

BAB IV

ANALISIS KASUS DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Kasus Post Partum *Section Casarea* Di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung berdasarkan Pendekatan *Evidence Based Nursing* yang dilaksanakan pada tanggal 31 Oktober 2022 sampai dengan 3 November 2022, penulis akan menganalisis hasil pelaksanaan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan *Evidence Based Nursing*.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi kasus kesehatan klien (Berman, et al, 2018). Pada tahap pengkajian ini penulis menemukan beberapa kesamaan dan kesenjangan diantaranya adalah :

Penulis melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Pada pasien Ny. H (42 tahun) P3A2 dan Ny. D (31 tahun) P3A0 dengan postpartum *section caesarea* dengan indikasi persalinan yaitu bekas SC. Kedua pasien ini memiliki kesamaan indikasi dilakukannya operasi *section caesarea* yaitu bekas SC, namun pada pasien Ny. D disertai dengan *chepalopelvic disproportion* (CPD) dan varises vagina. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa SC merupakan prosedur persalinan yang dilakukan melalui sayatan perut ke dalam rahim.

Beberapa indikasi dapat menyebabkan ibu dilakukan SC, diantaranya adalah karena pasien memiliki riwayat SC sebelumnya dan yang disertai dengan CPD (Pillitteri, 2012).

Pada pasien 1 dan 2 penulis menemukan keluhan utama yang sama yaitu nyeri pada area luka operasi. Nyeri ini disertai dengan nyeri yang dirasakan oleh ibu seperti di sayat-sayat benda tajam, nyeri dirasakan terus menerus, nyeri hanya dirasakan pada area bekas operasi saja yaitu di bagian perut bawah dan tidak menyebar kemana-mana, nyeri dirasakan bertambah jika bergerak atau berubah posisi. Sehingga menyebabkan semua aktivitas pasien di bantu keluarga dan perawat.

Dari hasil pemeriksaan fisik Ny. H ditemukan pada pasien P3A2 Post Partus Maturus dengan BSC dan MOW Post SC Jam ke-5, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, uterus teraba keras, TD 127/81 mmHg, nadi 99 x/menit, respirasi 18 x/menit, suhu 37.4 C, SpO2 98%, pasien terpasang infus RL drip tramadol 200mg, 20 gtt/menit di tangan kanan, aliran infus lancar, kulit tampak berkeringat, tampak meringis kesakitan, terdapat luka sayatan operasi melintang pada abdomen bagian bawah ± 3 cm diatas simpisis, lochea rubra, jumlah perdarahan <100 cc. Penulis melakukan pengukuran skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* sehingga didapatkan data skala nyeri 9 (0-10).

Pada Ny. D didapatkan data P3A0 Post Partum Maturus dengan CPD dan Varises Vagina Post SC Jam ke-4, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, uterus teraba keras, tekanan darah 98/76 mmHg, nadi 91 x/menit, respirasi 18 x/menit, suhu 36.7 C, SpO2 99%, pasien tampak meringis kesakitan ,

terdapat luka bekas operasi sc, tidak tampak rembesan darah pada verban luka post operasi sc, kulit tampak berkeringat, pasien terpasang infus RL ditambah analgetic tramadol 200 mg drip 15 gtt/menit di tangan kanan, aliran infus lancar, terdapat luka bekas operasi SC, keadaan luka tidak tampak rembesan darah pada verban luka operasi post SC, selanjutnya penulis melakukan assesment nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* didapatkan skala nyeri pada Ny. D yaitu 7 (0-10).

Nyeri yang dialami oleh pasien Ny. H dan Ny. D disebabkan karena adanya sayatan. Dimana sayatan merupakan sebuah stressor bagi tubuh dan setiap kali tubuh mengalami stress baik secara fisik maupun psikososial tubuh akan merespon dengan langkah-langkah untuk menjaga fungsi sistem tubuh yang mana hal ini dapat menyebabkan pelepasan epinefrin dan norepinefrin dari medulla adrenal (Pillitteri, 2012). Epinefrin menyebabkan peningkatan denyut jantung. Respon fisik yang ditimbulkan akibat adanya nyeri yaitu adanya perubahan keadaan umum, ekspresi wajah, nadi, pernafasan, suhu, sikap badan. Respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress yang dapat menekan sistem imun dan peradangan serta dapat menghambat proses penyembuhan (Subandi, 2017).

Berdasarkan analisis pada kasus Ny. H dan Ny. D pada saat pengkajian ditemukan terdapat perbedaan skala nyeri dan pasien mengalami kesulitan tidur. Pada Ny. H skala nyeri yaitu 9 (0-10) dan disertai dengan menunjukkan ekspresi meringis kesakitan dan disertai meningkatnya denyut nadi yaitu 99x/menit. Sedangkan pada Ny. D memiliki ekspresi yang datar. Klien tampak acuh namun ketika ditanya pasien menjawab pertanyaan. Hal

ini kemungkinan disebabkan oleh pengalaman nyeri yang berbeda diantara kedua ibu ini. Maka didapatkan terjadi perbedaan antara skala nyeri dan penilaian tanda vital ibu. Hal ini dikarenakan pengalaman pada Ny. H merupakan pengalaman operasi SC yang ketiga, sedangkan pada Ny. D ini merupakan pengalaman nyeri yang ke 2. Hal ini sesuai dengan teori bahwa riwayat operasi SC sebelumnya dapat meningkatkan sensitivitas nyeri pada pasien (Duan et al., 2019). Oleh karena itu, riwayat operasi Sc sebelumnya menyebabkan adhesi yang parah seringkali tidak dapat dihindari dan dengan demikian akan menyebabkan kesulitan operasi yang lebih tinggi. Durasi operasi menunjukan kesulitan operasi yang lebih tinggi pada pasien dengan oprasi SC berulang. Multipara mengalami lebih banyak rasa sakit pasca operasi dari pada primipara (Duan et al., 2019).

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data selain nyeri, pasien terdapat luka sayatan post operasi. Pada kedua pasien tidak ditemukan rembesan pada verban luka post operasi. Namun hal ini beresiko menyebabkan terjadinya infeksi. Data selanjutnya ditemukan bahwa pasien post operasi SC sehingga pasien beresiko mengalami perdarahan post SC. Data yang didapatkan pada pengkajian bahwa TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan <100cc. Perdarahan bisa terjadi akibat adanya proses involusi uteri.

B. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dan mendapatkan data-data status kesehatan pasien post partum dengan SC, maka penulis merumuskan diagnosa

keperawatan. Diagnose keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan dengan kewenangan perawat. Pada keadaan tertentu perawat akan menemukan diagnosa dari hasil pengkajian sehingga sangat perlu untuk di prioritaskan (Berman, et al, 2018).

Pada ibu dengan persalinan SC mengembangkan perhatian perawatan tambahan segera setelah postpartum dikarenakan ibu dengan post SC bukan hanya pasien post partum tetapi juga pasien pasca bedah (Pillitteri, 2012). Menurut Pillitteri (2012) segera setelah pasca partum dengan SC diagnosis keperawatan yaitu nyeri berhubungan dengan sayatan pembedahan. Nyeri yang dialami pada ibu dengan persalinan SC merupakan nyeri akut karena nyeri berlangsung selama periode pemulihan yang tidak persisten yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2017). Menurut PPNI (2017) bahwa gejala dan tanda mayor diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu terdapat data subjektif ditemukan pasien mengatakan nyeri, pada data objektif didapatkan pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Sedangkan gejala dan tanda minor yaitu data objektif tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

Pada Ny. H dan Ny. D dengan persalinan post SC antara 4-5 jam, maka dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut. Pengambilan rumusan diagnosa keperawatan nyeri akut didasarkan pada hasil analisis data dimana

adanya sayatan pembedahan menyebabkan terjadinya terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang pengeluaran serotonin, bradykinin, prostaglandin, lalu diteruskan ke substansi gelatinosa pada kornudorsalis medulla spinalis, diteruskan ke traktus spinotalamicus lalu ke thalamus dilanjutkan ke korteks cerebri sehingga nyeri dipersepsikan (Berman et al, 2018). Sehingga tidak ada didapatkan kesenjangan antara teori dengan kasus, baik pada pasien 1 maupun pasien 2. Sehingga tidak didapatkan hambatan dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan pada pasien post SC.

Selain diagnose utama nyeri akut pada kedua pasien. Didapatkan diagnosa lain yaitu resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum (retensi plasenta). Penulis mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan terdapat data subjektif yaitu kedua pasien post operasi SC, jumlah perdarahan kurang dari 100 cc, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba keras. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa perdarahan post partum atau perdarahan masa nifas adalah kehilangan darah melebihi 500 cc pada saat postpartum yang dibagi menjadi perdarahan primer dan perdarahan sekunder. Perdarahan primer merupakan perdarahan yang terjadi pada waktu 24 jam pertama setelah bayi lahir dan lebih dari 500 cc. perdarahan postpartum sekunder merupakan perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama dengan jumlah 500 cc atau lebih. Syok dapat terjadi apabila perdarahan terjadi setelah persalinan dan tidak ditangani dengan baik. Ibu bisa kehilangan banyak darah yang bisa menyebabkan kehilangan nyawa ibu. Keadaan seperti ini dapat

menyebabkan sirkulasi darah keseluruh tubuh terganggu sehingga menyebabkan hypovolemia berat (Yunadi et al., 2019).

Diagnosa ketiga yang muncul pada kedua pasien yaitu resiko infeksi berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan. Hal ini didapatkan berdasarkan data subjektif bahwa pasien mengatakan terdapat luka sayatan operasi SC di perut bawah. Tidak terdapat rembesan darah pada verban. Semakin tinggi peluang kejadian operasi SC maka akan meningkatkan peluang terjadinya infeksi luka operasi. Luka bedah yang dialami ibu post operasi SC akan mengalami penyembuhan primer. Tepi-tepi kulit merapat atau saling berdekatan sehingga mempunyai resiko infeksi yang rendah dan penyembuhan terjadi dengan cepat. Penyembuhan luka pada fase inflamasi terjadi sampai hari ke limasetelah pembedahan, lama fase ini bisa singkat jika tidak terjadi infeksi (Sukmawati, 2018).

Diagnose ke empat muncul hanya pada pasien 2 yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. Diagnose ini diangkat berdasarkan data subjektif pasien mengatakan ASInya belum keluar, ibu khawatir jika bayinya belum bisa diber ASI. Data objektif yang muncul yaitu kedua putting susu menonjol, belum ada pengeluaran ASI, bayi berada di ruang perinatal. Hal ini diakibatkan karena proses menyusui terdiri dari dua proses penting yaitu proses pembentukan air susu (the milk production refleks) dan proses pengeluaran air susu (let down refleks) yang kedua proses terebut dipengaruhi oleh hormon yang diatur oleh hipotalamus. Sebagaimana pengaturan hormon yang lain, hipotalamus akan bekerja sesuai dengan perintah otak dan bekerja sesuai emosi ibu. Kondisi kejiwaan dan emosi ibu yang tenang sangat mempengaruhi kelancaran ASI. Jika ibu mengalami

stress, pikiran tertekan, tidak tenang, cemas, sedih, dan tegang akan mempengaruhi kelancaran ASI (Mardjun et al., 2019).

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Berman et al, 2018). Dengan diagnosa keperawatan nyeri akut maka dirumuskan tujuan keperawatannya selama 3 kali 24 jam hal ini didasarkan pada teori tentang penyembuhan luka operasi. Dimana fase inflamasi berlangsung dari sejak terjadinya sayatan sampai dengan 3 hari (Purnama et al, 2017). Penulis menentukan kriteria hasil yaitu tanda-tanda vital dalam batas norma, pasien dapat bergerak dan beraktivitas dengan bebas dan mandiri, keluhan nyeri berkurang, pasien tampak tenang, luka tidak ada tanda infeksi pada luka sayatan.

Pada tahap ini penulis tidak mendapatkan hambatan dalam merencanakan tindakan keperawatan menurut diagnosa utama yang muncul pada Ny. H dan Ny. D. Perencanaan disesuaikan dengan kondisi, situasi, kemampuan pasien dan keluarga serta disesuaikan dengan sarana dan prasarana yang tersedia di ruangan. perencanaan yang tentukan dalam mengatasi masalah nyeri akut pada Ny. D dan Ny. H meliputi tindakan keperawatan utama dan pendukung. Tindakan keperawatan utama dalam mengatasi masalah nyeri akut yaitu manajemen nyeri dan tindakan yang direkomendasikan yaitu perawatan pasca SC, yang terdiri dari tindakan

observasi, terapeutik, edukasi dan kolaboratif. Tindakan kolaboratif pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu menggunakan obat-obatan yang diberikan oleh dokter untuk menurunkan nyeri yaitu tramadol drip 200mg dalam RL 500 cc 15 gtt/ment. Hal ini sesuai dengan teori Pillitterri (2012) ibu dianjurkan untuk menggunakan analgesic yang adekuat untuk mengatasi nyeri secara efektif. Tetapi apapun pereda nyeri yang digunakan pada ibu dengan pasca SC pastikan tindakan untuk meningkatkan kenyamanan pada ibu.

Untuk tindakan terapeutik pada perawatan pasca SC penulis menggunakan pendekatan EBN yaitu dengan melakukan mobilisasi dini post SC. Mobilisasi dini adalah upaya untuk memandirikan pasien secara bertahap, hal ini dapat memperlancar aliran darah ke daerah luka sehingga suplai oksigen ke luka post op menjadi terpenuhi, sehingga nyeri bisa berkurang (Metasari & Sianipar, 2018).

Intervensi pada diagnosa keperawatan resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum (retensi plasenta) yaitu dengan melakukan perawatan pasca persalinan dan pencegahan perdarahan. Perdarahan postpartum ditandai dengan kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah melahirkan plasenta. Penyebab perdarahan postpartum yaitu partus lama, paritas, peregangan uterus yang berlebihan, oksitoksin drip, anemia dan persalinan dengan tindakan (Satriyandari & Hariyati, 2017).

Intervensi pada diagnose keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu dengan melakukan tindakan perawatan luka sesuai dengan teknik steril. Hal ini dilakukan untuk menghindari resiko terjadinya infeksi pada luka post SC. Penatalaksanaan dari intervensi untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka post operasi SC hari pertama hanya dilakukan

pemanauan tanda-tanda infeksi, selain itu menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini agar penyembuhan luka lebih efektif dan tidak terjadi infeksi. Lalu pada hari ke tiga pasien dilakukan perawatan luka dengan ganti balutan luka, luka operasi tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Berman, 2018). Berdasarkan intervensi yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut pada Ny. H dan Ny. D pada tindakan kolaborasi yaitu melaksanakan advice dokter yaitu memberikan terapi analgetik tramadol 200 mg drip dalam infus RL 500 cc 20 gtt/menit. Tindakan terapeutik yang dilakukan pada kedua pasien yaitu melakukan mobilisasi dini post SC.

Pada tahap pelaksanaan penulis mengalami beberapa hambatan. Dimana pada hari pertama penulis menjelaskan tentang mobilisasi dini namun kedua pasien tampak kurang kooperatif. Kemungkinan hal ini disebabkan oleh rasa nyeri hebat yang dialami oleh ibu terutama terjadi pada Ny. H. Ibu sering meringis kesakian ketika terjadi perubahan posisi yang menyebabkan luka sayatan terguncang bahkan sampai keluar banyak keringat. Untuk mengatasi hambatan tersebut penulis lebih sering menjalin trust dengan pasien dan sering memberikan motivasi pada ibu, dengan menjelaskan mobilisasi merupakan hal mutlak yang harus dilakukan oleh pasien, dan penulis melakukan mobilisasi pada 6 jam pertama secara bertahap mulai dengan menggerakkan tangan, sikut, pergelangan tangan, kaki, lutut, lalu setelah 6 sampai 10 jam pasca operasi

melakukan miring kiri dan miring kanan. Setelah 12 sampai 24 jam pertama post operasi SC pasien dianjurkan untuk melakukan duduk pertama dengan setengah duduk posisi semifowler dengan sandaran. Setelah itu jika tidak ada keluhan dilanjutkan dengan posisi duduk tegak, Ketika sudah dapat beradaptasi pasien dianjurkan untuk duduk dengan melepaskan sandaran lalu setelah itu menjuntakan kaki. Setelah pasien kuat melakukan duduk dengan menjuntakan kaki, pasien dianjurkan berdiri lalu berjalan.

Penatalaksanaan dari intervensi resiko perdarahan yaitu dengan melakukan pemantauan perdarahan, pemantauan kontraksi uterus, serta pemantauan involusi uterus setiap hari.

Penatalaksanaan dari intervensi resiko infeksi yaitu dengan melakukan observasi tanda infeksi setiap shift, serta melakukan perawatan luka menggunakan teknik steril. Perawatan luka dilakukan pada hari ke tiga post SC.

Penatalaksanaan pada pasien 2 dari intervensi menyusui tidak efektif yaitu dengan melakukan perawatan payudara untuk memperlancar pengeluaran ASI. Pasien diberikan perawatan payudara dan pijat oksitoksin selama 15-20 menit. Setelah dilakukan tindakan perawatan payudara ASI keluar sedikit. Namun iu merasa senang ASI sudah mulai keluar.

E. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga

kesehatan lainnya (Berman et al, 2018). Pada tahap ini penulis melakukan penilaian dari respon pasien terhadap intervensi yang telah diberikan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Setelah dilakukan implementasi selama 3 kali 24 jam penulis melakukan evaluasi keperawatan .

Kriteria evaluasi berdasarkan SDKI yang ditentukan yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tampak tenang, skala nyeri berkurang, tanda-tanda vital dalam batas normal, pasien mampu bergerak dan beraktivitas dengan bebas dan mandiri, keadaan luka kering, tidak ada tanda infeksi. Kriteria evaluasi pada Ny. H dan Ny. D adalah setelah melakukan perawatan pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tampak tenang, skala nyeri berkurang, tanda-tanda vital dalam batas normal, pasien mampu bergerak dan beraktivitas dengan bebas dan mandiri, keadaan luka kering, tidak ada tanda infeksi, berdasarkan hasil pemeriksaan skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* didapatkan bahwa skala nyeri pasien Ny. H yaitu 3 (0-10) dan pada pasien Ny. D skala nyeri menjadi 2 (0-10). Dengan demikian tindakan pemberian analgetik dan mobilisasi sedini mungkin dapat membantu menurunkan tingkat nyeri pada pasien yang dilakukan SC.

Evaluasi pada diagnose kedua yaitu tidak terjadi pendarahan pasca partum. TFU 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras). Erdarahan kurang dari 100 cc.

Evaluasi pada diagnose ketiga yaitu tidak terjadi tanda-tanda infeksi, luka operasi tampak bersih, balutan luka sudah diganti dengan melakukan perawatan menggunakan teknik steril. Pasien diberikan edukasi cara merawat

luka dengan baik, agar tidak terjadi infeksi Ketika melakukan perawatan di rumah.

Evaluasi pada diagnose ke empat yaitu menyusui sudah efektif, ASI sudah keluar sebanyak <30cc, bayi pasien sudah mencoba menghisap payudaranya, pasien jua mengatakan bersyukur ASInya sudah keluar walaupun masih sedikit. Pasien tetap diberikan edukasi agar tetap melakukan perawatan payudara agar ASI tetap lancar.