <p>2. Klien mengatakan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>3. Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi)</p> <p>4. Wajah dan posisi tubuh klien tampak rileks</p>	<p>Mandiri :</p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Kontrol lingkungan: lingkungan tenang, batasi pengunjung dan istirahatkan klien</p> <p>4. Ajarkan teknik</p>	<p>1. Dengan pengkajian secara komprehensif membantu perawat fokus pada penyebab nyeri</p> <p>2. Dengan observasi non verbal perawat tahu apa yang dirasakan klien sekarang</p> <p>3. Kontrol lingkungan diharapkan dapat mengurangi nyeri</p> <p>4. Teknik relaksasi</p>

			<p>relaksasi nafas dalam</p> <p>5. Berikan aromaterapi lavender dengan durasi ±15-20 menit saat klien merasakan nyeri</p> <p>6. Ajarkan dan atau anjurkan teknik distraksi pada saat nyeri dengan merawat dan menyusui bayi (Nurarif &amp; Kusuma, 2016)</p> <p>7. Atur posisi yang nyaman</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgesik dengan tim medis</p>	<p>nafas dalam dapat membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.</p> <p>5. Lavender memiliki zat aktif berupa <i>linalool</i> &amp; <i>linalylacetat</i> yang berfungsi sebagai analgesik</p> <p>6. Teknik distraksi dapat menurunkan stimulus internal</p> <p>7. Posisi yang nyaman dapat menurunkan intensitas nyeri</p> <p>8. Pemberian analgesik merupakan metode paling umum untuk mengurangi rasa nyeri</p>
--	--	--	--	--

## 4) Implementasi Keperawatan

Tabel 4.16 Tabel Implementasi Keperawatan

Dx Keperawatan	Hari 1		Hari 2		Hari 3	
Klien 1	Kamis, 12 Juli 2018		Jumat, 13 Juli 2018		Sabtu, 14 Juli 2018	
Nyeri akut pada klien post <i>sectio caesarea</i> berhubungan dengan adanya luka jahitan	14.00	Menanyakan kembali nyeri yang dirasakan klien menggunakan PQRST	14.00	Melakukan observasi nyeri menggunakan PQRST	14.20	Melakukan observasi nyeri klien menggunakan PQRST
	14.15	Melakukan pemeriksaan fisik	14.15	Melakukan observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan	15.00	Melakukan observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
	14.15	Melakukan observasi non verbal dari ketidaknyamanan	16.00	Mengobservasi penerimaan klien tentang manajemen nyeri	15.20	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital.
	16.00	Mengontrol lingkungan dengan membatasi pengunjung dan menganjurkan klien istirahat	16.00	Memberikan posisi yang nyaman saat istirahat yaitu supine		
	16.00	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	18.00	Menganjurkan klien menyusui bayinya sesering mungkin		
	18.00	Mengajarkan klien menyusui bayinya dengan miring kanan atau miring kiri	19.00	Mengukur tanda-tanda vital		
	18.30	Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri, yaitu supine				
19.00	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital					
Klien 2	Jumat, 13 Juli 2018		Sabtu, 14 Juli 2018		Minggu, 15 Juli 2018	
Nyeri akut pada klien post <i>sectio caesarea</i> berhubungan dengan adanya luka jahitan	14.20	Melakukan pengkajian Pada klien 2.	14.20	Melakukan observasi nyeri dan pengukuran skala nyeri	10.30	Melakukan observasi nyeri dan pengukuran skala nyeri
	14.30	Melakukan pengkajian nyeri terhadap klien meliputi faktor penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi, skala, dan waktu terjadinya nyeri	14.30	Melakukan observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan	10.45	Melakukan observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
			16.00	Mengobservasi penerimaan klien tentang manajemen nyeri	11.00	Melakukan observasi penerimaan klien tentang manajemen nyeri dengan

	14.30	Melakukan pemeriksaan fisik		dengan menggunakan aromaterapi	11.15	menggunakan aromaterapi
	16.00	Melakukan observasi non verbal dari ketidaknyamanan	18.00	Memberikan posisi yang nyaman saat istirahat yaitu supine	12.00	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital.
	16.00	Mengontrol lingkungan dengan membatasi pengunjung dan menganjurkan klien istirahat	18.30	Menganjurkan klien menyusui bayinya sesering mungkin		Mempersiapkan pasien untuk pulang.
	16.15	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	19.00	Mengukur tanda-tanda vital		
	16.30	Memberikan aromaterapi lavender saat klien merasakan nyeri				
	18.00	Mengajarkan klien menyusui bayinya dengan miring kanan atau miring kiri				
	19.00	Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri, yaitu supine				
	19.10	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital				

## 5) Evaluasi keperawatan

Tabel 4.17 Tabel Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	Kamis, 12 Juli 2018, jam 19.00	Jumat, 13 Juli 2018, jam 19.00	Sabtu, 14 Juli 2018, jam 16.00



<p>Klien 1 Nyeri akut pada klien post <i>sectio caesarea</i> berhubungan dengan adanya luka jahitan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian perut, pada luka bekas operasi</li> <li>- Klien mengatakan mencoba melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mengatakan :</li> <li>- P: Nyeri muncul pada saat bergerak, nyeri berkurang saat istirahat</li> <li>- Q: Nyeri perih, seperti disayat</li> <li>- R: Nyeri terasa di perut pada luka bekas operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 3 (skala numerik 0-10)</li> <li>- T: Nyeri hilang timbul, nyeri berkurang setelah melakukan teknik nafas dalam</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien post SC hari ke-1</li> <li>- Klien 6 jam post op <i>sectio caesarea</i></li> <li>- K/u : Cukup</li> <li>- Kesadaran : composmentis</li> <li>- GCS: 4 5 6</li> <li>- TD: 120/80 mmHg</li> <li>- N: 98 x/menit</li> <li>- S: 36,5°C</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- Klien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Klien tampak memegang perutnya</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian perut, pada luka bekas operasi</li> <li>- Klien mengatakan sudah menerapkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mengatakan :</li> <li>- P: Nyeri muncul saat bergerak, nyeri berkurang dengan teknik relaksasi nafas dalam dan istirahat</li> <li>- Q: Nyeri perih seperti disayat</li> <li>- R: Nyeri di perut pada luka operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 3 (skala numerik 0-10)</li> <li>- T: Nyeri hilang timbul</li> <li>- Klien mengatakan semalam dapat tidur tapi sering terbangun saat nyeri dan untuk menyusui bayinya</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang dengan manajemen nyeri yaitu teknik nafas dalam</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dalam post SC hari ke-2</li> <li>- K/u: cukup</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> <li>- GCS : 4 5 6</li> <li>- TTV</li> <li>- TD: 120/70 mmHg</li> <li>- N: 90 x/menit</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian perut, pada luka bekas operasi</li> <li>- Klien mengatakan sudah menerapkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mengatakan :</li> <li>- P: Nyeri saat bergerak, nyeri berkurang saat klien duduk atau istirahat dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Q: Nyeri perih</li> <li>- R: Nyeri di perut pada daerah luka operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 2 (skala numerik 0-10)</li> <li>- T: Nyeri hilang timbul</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri yaitu teknik nafas dalam</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien post SC hari ke-3</li> <li>- Kesadaran: composmentis</li> <li>- K/u: cukup</li> <li>- GCS: 4 5 6</li> <li>- TTV</li> <li>- TD: 120/80 mmHg</li> <li>- N: 90 x/mnt</li> <li>- S: 36,4°C</li> <li>- RR: 20 x/mnt</li> <li>- Klien tampak rileks</li> <li>- Klien mampu menerapkan</li> </ul>
---	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 3 (skala <i>numerik</i> 0-10)</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup kasa opsite sepanjang ± 25 cm x 10 cm. Kondisi kering tidak ada rembesan darah, bersih, tidak berbau, tidak oedem</li> <li>- Klien terpasang kateter No. 16, urin berwarna kuning jernih produksi urin ± 400cc mulai jam 08.00 – 13.00</li> <li>- Klien terlihat berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Klien terbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi.</p>	<p>S: 36,2°C RR: 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih rileks</li> <li>- Klien tampak melindungi area yang nyeri yaitu perutnya</li> <li>- Skala nyeri 3 (skala <i>numerik</i> 0-10)</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup kasa opsite sepanjang ± 25 cm x 10 cm. Kondisi kering tidak ada rembesan darah, bersih, tidak berbau, tidak oedem</li> <li>- Kateter Aff</li> <li>- Klien bergerak dengan hati-hati</li> <li>- Klien mampu menerapkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien dapat menyusui bayinya</li> <li>- Klien sudah mulai mobilisasi duduk dan berjalan ke kamar mandi</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p>	<p>teknik relaksasi nafas dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup kasa opsite sepanjang ± 25 cm x 10 cm. Kondisi kering tidak ada rembesan darah, bersih, tidak berbau, tidak oedem</li> <li>- Klien tampak melindungi area yang nyeri</li> <li>- Skala nyeri 2 (skala <i>numerik</i> 0-10)</li> <li>- Klien sudah mobilisasi ke kamar mandi</li> <li>- Klien sudah bisa mandi sendiri</li> <li>- Klien bergerak dengan hati-hati</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>
	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	Jumat, 13 Juli 2018, jam 19.10	Sabtu, 14 Juli 2018, jam 19.00	Minggu, 15 Juli 2018, jam 12.00
Klien 2 Nyeri akut pada klien post <i>sectio caesarea</i> berhubungan dengan adanya luka jahitan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ini merupakan anak pertamanya</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada perut di bagian luka</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri di perut pada luka operasi</li> </ul> <p>Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Nyeri saat bergerak, nyeri</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri di perut pada luka operasi</li> </ul> <p>Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Nyeri saat bergerak, nyeri</li> </ul>

	<p>operasi Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Nyeri muncul pada saat bergerak, nyeri berkurang saat istirahat</li> <li>- Q: Nyeri seperti tertimpa beban berat</li> <li>- R: Nyeri yang dirasakan di perut pada luka bekas operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 2 (skala numerik 0-10)</li> <li>- T: Nyeri hilang timbul, nyeri berkurang saat mencoba teknik relaksasi nafas dalam menggunakan aromaterapi lavender</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien post SC hari ke-1</li> <li>- Klien 6 jam post op <i>sectio caesarea</i></li> <li>- K/u : Cukup</li> <li>- Kesadaran : composmentis</li> <li>- GCS : 4 5 6</li> <li>- TD: 110/70mmHg</li> <li>- N: 90 x/menit</li> <li>- S: 36,8°C</li> <li>- RR: 20 x/menit</li> <li>- Klien tampak rileks</li> <li>- Klien tampak memegang perutnya</li> <li>- Skala nyeri nyeri yang ditunjuk klien 2 (skala numerik 0-10)</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- berkurang saat klien istirahat</li> <li>- Q: Nyeri perih seperti disayat</li> <li>- R: Nyeri di perut pada luka operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 2 (skala numerik 0-10)</li> <li>- T: Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan manajemen nyeri teknik relaksasi nafas dalam dengan aromaterapi lavender</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien post SC hari ke-2</li> <li>- K/u : Cukup</li> <li>- Kesadaran : composmentis</li> <li>- GCS : 4 5 6</li> <li>- TTV:</li> <li>- TD: 120/80 mmHg</li> <li>- N: 88x/menit</li> <li>- S: 36,5°C</li> <li>- RR: 20 x/menit</li> <li>- Klien tampak rileks</li> <li>- Klien tampak memegang perutnya</li> <li>- Skala nyeri 2 (skala numerik 0-10)</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup oleh Opsite sepanjang ± 20 cm x 10 cm. Kondisinya kering tidak ada rembesan, tidak eodem, tidak berbau</li> <li>- Kateter aff</li> <li>- Klien tampak berhati-hati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- berkurang saat klien istirahat</li> <li>- Q: Nyeri perih seperti disayat</li> <li>- R: Nyeri di perut pada luka operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 2 (skala numerik 0-10)</li> <li>- T: Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan manajemen nyeri teknik relaksasi nafas dalam dengan aromaterapi lavender</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien post SC hari ke-3</li> <li>- K/u : Cukup</li> <li>- Kesadaran : composmentis</li> <li>- GCS : 4 5 6</li> <li>- TTV</li> <li>- TD: 110/80 mmHg</li> <li>- N: 90x/menit</li> <li>- S: 36,4°C</li> <li>- RR: 20/menit</li> <li>- Klien tampak rileks</li> <li>- Klien tampak memegang perutnya</li> <li>- Skala nyeri 2 (skala numerik 0-10)</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup oleh Opsite sepanjang ± 20 cm x 10 cm. Kondisinya kering tidak ada rembesan, tidak eodem, tidak berbau</li> </ul>
--	--	--	---

	<p>yang ditutup oleh Opsite sepanjang ± 20 cm x 10 cm. Kondisinya kering tidak ada rembesan, tidak eodem, tidak berbau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbaring di tempat tidur</li> <li>- Klien terpasang kateter No. 16, urin berwarna kuning jernih, produksi ± 500cc</li> <li>- Klien tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan aromaterapi lavender</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p>	<p>saat bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan aromaterapi lavender</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Klien sudah jalan-jalan di sekitar ruangan</li> <li>- Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan aromaterapi lavender</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi. Pasien pulang pada hari ke-3 perawatan</p>
--	--	---	---

## 4.2 PEMBAHASAN

### 4.2.1 Pengkajian

Tabel 4.18 Pembahasan Pengkajian

Klien 1	Klien 2
<p>Fakta: Klien I melahirkan secara <i>Sectio caesarea</i> dengan indikasi Myopi -6/-6. Klien masuk RS pada tanggal 11 Juli 2018 pukul 20.00 WIB. Besoknya tanggal 12 Juli 2018 klien dilakukan tindakan operasi SC dengan anastesi spinal. Klien masuk kamar operasi pukul 08.00-09.10 WIB. Dari kamar operasi klien dibawa ke ruangan pukul 10.00 WIB. Saat dilakukan pengkajian pukul 14.00 WIB (6 jam setelah operasi) klien mengeluh nyeri di bagian perut bekas luka operasi. Saat dilakukan pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST didapatkan data, klien mengatakan :</p> <p>P: Nyeri muncul pada saat klien bergerak, nyeri berkurang saat klien istirahat Q: Nyeri perih, seperti disayat R: Nyeri yang dirasakan di perut pada luka bekas operasi S: Skala nyeri 4 (skala <i>numerik</i> 0-10) T: Nyeri hilang timbul. Klien terbaring di tempat tidur, klien tampak meringis saat merasakan nyeri, klien tampak memegang perut, terdapat luka yang ditutup kasa opsite pada bagian perut di bawah umbilikalis</p>	<p>Fakta: Klien II melahirkan secara <i>Sectio caesarea</i> dengan indikasi Letsu. Klien masuk RS tanggal 12 Juli 2018 pukul 18.30 WIB. Besoknya tanggal 13 Juli 2018 klien dilakukan operasi SC dengan anastesi spinal. Klien masuk kamar operasi pukul 08.00 WIB. Dari kamar operasi klien dibawa ke ruangan pukul 10.30 WIB. Saat dilakukan pengkajian pukul 14.00 WIB (6 jam setelah operasi) klien mengeluh nyeri pada bagian perut pada bekas luka operasi. Saat dilakukan pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST didapatkan data, klien mengatakan :</p> <p>P Nyeri muncul pada saat klien bergerak, nyeri berkurang saat klien istirahat Q: Nyeri seperti tertimpa beban berat R: Nyeri yang dirasakan di perut pada luka bekas operasi S: Skala nyeri 5 (skala <i>numerik</i> 0-10) T: Nyeri hilang timbul. Klien terbaring di tempat tidur, klien tampak meringis, terdapat luka yang ditutup kasa opsite pada bagian perut dibawah umbilikalis</p>
<p>Opini: Menurut penulis terdapat luka bekas operasi yang menstimulasi histamin, bradikinin dan prostaglandin melalui serabut A &amp; C dikirim ke sum-sum tulang belakang dan diteruskan ke otak sehingga menimbulkan masalah nyeri akut. Selain itu nyeri dirasakan klien karena efek anastesi mulai hilang</p>	<p>Opini: Menurut penulis terdapat luka bekas operasi yang menstimulasi histamin, bradikinin dan prostaglandin melalui serabut A &amp; C dikirim ke sum-sum tulang belakang dan diteruskan ke otak sehingga menimbulkan masalah nyeri akut. Selain itu nyeri dirasakan klien karena efek anastesi mulai hilang</p>
<p>Teori: Sesuai teori Nugroho (2010), yang menyatakan bahwa munculnya nyeri karena terputusnya kontinuitas jaringan yang menstimulasi histamin, bradikinin, prostaglandin melalui serabut A &amp; C dikirim ke sum-sum tulang belakang kemudian ke otak sehingga menimbulkan nyeri.</p>	<p>Teori: Sesuai teori Nugroho (2010), yang menyatakan bahwa munculnya nyeri karena terputusnya kontinuitas jaringan yang menstimulasi histamin, bradikinin, prostaglandin melalui serabut A &amp; C dikirim ke sum-sum tulang belakang kemudian ke otak sehingga menimbulkan nyeri.</p>

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian dapat ditegakkan diagnosa pada kedua klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan adanya luka operasi. Diagnosa yang ditegakkan pada kedua klien didukung dengan pengkajian yang didapatkan dari klien yang baru saja dilakukan operasi SC dengan anastesi spinal. Efek pembiusan hilang ditandai dengan klien dapat menggerakkan dan menggeser kakinya. Saat itu klien juga mulai merasakan nyeri pada daerah luka operasinya. Hal ini sesuai dengan teori menurut Muttaqin (2011) dan Nugroho (2010) yang mengatakan bahwa klien post *Sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka operasi) yang mana nyeri dirasakan setelah efek pembiusan hilang.

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan dari diagnosa yang telah ditegakkan pada Klien 1 dan Klien 2, dapat dilakukan perencanaan tindakan keperawatan kepada kedua klien berdasarkan teori.

Tabel 4.19 Tabel Pembahasan Tujuan Intervensi Keperawatan

Tujuan	Klien 1	Klien 2
Setelah diberikan tindakan keperawatan nyeri yang dirasakan klien berkurang dengan manajemen nyeri	Pada klien 1 juga ditetapkan tujuan yang sama yaitu, nyeri yang dirasakan klien berkurang dengan manajemen nyeri	Tujuan yang ditetapkan pada klien 2 juga sama yaitu, nyeri yang dirasakan klien berkurang dengan manajemen nyeri
Opini: Menurut penulis, tujuan yang ditetapkan pada kedua klien adalah nyeri yang dirasakan klien berkurang setelah dilakukan manajemen nyeri sudah sesuai, karena dampak nyeri dapat mempengaruhi aktivitas dan mobilisasi klien, sehingga klien jadi malas bergerak karena jika klien banyak bergerak maka nyeri akan semakin terasa. Hal ini juga akan berdampak pada bayi, jika ibu malas bergerak karena merasakan nyeri bisa terjadi resiko ketidakefektifan pemberian ASI.		
Teori: Dari tujuan yang telah ditetapkan pada kedua pasien dan pada tinjauan pustaka sudah sesuai dengan teori menurut Ambarwati (2008) yang dinyatakan pada tinjauan pustaka yang mengatakan bahwa penetapan tujuan rencana keperawatan bagi ibu post <i>Sectio caesarea</i> dengan masalah nyeri akut mengurangi keluhan yang dirasakan klien setelah diberikan asuhan keperawatan dalam jangka		

pendek maupun jangka panjang
------------------------------

Tabel 4.20 Tabel Pembahasan Kriteria Hasil Intervensi Keperawatan

Kriteria Hasil	Klien 1	Klien 2
1) Klien mampu mengontrol nyeri 2) Klien menyatakan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3) Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi) 4) Wajah dan posisi tubuh tampak rileks	1) Klien mampu mengontrol nyeri 2) Klien menyatakan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3) Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi) 4) Wajah dan posisi tubuh tampak rileks	1) Klien mampu mengontrol nyeri 2) Klien menyatakan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3) Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi) 4) Wajah dan posisi tubuh tampak rileks
<p>Opini: Kriteria yang telah ditetapkan pada kedua klien sesuai dengan teori penulis pada tinjauan pustaka. Sehingga menjadi acuan penulis dalam tujuan yang telah ditetapkan yaitu nyeri yang dirasakan klien dapat berkurang atau hilang serta klien mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakannya. Jika klien mampu mengontrol nyeri maka nyeri akan berkurang dan wajah serta posisi tubuh klien tampak rileks.</p>		
<p>Teori: Dari kriteria hasil yang ditetapkan pada klien 1 dan 2 sesuai dengan teori menurut Sigit (2010) yang menyatakan bahwa klien post <i>Sectio caesarea</i> yang memiliki masalah nyeri akut yang harus dicapai dengan kriteria hasil yaitu klien menyatakan mampu mengontrol nyeri, klien menyatakan bahwa nyeri berkurang dengan melakukan manajemen nyeri, klien mampu mengenali nyeri, wajah dan posisi tubuh klien rileks.</p>		

Tabel 4.21 Tabel Pembahasan Intervensi Keperawatan

Klien 1	Klien 2
<p>Pada klien 1 diterapkan intervensi pada tinjauan teori yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Kontrol lingkungan: lingkungan tenang, batasi pengunjung dan istirahatkan klien</li> <li>4. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>5. Ajarkan dan atau anjurkan teknik distraksi pada saat nyeri dengan merawat dan menyusui bayi</li> <li>6. Atur posisi yang nyaman</li> </ol>	<p>Pada klien 2 juga telah diterapkan intervensi pada tinjauan teori yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Kontrol lingkungan: lingkungan tenang, batasi pengunjung dan istirahatkan klien</li> <li>4. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>5. Ajarkan cara penggunaan aromaterapi lavender</li> <li>6. Berikan aromaterapi lavender dengan durasi <math>\pm 15-20</math> menit saat klien merasakan nyeri</li> <li>7. Ajarkan dan atau anjurkan teknik distraksi</li> </ol>

	<p>pada saat nyeri dengan merawat dan menyusui bayi</p> <p>8. Atur posisi yang nyaman</p>
<p>Opini:</p> <p>Pada klien 1 dan klien 2 telah ditetapkan rencana keperawatan sesuai dengan tinjauan pustaka. Pada setiap klien, intervensi juga direncanakan untuk melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, melakukan observasi reaksi non verbal, kontrol lingkungan sehingga klien dapat beristirahat dan rileks, cara mengontrol nyeri yaitu dengan teknik nafas dalam dan aromaterapi lavender. Pada pemberian aromaterapi lavender, lavender memiliki zat aktif berupa <i>linalool</i> &amp; <i>linalylacetat</i> yang bermanfaat mengurangi rasa nyeri dan dapat memberikan relaksasi.</p>	
<p>Teori:</p> <p>Intervensi yang telah direncanakan bagi kedua pasien telah sesuai dengan teori menurut Sulistyawati (2009), yang mengatakan bahwa aroma terapi lavender dapat mengurangi rasa nyeri dan memberikan ketenangan. Selain itu, juga sesuai dengan pernyataan Andarmoyo (2009), yang menyatakan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dapat membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.</p>	

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.22 Tabel Pembahasan Implementasi Keperawatan

Klien 1	Klien 2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri terhadap klien meliputi faktor penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi, skala, dan waktu terjadinya nyeri</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan fisik</li> <li>3. Melakukan observasi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>4. Mengontrol lingkungan dengan membatasi pengunjung dan menganjurkan klien istirahat</li> <li>5. Mengajarkan terknik relaksasi nafas dalam</li> <li>6. Mengajarkan klien menyusui bayinya dengan miring kanan atau miring kiri</li> <li>7. Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri, yaitu supine</li> <li>8. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian Pada klien 2</li> <li>2. Melakukan pengkajian nyeri terhadap klien meliputi faktor penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi, skala, dan waktu terjadinya nyeri</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan fisik</li> <li>4. Melakukan observasi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>5. Mengontrol lingkungan dengan membatasi pengunjung dan menganjurkan klien istirahat</li> <li>6. Mengajarkan terknik relaksasi nafas dalam</li> <li>7. Mengajarkan cara penggunaan aromaterapi lavender</li> <li>8. Memberikan aromaterapi lavender saat klien merasakan nyeri</li> <li>9. Mengajarkan klien menyusui bayinya dengan miring kanan atau miring kiri</li> <li>10. Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri, yaitu supine</li> <li>11. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital</li> </ol>



<p>Opini:  Pada klien 1 dari 9 intervensi yang telah direncanakan tidak seluruhnya dapat dilakukan karena klien 1 menolak intervensi yaitu pemberian aromaterapi lavender dengan alasan klien tidak menyukai bau-bauan dan bau-bauan bisa membuat klien merasa pusing, sehingga manajemen nyeri yang dilakukan untuk klien 1 adalah teknik nafas dalam. Pada klien 2 dari 9 intervensi yang direncanakan semua dapat dilakukan pada klien 2.  Perbedaan tindakan yang dilakukan berdasarkan pada kondisi klien. Pada klien 1 tidak dilakukan pemberian aromaterapi lavender karena klien menolak sedangkan pada klien 2 dilakukan pemberian aromaterapi lavender.</p>
<p>Teori:  Hal di atas sesuai dengan teori menurut Jitowiyono, (2012) dengan melakukan implementasi sesuai dengan keadaan klien diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan.</p>

#### 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.23 Tabel Evaluasi Keperawatan Berdasarkan Kriteria Hasil

Kriteria Hasil	
Klien 1	Klien 2
<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian perut, pada luka bekas operasi</li> <li>- Klien mengatakan sudah menerapkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mengatakan :  P: Nyeri saat bergerak, nyeri berkurang saat klien duduk atau istirahat dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Q: Nyeri perih</li> <li>- R: Nyeri di perut pada daerah luka operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 2 (skala <i>numerik</i> 0-10)</li> <li>- T: Nyeri hilang timbul</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien post SC hari ke-3</li> <li>- Kesadaran: composmentis</li> <li>- K/u: cukup</li> <li>- GCS: 4 5 6</li> <li>- TTV  TD: 120/80 mmHg  N: 90 x/mnt  S: 36,4°C  RR: 20 x/mnt</li> <li>- Klien tampak rileks</li> <li>- Klien mampu menerapkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup kasa opsite sepanjang ± 25 cm x 10 cm.  Kondisi kering tidak ada rembesan darah,</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri di perut pada luka operasi</li> <li>- Klien mengatakan :  P: Nyeri saat bergerak, nyeri berkurang saat klien istirahat</li> <li>- Q: Nyeri perih seperti disayat</li> <li>- R: Nyeri di perut pada luka operasi</li> <li>- S: Skala nyeri 2 (skala <i>numerik</i> 0-10)</li> <li>- T: Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan manajemen nyeri teknik relaksasi nafas dalam dengan aromaterapi lavender</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien post SC hari ke-3</li> <li>- K/u : Cukup</li> <li>- Kesadaran : composmentis</li> <li>- GCS : 4 5 6</li> <li>- TTV  TD: 110/80 mmHg  N: 90x/menit  S: 36,4°C  RR: 20/menit</li> <li>- Klien tampak rileks</li> <li>- Klien tampak memegang perutnya</li> <li>- Skala nyeri 2 (skala <i>numerik</i> 0-10)</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi yang ditutup oleh Opsite sepanjang ± 20 cm x 10 cm.</li> </ul>

<p>bersih, tidak berbau, tidak oedem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak melindungi area yang nyeri</li> <li>- Skala nyeri 2 (skala <i>numerik</i> 0-10)</li> <li>- Klien sudah mobilisasi ke kamar mandi</li> <li>- Klien sudah bisa mandi sendiri</li> <li>- Klien bergerak dengan hati-hati</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>	<p>Kondisinya kering tidak ada rembesan, tidak eodem, tidak berbau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Klien sudah jalan-jalan di sekitar ruangan</li> <li>- Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan aromaterapi lavender</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi. Pasien pulang pada hari ke-3 perawatan</p>
<p>Opini :</p> <p>Pada klien 1 masalah nyeri akut teratasi karena menurut penulis selain mendapatkan terapi non farmakologi dengan teknik nafas dalam klien juga mendapatkan terapi farmakologis yaitu Ketorolac 3x30mg sebagai analgesik dan antibiotik Ceftriaxon 3x1gr yang diberikan secara IV. Menurut penulis pada klien 2 masalah teratasi karena saat klien merasakan nyeri dan klien menggunakan aromaterapi lavender klien menyatakan nyeri berkurang walaupun nyeri tersebut dapat muncul kembali. Pada klien 2 juga mendapat terapi farmakologis yaitu Ketorolac 3x30mg sebagai anlagetik yang diberikan secara IV</p>	
<p>Teori :</p> <p>Masalah pada kedua klien teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang dapat dicapai menurut Sigit (2010), yaitu klien mengatakan mampu mengontrol nyeri, klien mengatakan nyeri berkurang dengan manajemen nyeri, dan ekspresi wajah dan tubuh klien tampak rileks. Selain itu klien juga dapat merawat dan menyusui bayinya, serta mobilisasi klien tidak terganggu.</p>	