

BAB IV

ANALISA KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Analisa Kasus dan Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan membahas kesinambungan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan pada Ny.H (usia 26 tahun) P1A0 postpartum maturus dengan SC a.i letak sungsang dan Ny.S (usia 36 tahun) P3A0 dengan postpartum maturus dengan SC a.i letak oblique yang telah dilakukan di ruang Nifas RS Muhammadiyah Bandung. Dimana pada pembahasan ini sesuai dengan tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan. Pembahasan dari asuhan keperawatan pasien dengan postpartum maturus dengan SC sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

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 pasien (Kozier, 2019). Pada tahap pengkajian ini penulis menentukan beberapa kesamaan dan kesenjangan diantaranya adalah :

Penulis melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Pengkajian keperawatan pada kasus ini dilakukan kepada 2 pasien, yaitu Ny. H dan Ny. S yang dilakukan pada hari yang sama,

yaitu 16 Oktober 2023 pukul 15.00 dan pukul 16.00. Hasil dari pengkajian tersebut sebagai berikut:

Pasien 1 berusia 26 tahun P1A0 dengan Post SC a.i letak sungsang dengan skala nyeri 5 (0-10) belum pernah operasi SC atau operasi yang lain, pasien 2 berusia 36 tahun P3A1 dengan post SC a.i letak sungsang skala nyeri 6(0-10) dan pasien belum pernah operasi SC ataupun operasi yang lain. Pasien 1 dan 2 mengeluh hal yang sama yaitu nyeri di luka operasi SC. Skala nyeri pada kedua pasien berada di di rentang nyeri sedang. Keluhan yang dirasakan pasien 1 dan 2 sesuai dengan teori menurut (Mardiyana et al., 2020) persalinan melalui seksio sesarea yaitu tindakan persalinan melalui insisi dinding abdomen yang dapat menyebabkan nyeri, baik dalam kategori ringan, sedang dan berat. Nyeri yang dirasakan ibu post partum sangat tidak menyenangkan dan merupakan sensasi yang sangat personal. Teori di atas sesuai dengan keadaan yang terjadi di lapangan dimana pada pasien I dengan skala nyeri 5(0-10) sedangkan pasien 2 dengan skala nyeri 6 (0-10). Keluhan yang dirasakan pasien 1 dan 2 sesuai dengan teori menurut (Mardiyana et al., 2020) persalinan melalui seksio sesarea yaitu tindakan persalinan melalui insisi dinding abdomen yang dapat menyebabkan nyeri, baik dalam kategori ringan, sedang dan berat. Nyeri yang dirasakan ibu post partum sangat tidak menyenangkan dan merupakan sensasi yang sangat personal.

Pada saat dikaji pasien 1 post op SC \pm 7 jam , Pasien 1 mengeluh mules, saat di raba uterus teraba keras menandakan kontraksi uterusnya kuat (baik). Seperti halnya pada pasien 2 pun mengeluh mules, dan saat di raba uterus

teraba kuat menandakan kontraksi uterus baik. Hal ini dianggap normal karena kontraksi uterus paska persalinan akan intens pada hari ke-1 dan ke-2 namun akan berkurang pada hari ke-3 walaupun bisa memakan waktu sampai 6 minggu.

Pada pasien 1 lochea kurang lebih 30cc berwarna merah kontraksi uterus teraba keras TFU 1 dibawah jari TTV dalam batas normal, pada pasien 2 lochea berwarna merah kontraksi uterus teraba keras TFU 2 jari dibawah pusat. Oleh karena kontraksi uterus baik maka resiko perdarahan selama dirawat di RS tidak terjadi. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Tekela et al., 2019) Kontraksi uterus bertujuan untuk menghentikan perdarahan dengan menekan pembuluh darah di dinding rahim bekas melekatnya plasenta sehingga kurangnya kontraksi uterus dapat menyebabkan perdarahan postpartum.

Dalam hal menyusui pasien 1 belum ada pengalaman menyusui bayi, pasien belum punya pengetahuan dalam perlekatan bayi terhadap puting belum efektif, selain itu kelelahan dan rasa tidak nyaman (nyeri) yang dirasakan ibu juga mempengaruhi dalam teknik menyusui. Pada pasien 2 walaupun sudah ada pengalaman dalam menyusui bayi namun menyusui setelah melahirkan dengan proses post op SC adalah pengalaman baru untuk pasien dimana perlekatan bayi terhadap puting belum efektif yang dipengaruhi banyak hal seperti teknik menyusui yang tidak efektif yang dipengaruhi oleh kelelahan setelah operasi, posisi ibu yang tidak nyaman saat menyusui karena merasakan nyeri. Hal-hal diatas sesuai dengan teori menurut (Dewi Ekasari & Adimayanti,

2022) ketidakadekuatan suplai ASI yang dialami pasien dengan menyusui tidak efektif dapat terjadi karena beberapa faktor penyebab, yaitu karena teknik menyusui yang kurang tepat misalnya kesalahan dalam pelekatan mulut bayi ke puting, sehingga mempengaruhi jumlah ASI yang keluar. Selain itu, pengetahuan ibu mengenai perawatan payudara dapat mempengaruhi kelancaran produksi ASI pada proses menyusui.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Rinawati, 2018) Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, sangat perlu untuk didokumentasikan dengan baik. Pada tinjauan teoritis ditemukan 4 diagnosa keperawatan pada pasien:

a. Nyeri Akut

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang disusun oleh PPNI (2016)(tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Diagnosa nyeri akut diangkat pada kasus Ny.H dan Ny.S didasarkan pada data pasien mengeluh nyeri luka operasi dengan skala 5 dan 6 (skala sedang), pasien tampak meringis dan bersikap protektif. Selain itu didukung dengan adanya luka operasi sepanjang 25 cm. Nyeri

merupakan rasa tidak nyaman yang dirasakan seseorang secara nyata sebagai akibat karena adanya luka. Pembedahan SC merupakan tindakan insisi pada dinding abdomen yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf - saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamin, ion kalium, bradikinin, prostaglandin, dan substansi P yang mengakibatkan adanya respon nyeri. Nyeri juga dapat disebabkan oleh stimulus mekanik seperti pembengkakan jaringan yang menekan pada reseptor nyeri (Syarifah et al., 2019).

b. Resiko Perdarahan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang disusun oleh PPNI (2016), resiko perdarahan merupakan beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Diagnosa resiko perdarahan diangkat pada kasus Ny.H dan Ny.S didasarkan pada data pasien post op SC \pm 7-8 jam TFU 1 dan 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras, dan perdarahan pervaginam 40 dan 50 cc. Menurut (Tekela et al., 2019) Kontraksi uterus bertujuan untuk menghentikan perdarahan dengan menekan pembuluh darah di dinding rahim bekas melekatnya plasenta sehingga kurangnya kontraksi uterus dapat menyebabkan perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum terkait dengan pembedahan atau sectio sesaria dapat terjadi. Hal ini jika

pembedahan dilakukan sebelum ibu memasuki proses persalinan akan menyebabkan otot uterus dipaksa mengeluarkan buah kehamilan dengan segera. Sehingga, uterus lemah untuk berkontraksi

c. Resiko Infeksi

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang disusun oleh PPNI (2016)(tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017), resiko infeksi merupakan beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Diagnosa resiko infeksi diangkat pada kasus Ny.H dan Ny.S ditandai dengan data luka post operasi SC pada abdomen, luka operasi sepanjang 25 cm, luka ditutup dengan kassa/verban, tidak terdapat keluaran cairan dari luka dan kassa bersih tidak tampak kemerahan area sekitar luka operasi.

Infeksi luka operasi merupakan bagian dari masalah utama dalam praktik keperawatan yang akan menghambat proses penyembuhan luka. Proses penyembuhan luka diharapkan berada pada batas ideal yang diharapkan dengan regenerasi cepat sehingga dapat mengurangi resiko terjadinya infeksi (Kartikasari & Apriningrum, 2020). Hal ini dapat ditunjang dengan pemenuhan kebersihan diri pasien (personal hygiene). Kebersihan diri setelah melahirkan secara sectio caesarea terutama meliputi kebersihan dalam perawatan luka sectio caesarea bertujuan untuk mencegah timbulnya infeksi, menjaga luka dari trauma, meningkatkan proses penyembuhan luka dan mencegah masuknya bakteri. (Rahim et al., 2019)

d. Menyusui Tidak Efektif

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang disusun oleh PPNI (2016), menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif diangkat pada kasus Ny.H dan Ny.S yang didasarkan pada data pasien mengalami kelelahan setelah post pembedahan SC, khawatir ASI nya kurang, bayi tidak mau menghisap puting, perlekatan puting saat menyusui belum adekuat, bayi belum menghisap dengan kuat, posisi menyusui belum efektif dan menanyakan cara perawatan payudara. Menurut (Dewi Ekasari & Adimayanti, 2022) ketidakadekuatan suplai ASI yang dialami pasien dengan menyusui tidak efektif dapat terjadi karena beberapa faktor penyebab, yaitu karena teknik menyusui yang kurang tepat misalnya kesalahan dalam pelekatan mulut bayi ke puting, sehingga mempengaruhi jumlah ASI yang keluar. Selain itu, pengetahuan ibu mengenai perawatan payudara dapat mempengaruhi kelancaran produksi ASI pada proses menyusui. Perawatan payudara dapat memberikan rangsangan pada otot-otot payudara untuk memperlancar ASI yang mempengaruhi hipofise untuk mengeluarkan hormone oksitosin. Pengeluaran oksitosin selain dipengaruhi oleh isapan bayi, juga oleh reseptor yang terletak pada ductus. Bila ductus melebar, maka secara reflektoris oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis. Hormon oksitosin akan menimbulkan kontraksi pada sel-sel lain sekitar

alveoli sehingga air susu mengalir turun ke arah puting secara mekanik, pemijatan atau penekanan pada payudara akan membantu ASI keluar. (Indrayani & Ph, 2019)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pasien 1 dan 2 sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan. Untuk kedua pasien memiliki diagnosa yang sama sehingga dilakukan intervensi yang sama pada kedua pasien. Berikut pembahasan intervensi pada kedua pasien dengan masalah keperawatan yang utama adalah nyeri akut berhubungan dengan post partum SC hari ke 1 d.d adanya nyeri diluka operasi berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang (skala nyeri turun 2(0-10), luka SC tidak ada infeksi, TTV dalam batas normal, pasien mampu mengontrol nyeri (penyebab, mampu menggunakan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri).

Intervensi keperawatan yang diambil adalah manajemen nyeri yang di dalamnya terdapat intervensi terapi nonfarmakologi yaitu foot massage. *Foot massage* adalah manipulasi jaringan lunak pada kaki secara umum dan tidak terpusat pada titik-titik tertentu pada telapak kaki yang berhubungan dengan bagian lain pada tubuh (Abduliansyah, 2018)(Abduliansyah, 2018). Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan

merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin. Teknik *nonfarmakologi* pijatan (massage) dapat memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri dan meningkatkan keefektifan dalam pengobatan. Massage pada daerah yang diinginkan selama 20 menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan.

Dari uraian tentang *foot massage* dapat di simpulkan kelebihan dari terapi *foot massage* adalah aman dan mudah diberikan dan mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien, murah karena tidak memerlukan alat khusus, mudah dilakukan oleh siapapun. Oleh karena terapi *foot massage* ini banyak kelebihan dan banyak manfaatnya untuk menurunkan rasa nyeri akut post SC maka penulis mengambil terapi *foot massage* sebagai intervensi *nonfarmakologi* dalam asuhan keperawatan post partum dengan SC.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis akan menguraikan implementasi yang sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Safitri, 2019). Implementasi yang dilakukan untuk intervensi manajemen nyeri yaitu dengan pemberian terapi nonfarmakologis.

Pada pasien post partum dengan tindakan SC, diagnosa utama adalah nyeri karena nyeri hal yang aktual dengan adanya jaringan yang luka dan nyeri akan mengancam jiwa jika nyeri tidak ditangani dengan benar dan dapat menimbulkan ketidaknyamanan yang akan mengganggu metabolisme organ-organ yang lain. Nyeri post partum dengan SC selain ditangani dengan terapi farmakologi, rasa nyeri juga bisa ditangani dengan terapi nonfarmakologi terapi foot massage. Penulis mengambil terapi ini karena terapi ini mudah untuk dilakukan baik oleh tenaga kesehatan maupun keluarga pasien. Terapi ini juga sangat praktis dan ekonomis tidak memerlukan alat khusus ataupun biaya berlebih untuk dilakukan. Terapi ini sudah melalui penelitian-penelitian dan efektif untuk menanganii rasa nyeri.

Nyeri SC pada ibu post partum atau ibu yang sedang nifas dapat dilakukan pijat kaki atau foot massage. Manfaat pijat kaki atau foot massage ini dapat melancarkan sirkulasi darah ke seluruh tubuh, menghilangkan rasa sakit dan lelah, serta merangsang produksi hormon endorfin yang membuat tubuh rileks. Pijat kaki terdiri dari beberapa gerakan seperti effleurage, passage, tapotement, gesekan, dan getaran, yang merangsang serabut saraf pada kaki (serabut A-beta) dan reseptor taktil pada permukaan kaki Merangsang lapisan dermatom yang mengandung reseptor tekanan. Ia memiliki 7000 ujung saraf dan merupakan area yang paling dipersarafi. Reseptor kemudian mengirimkan impuls saraf ke sistem saraf pusat.

Gate control system diaktifkan melalui penghambatan interneuron rangsang, yang menekan fungsi sel T dan menutup gerbang tersebut. Oleh

karena itu, pesan nyeri tidak terkirim ke sistem saraf pusat dan otak tidak menerima pesan nyeri. Pijat kaki tidak hanya menghalangi sinyal rasa sakit ke sistem saraf pusat, tetapi juga dapat memicu respons pada tubuh Anda dengan melepaskan endorfin melalui pijatan. Endorfin adalah zat yang diproduksi dalam tubuh yang bertindak mirip dengan morfin. Endorfin memiliki efek menenangkan, membuat perasaan nyaman dan berperan penting dalam regenerasi sel yang memperbaiki area tubuh yang rusak dan rusak (Muliani et al., 2020).

Penurunan nyeri akut pada pasien 1 berbeda dengan pasien 2, dikarenakan pasien 2 mempunyai pengalaman nyeri post sc sebelumnya, sehingga memiliki faktor toleransi nyeri yang lebih tinggi. Bagi klien yang mengalami nyeri pasca operasi SC yang dilakukan foot massage atau pijat kaki akan menyebabkan penurunan skala nyeri, Penurunan nyeri akut pada pasien 1 lebih rendah karena pasien 1 tidak mempunyai pengalaman nyeri post sc sebelumnya dan dipengaruhi oleh faktor usia. Usia seseorang mempengaruhi dalam merespon dan mengekspresikan nyeri yang dirasakan.

Perbedaan skala nyeri yang dipersepsikan oleh seseorang disebabkan oleh kemampuan sikap individu dalam merespon dan mempersepsikan nyeri yang dialami. Kemampuan mempersepsikan nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berbeda diantara individu. Faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri adalah faktor fisiologis yang terdiri dari faktor usia, kelelahan, faktor genetik, fungsi

neurologis dan faktor sosial yang terdiri dari faktor pengalaman sebelumnya, dukungan keluarga dan faktor psikologis yang terdiri dari faktor kecemasan, dan pola koping, serta faktor budaya (Sari & Rumhaeni, 2020).

Secara teori diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post partum dengan SC ada 9 diagnosa (nyeri akut, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan, gangguan mobilisasi, konstipasi, gangguan eliminasi BAK, gangguan pola tidur, risiko infeksi, risiko ketidakseimbangan cairan), pada kasus yang diambil penulis diagnosa yang muncul ada 4 diagnosa yaitu nyeri akut, resiko perdarahan, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif. Diagnosa yang lain tidak muncul karena pasien tidak menunjukkan gejala-gejala yang mengarah ke diagnosa tersebut.

farmakologi yang pasien dapatkan.

Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan. Implementasi dilakukan pada pasien Ny. H (26 tahun) P1A0 dan Ny. S (36 tahun) P3A1 dengan postpartum *section caesarea* atas indikasi letak sungsang dan letak oblique berdasarkan *evidence based nursing* yaitu melakukan *foot massage* untuk mengurangi rasa nyerinya. Implementasi pada Ny. H dan Ny. S yaitu dilakukan manajemen nyeri diantaranya:

- Menjelaskan strategi meredakan nyeri
- Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri
- Menjelaskan manfaat teknik nonfarmakologi mengurangi nyeri yaitu dengan *foot massage*
- Memotivasi suami dan keluarga melakukan *foot massage*
 - Sebelum mulai anjurkan ibu membaca bismillahirrahmanirrahim
 - Mengajarkan ibu melakukan teknik nafas dalam
 - Mengajarkan suami dan keluarga untuk memijat lembut daerah kaki pasien selama 10 menit untuk kaki kiri dan 10 menit untuk kaki kanan.
 - Memberikan terapi analgetic sesuai intruksi dokter (RL ditambah tramadol 200 mg drip 20 gtt/menit)

Respon pasien 1 setelah diberikan implementasi yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka operasi masih ada, nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat, nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan bertambah jika pasien melakukan perubahan posisi, pasien mengatakan mules masih dirasakan, namun kadang-kadang, Pasien tampak meringsis, tekanan darah 113/77 mmHg, denyut nadi 89 x/menit, suhu 36.6 C, respirasi rate 22 x/menit, skala nyeri 7/10, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras), pasien masih tampak meringis kesakitan, involusi uterus baik.

Respon pasien 2 setelah dilakukan implementasi yaitu keluarga (suami pasien) mencoba melakukan foot massage. Tekanan darah 111/68 mmHg, denyut nadi 88 x/menit, suhu 36.6 C, respirasi 20 x/menit, saturasi oksigen = 98 %, lochea rubra, jumlah perdarahan \pm 30 cc, pasien tampak meringis. Implementasi manajemen nyeri dilakukan selama 3 hari, dilakukan sesuai rencana keperawatan. Diagnosa nyeri akut masalahnya teratasi karena skala nyeri sedang menjadi turun menjadi skala nyeri ringan. Hambatan dari intervensi ini adalah pasien membutuhkan orang lain dalam melakukan foot massage karena belum mampu melakukannya sendiri dan

Untuk diagnosa resiko perdarahan dilakukan implementasi memonitor tinggi fundus uteri, involusio uteri, pengeluaran lochea dari perdarahan jalan lahir, kedua pasien dan keluarga mau kooperatif dan mengerti apa yang disampaikan perawat. Hambatan dari implementasi ini adalah masa nifas yang panjang 4-6 minggu sedangkan implementasi yang dilakukan terhadap pasien hanya 3 hari, resiko perdarahan belum dikatakan teratasi mengingat masa nifas

yang masih panjang. Diagnosa resiko perdarahan dilakukan selama 3 hari di rumah sakit dan masalah ini belum teratasi karena jangka waktu intervensi selama 6 minggu sehingga masalah ini teratasi sebagian dan harus melanjutkan intervensi di rumah dengan melakukan edukasi terhadap klien dan keluarga selama di rumah supaya perdarahan tidak terjadi.

Untuk diagnosa menyusui tidak efektif dilakukan implementasi memberikan konseling menyusui, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar, mengajarkan perawatan payudara post partum. Hambatan dalam implementasi ini adalah ibu masih dengan permasalahan nyeri yang dirasakannya. Implementasi ini dilaksanakan 3x24 jam sesuai dengan rencana intervensi. Untuk klien 1 Ny. H memerlukan edukasi dan bimbingan yang lebih dalam hal menyusui efektif karena klien baru pertamakali menyusui ditambah dengan kondisi yang lemah dan kesakitan. Sedangkan untuk klien 2 Ny. S tidak memerlukan edukasi dan bimbingan yang lebih dalam menyusui efektif karena klien 2 sudah mempunyai pengalaman sebelumnya yang membedakan adalah kondisi klien sekarang yang melahirkan dengan SC yang harus menghadapi kelelahan dan kesakitan.

Untuk diagnosa resiko infeksi telah dilakukan implementasi yaitu memberikan perawatan pada luka operasi dengan mempertahankan teknik steril pada area luka, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. hambatan dari intervensi ini adalah masa penyembuhan luka

selama 3 minggu sedangkan intervensi yang dilakukan hanya 3 hari belum sesuai dengan rencana intervensi selama 3 minggu, resiko infeksi belum dikatakan teratasi mengingat penyembuhan luka yang masih panjang, sehingga masalah resiko infeksi belum teratasi sebagian dan harus melanjutkan intervensi di rumah dengan melakukan edukasi kepada klien dan keluarga supaya infeksi tidak terjadi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada hari ke tiga post operasi SC. Pada pasien Ny. H (26 tahun) catatan perkembangan dilakukan pada hari Rabu, 18 Oktober 2023 pukul 15.30, didapatkan data bahwa pasien mengatakan nyeri area luka operasi berkurang, nyeri muncul jika bergerak, nyeri seperti di sayat-sayat, skala nyeri 2 (0-10). Pasien masih tampak meringsi saat bergerak, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu : 36,6 C, respirasi 20x/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras), pasien sudah tampak bisa duduk di kursi. Berdasarkan hasil evaluasi pada pasien Ny. H bahwa masalah nyeri akut teratasi.

Pada pasien Ny. S (36 tahun) evaluasi dilakukan pada hari Rabu, 18 Oktober 2023 pukul 16.30, didapatkan data bahwa pasien mengatakan nyeri area luka operasi berkurang, nyeri muncul jika bergerak, skala nyeri 2 (0-10). Pasien masih tampak meringsi saat bergerak, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu : 37.1 C, respirasi 20x/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras), pasien sudah tampak bisa duduk di kursi.

Berdasarkan hasil evaluasi pada pasien Ny. H bahwa masalah nyeri akut teratasi.

Berdasarkan hasil implementasi selama 3 hari berturut turut melakukan foot massage, pasien Ny. H pada hari ke tiga pagi hari, tampak sudah dapat melakukan aktivitas duduk dan berjalan, dan sudah dapat berjalan ke kamar mandi. Pasien Ny. D pada hari ketiga post SC sudah dapat melakukan duduk di kursi, namun masih harus melakukannya secara perlahan. Pasien berjalan sejak 30 menit setelah duduk di kursi.

Intervensi pemberian *foot massage* pada ibu postpartum usia 0-6 minggu sangat memberikan manfaat dalam membantu mengurangi rasa nyeri. Dilihat dari hasil pemberian terapi *foot massage* pada hari pertama rasa nyeri yang dirasakan terus menurun bertahap, walaupun tidak seketika menghilangkan rasa nyeri. *Foot massage* menjadikan alternatif terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien post SC.

Untuk diagnosa menyusui efektif masalahnya dapat teratasi karena walaupun klien 1 adalah ibu baru dengan pengalaman yang baru namun semangatnya besar untuk bisa melakukan menyusui secara efektif walaupun masalah menyusui efektif bisa teratasi pada hari ketiga perawatan. Sedangkan pada klien 2 karena ada pengalaman sebelumnya, sehingga menyusui efektif bisa tercapai pada hari kedua perawatan setelah rasa sakit ibu berkurang dan setelah ibu mulai mobilisasi walaupun masih terbatas.

Untuk diagnosa resiko perdarahan masalahnya teratasi sebagian karena jangka waktu dari intervensi keperawatan adalah 6 minggu menimbang dari berhentinya pengeluaran lochea.

Sedangkan untuk diagnosa resiko infeksi masalahnya teratasi sebagian karena jangka waktu dari tujuan intervensi selama 3 minggu karena pertimbangan dalam penyembuhan luka secara teori selama 3 minggu.

Jadi dapat disimpulkan dari empat diagnosa 2 teratasi yaitu nyeri akut dan menyusui efektif dan 2 diagnosa lagi teratasi sebagian yaitu resiko perdarahan dan resiko infeksi.