

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan

1. Pengkajian

Pasien 1 dilakukan pengkajian dengan temuan hasil seorang perempuan 22 tahun beragama islam , dengan diagnosa medis G1P0A0 gr aterm Plasenta Kala III + KPD + 1 jam Postpartum SC a.i Oligohidramnion , Pasien mengatakan nyeri di luka post op SC tubuh pasien tidak bisa digerakkan karena akan terasa sakit apabila banyak bergerak,nyeri seperti disayat – sayat , nyeri dirasakan kurang lebih 1 – 4 menit, nyeri yang dirasakan hilang timbul , nyeri tidak menjalar ke pinggang, skala nyeri yang dirasakan pasien 5 (0 – 10) menggunakan VDS (Verbal Descriptor Scale) , saat dikaji pasien tampak meringis kesakitan, terdapat luka sayatan tertutup sepanjang 13 CM di adomen bagian bawah dengan luka sayatan berbentuk garis horizontal.

Pada pasien 2 ditemukan hasil pengkajian bahwa pasien berumur 24 tahun dengan diagnosa medis G1P0A0 gravida aterm a.i ketuban Pecah Dini + PEB + 3 jam Postpartum SC. Pasien mengatakan nyeri luka diarea post op SC nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang apabila sedang beristirahat, nyeri yang dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri yang dirasakan kurang lebih dalam waktu 1 – 4 menit, skala nyeri yang dirasakan 6 (0 – 10) menggunakan VDS (Verbal Descriptor Scale), nyeri tidak menjalar ke

pinggang, pada saat dikaji pasien tampak meringis kesakitan, terdapat luka sayatan tertutup sepanjang 10 CM di abdomen bagian bawah dengan luka sayatan berbentuk garis horizontal.

Pasien 1 berumur 22 tahun saat dilakukan pengukuran nyeri sebelum diberi intervensi pasien mengatakan skala nyeri 5 (0 – 10) menjadi skala 3 (0 – 10) menggunakan VDS (Verbal Descriptor Scale) . Sedangkan pada pasien 2 berumur 24 tahun pada saat dilakukan pengkajian nyeri yang dirasakan di skala 6 (0 – 10) menjadi skala 2 (0 – 10) menggunakan VDS (Verbal Descriptor Scale) .

Umur merupakan variable penting yang dapat mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak – anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi seseorang bereaksi terhadap nyeri (Hariyanto, 2015).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin meningkatnya umur, semakin tinggi reaksi maupun respon terhadap nyeri yang dirasakan. Teori diatas sesuai dengan keadaan yang terjadi di lapangan dimana pada pasien I dengan skala nyeri yang dirasakan adalah 5 (0 – 10) sedangkan untuk pasien II dengan skala nyeri yang dirasakan 6 (0 – 10), walaupun skala nyeri yang dirasakan termasuk dalam kategori sedang, namun terdapat perubahan antara pasien 1 dengan pasien II terhadap insensitas nyeri yang dirasakan.

Pada pasien I diharuskan melakukan drip misoprostol karena kontraksi uterus yang tidak adekuat, karena urgensi pasien mengalami

oligohidramnion sehingga bayi harus segera dikeluarkan namun dinyatakan gagal karena bayi tidak keluar sedangkan air ketuban ibu terlalu sedikit.

Salah satu penyebab terjadinya oligohidramion pecahnya ketuban dini, Ketuban pecah dini akan mengakibatkan terjadinya oligohidramnion, kondisi ini akan mempengaruhi janin karena sedikitnya volume air ketuban akan menyebabkan tali pusat tertekan oleh bagian tubuh janin akibatnya aliran darah dari ibu ke janin berkurang sehingga bayi mengalami hipoksia atau gangguan pertukaran oksigen (O₂) sehingga fetal distress dan berlanjut menjadi asfiksia pada bayi baru lahir (Palupi & Maryanti, 2020).

Sedangkan pada pasien 2 mengalami gawat janin karena urgensi sehingga bayi harus segera di keluarkan. Salah satu penyebab terjadinya gawat janin yaitu persalinan lama, perdarahan, kejang, obat perangsang kontraksi rahim, infeksi, kehamilan prematur dan post matur, ketuban pecah lama dan tali pusat menumbung. Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ yang cukup, sehingga akan mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi (kronik) dalam jangka waktu yang lama atau akut (Aprilina et al., 2020).

Pada klien I dengan post operasi 3 jam, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 November 2022 pasien mengeluh nyeri di luka post op SC tubuh pasien tidak bisa digerakkan karena akan terasa nyeri jika bergerak, nyeri seperti disayat – sayat , terdapat luka tertutup post op

SC sepanjang 13 cm diarea abdomen nyeri dirasakan kurang lebih dalam waktu 1-4 menit, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri tidak menjalar ke pinggang, skala nyeri yang dirasakan pasien 5 (0-10) menggunakan VSD, saat dikaji pasien tampak meringis kesakitan.

Pada klien 2 dengan post operasi 1 jam, saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri diluka post op, nyeri bertambah apabila banyak dan berkurang apabila sedang beristirahat, nyeri seperti disayat – sayat, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan kurang lebih dalam waktu 1-4 menit, nyeri akan berkurang jika pasien tidak bergerak, terdapat luka tertutup post op SC sepanjang 10 cm diarea abdomen, skala yang dirasakan adalah 6 (0-10) menggunakan VSD, nyeri tidak menjalar ke pinggang, saat dikaji pasien tampak meringis kesakitan,

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani, 2015). Hal ini sejalan dengan keadaan di lapangan saat dilakukan pengkajian, kedua pasien mengatakan keluhan utamanya yaitu nyeri pada luka operasinya.

Berdasarkan data yang ada pada kedua pasien, penulis menarik kesimpulan bahwa masalah keperawatan yang muncul pada kedua pasien tersebut sama yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan yang disebabkan oleh operasi Sectio Ceasarea. Hal ini menunjukkan bahwa keluhan pasien post operasi SC di lapangan

sesuai dengan teori yang ada yaitu mengeluh nyeri pada daerah luka operasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post op SC (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2015), diantaranya adalah :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi
- b. jalan nafas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan)
- d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan nutrisi post partum
- e. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- f. Gangguan eliminasi urine
- g. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- h. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor risiko:bantuan pertolongan persalinan
- i. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum
- j. Konstipasi
- k. Risiko syok (hipovolemik)
- l. Risiko Perdarahan

- m. Defisiensi pengetahuan :Perwatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum
- Sedangkan berdasarkan kasus yang sesuai dengan prioritas masalah setelah penulis melakukan pengkajian terhadap kedua klien, didapatkan diagnosa pada kedua pasien:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan data subjektif dan objektif sebagai berikut:

Pasien I	Pasien II
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri diarea luka post op SC - Pasien mengatakan nyeri seperti disayat – sayat - Nyeri yang dirasakan dalam waktu kurang lebih 1 – 4 menit - Pasien mengatakan nyeri akan bertambah apabila pasien banyak bergerak - Skala nyeri yang dirasakan 5 (0 – 10) menggunakan VDS <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan - Terdapat luka tertutup operasi SC POD – 1 - Luka post op SC sepanjang 13 CM di abdomen bawah yang membentuk garis horizontal - Kontraksi uterus kuat - TFU 32 Cm - Lochea rubra 1 pembalut terisi penuh 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dibagian luka post op SC - Nyeri yang dirasakan seperti disayat – sayat - Nyeri yang dirasakan dalam waktu kurang lebih 1 – 4 menit - Pasien mengatakan nyeri jika bergerak - Skala nyeri yang dirasakan 6 (0 – 10) menggunakan VDS <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan - Terdapat luka tertutup operasi SC POD – 1 - Luka post op SC sepanjang 10 CM di area abdomen bawah membentuk garis horizontal - Kontraksi uterus kuat - TFU 32 Cm - Lochea rubra 1 pembalut terisi penuh - Diberikan obat katerolac 2 x 1 ampl

- Diberikan obat katerolac 2 x 1 ampl	
---------------------------------------	--

Pada penelitian ini diagnosa medis yang diambil hanya nyeri akut, resiko pendarahan dan menyusui tidak efektif , namun untuk diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas yaitu nyeri akut dengan intervensi yang diberikan adalah cara menurunkan intensitas nyeri dengan terapi kompres hangat .

B. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang di lakukan pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan diagnosa yang di tegakan. Untuk intervensi yang sama pada kedua pasien yaitu nyeri akut. Berikut pembahasan intervensi pada kedua klien: Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontuinitas jaringan berdasarkan kriteria hasil yaitu Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil : Skala nyeri berkurang 2 (0- 10), Pasien mampu mengontrol nyeri secara mandiri, Meringis pada pasien berkurang, pasien mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri).

Intervensi keperawatan yang diambil adalah manajemen Nyeri dengan tindakan observasi meliputi Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri nonverbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan

nyeri Monitor tanda-tanda vital. Lalu tindakan terapeutik meliputi fasilitasi istirahat dan tidur, kemudian tindakan edukasi meliputi jelaskan penyebab nyeri dan pemicu nyeri ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri dengan terapi kompres hangat.

Terapi kompres hangat ini merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan rasa hangat dan nyaman dengan suhu 40°C-43°C di sekitar area insisi sectio caesarea selama 5 sampai dengan 10 menit dengan menggunakan buli- buli yang berisi air hangat. Kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah ke bagian yang nyeri, menurunkan ketegangan otot mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan otot. Teknik nonfarmakologi ini dapat diterapkan di semua rumah sakit dan rumah bersalin, karena teknik nonfarmakologi ini sangat mudah dilakukan dan biayanya terjangkau (Sari et al., 2019).

Kemudian intervensi pendukung nya adalah perawatan pasca section caesarea dengan tindakan observasi meliputi identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan, monitor TTV, monitor respon fisiologis seperti perubahan uterus dan lochea, lalu tindakan terapeutik meliputi motivasi mobilisasi dini 6 jam berikan dukungan menyusui kemudian tindakan edukasinya berupa ajarkan cara menyusui dan posisi menyusui yang benar.

Mobilisasi dini post sectio caesarea harus dilakukan secara bertahap. Tahap – tahap mobilisasi dini pada pasien post sectio caesarea adalah pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus tirah baring dan hanya bisa

menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Pasien diharuskan miring kiri dan kanan setelah 6-10 jam untuk mencegah thrombosis dan thromboemboli. Setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian dilanjutkan dengan belajar berjalan (Nurfitriani, 2017).

Mobilisasi dapat meningkatkan fungsi paru – paru. Semakin dalam nafas yang dapat di tarik, semakin meningkat sirkulasi darah. Hal tersebut memperkecil resiko pembentukan gumpalan darah sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Beberapa keuntungan dari mobilisasi dini antara lain dapat melancarkan pengeluaran lokhea, mempercepat involusi uterus, melancarkan fungsi alat gastrointestinal, ibu merasa lebih sehat dan kuat, dan melancarkan peredaran darah serta mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme. Mobilisasi dini penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga ibu dapat segera melakukan aktivitas sehari-hari secara normal. Keterlambatan mobilisasi dini dapat menjadikan kondisi ibu semakin memburuk dan pemulihan pasca SectioCaesarea menjadi terlambat (Nurfitriani, 2017).

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar. Untuk mencapai keberhasilan menyusui diperlukan pengetahuan mengenai teknik-teknik menyusui yang benar. Indikator dalam proses menyusui yang efektif meliputi posisi ibu dan bayi yang benar (body position), perlekatan bayi

yang tepat (latch), keefektifan hisapan bayi pada payudara (effective sucking) (Mutiara et al., 2022) .

ASI mulai ada kira-kira pada hari ketiga atau keempat pasca melahirkan bayi dan kolostrum berubah menjadi ASI yang matur kira-kira 15 hari sesudah bayi lahir. Oleh karena itu, bila seorang ibu telah menyusui bayinya setelah lahir tapi ASI masih keluar sedikit, itu bukanlah suatu masalah. Sehingga asuhan yang diberikan yaitu menganjurkan ibu agar sesering mungkin menyusui bayinya karena dengan isapan bayi, akan menghasilkan ASI yang lebih banyak .

Menyusui dengan teknik yang salah menimbulkan masalah seperti puting susu menjadi lecet dan ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjutnya enggan menyusui. Hal ini menyebabkan kebutuhan ASI bayi tidak tercukupi. Teknik menyusui yang benar akan mendorong keluarnya ASI secara maksimal sehingga keberhasilan menyusui bisa tercapai (Mutiara et al., 2022).

C. Implementasi Keperawatan

Setelah implementasi tersusun dalam perencanaan keperawatan yang rasional terhadap klien, kemudian penulis berusaha untuk mengimplementasikan sesuai apa yang telah diintervensikan sebelumnya. Selama melakukan asuhan keperawatan, penulis kesulitan dalam melakukan pendokumentasian terhadap perkembangan klien dan tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan pada saat penulis sedang tidak berada dirumah sakit. Namun, dengan upaya yang dilakukan penulis,

penatalaksanaan asuhan keperawatan dapat tetap dilakukan. Penulis melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan, penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan yang direncanakan.

Penatalaksanaan nyeri pada pasca operasi *sectio caesarea* terdiri dari mengobservasi memberikan penatalaksanaan farmakologi dan nonfarmakologi. Rasa nyeri dapat ditangani dengan obat analgesik yang digolongkan menjadi analgesik opioid dan *Nonsteroidal anti-Inflammatory Drugs* (NSAID) yang pemilihannya tergantung dari tingkatan nyeri setiap individu (Katzung, B.G., 2014).

Secara umum penggunaan NSAID sebagai ini pertama pengobatan nyeri pada ibu pasca melahirkan aman dan efektif. Salah satunya adalah obat Ketorolac. Ketorolac merupakan salah satu obat golongan NSAID yang digunakan sebagai obat pilihan dalam penatalaksanaan nyeri dan peradangan. Obat ini berguna salah satunya untuk memberikan efek analgesik pada pasca operasi ortopedi dengan intensitas nyeri sedang dan nyeri akut, baik digunakan sebagai obat tunggal maupun obat kombinasi. Setelah diberikan obat analgesik terdapat penurunan intensitas nyeri berdasarkan nilai VDS (ACOG, 2018).

Salah satu teknik yang dapat digunakan untuk menurunkan skala nyeri secara nonfarmakologi yaitu dengan terapi kompres hangat. Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan rasa hangat dengan suhu 40 – 43 C disekitar area insisi *Section*

Caesarea selama 5 – 10 menit dengan menggunakan buli-buli yang berisi air hangat. Kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah ke bagian yang nyeri, menurunkan ketegangan otot sehingga mengurangi nyeri akibat spasme atau kekuatan otot. Kompres hangat dapat dilakukan secara mandiri karena tidak memiliki efek samping, mudah dalam pelaksanaannya serta tidak memerlukan biaya dan waktu yang cukup banyak. Ketika akan melakukan terapi kompres hangat pada ibu pasca operasi *Sectio caesarea* hanya perlu memposisikan badannya dengan nyaman mungkin, kemudian melakukan terapi kompres hangat menggunakan buli-buli lalu diisi air hangat (Sari et al., 2019).

Pada hari pertama setelah dilakukan intervensi farmakologi pemberian analgetik katerolac 2 x 1 amp dan nonfarmakologi yaitu memberikan terapi kompres hangat , klien I masih belum bisa mengontrol nyeri pada saat hari pertama, sedangkan klien II sudah dapat mengontrol nyeri pada saat hari pertama. Pada hari kedua, setelah dilakukan intervensi farmakologi pemberian analgetik katerolac 2 x 1 amp dan nonfarmakologi terapi kompres hangat pada klien I pada hari kedua klien sudah bisa mengontrol nyeri dengan terapi kompres hangat dan pada klien II mengatakan klien sudah dapat mengontrol nyeri, pada saat dievaluasi klien I mengatakan skala nyeri nya berkurang dari 5 (0-10) menjadi 2 (0-10), dan pada klien ke II skala nyeri 6 (0-10) menjadi 2 (0-10). Adapun implementasi yang menjadi fokus penulisan yaitu kompres hangat diberikan selama 5 –

10 menit menggunakan buli - buli dengan frekuensi 1 kali sehari dalam 3 hari.

Pemberian intervensi dimulai pada hari pertama pasca operasi *sectio caesarea*. Pengkajian nyeri dilakukan selama ± 5 menit. Hasil implementasi hari pertama sampai dengan hari ketiga klien hampir sama yaitu setelah dilakukan pemberian teknik non farmakologi kompres hangat kepada klien, klien mampu mengikuti instruksi perawat dan klien mengatakan dirinya merasa nyaman terhadap lingkungan yang ada. Karena keterbatasan waktu, penulis hanya memberikan terapi kompres hangat 1x sehari, selebihnya klien melakukannya secara mandiri. Penulis tidak menemukan adanya hambatan karena klien dan keluarga sangat kooperatif dalam pelaksanaan yang telah diterapkan oleh perawat. Penulis telah melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi. Kerja sama baik dari pihak keluarga klien dan perawat serta tenaga medis lainnya yang telah membantu meringankan penanganan kepada kedua klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

