

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu terdapat di Kabupaten Sumba Timur. Rumah sakit ini adalah rumah sakit yang terakreditasi paripurna dengan nilai B yang terdiri dari 2 instalasi yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap. Instalasi rawat jalan terdiri dari Poli penyakit paru, Poli saraf, Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli anak, poli gigi dan mulut, poli kebidanan dan KB, Poli VCT, Poli mata, dan Poli gizi. Instalasi rawat inap yaitu ruangan dahlia untuk penyakit dalam, Ruang kemuning untuk Kebidanan, ruangan PICU untuk pasien anak-anak dengan masalah kesehatan yang emergency, ruangan Perina untuk pasien bayi baru lahir dengan masalah kesehatan, ruangan ICU untuk pasien emergency, ruangan VIP dan utama untuk semua umur.

1. Ruang Kemuning

Ruang kemuning adalah salah satu instalasi rawat inap rumah sakit umum daerah umu rara meha waingapu yang dikhususkan untuk perawatan pasien kandungan dan kebidanan dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 23 tempat tidur yang terdiri dari 3 kelas perawatan, 1 ruangan VIP, ruangan bersalin dan ruangan observasi. Kelas 1 memiliki 2 tempat tidur, kelas 2 memiliki 4 tempat tidur, kelas 3 memiliki 16 tempat tidur, ruangan VIP memiliki 1 tempat tidur, ruangan observasi memiliki 2 tempat tidur dan ruangan bersalin memiliki 4 tempat tidur.

4.2 Hasil Studi Kasus

1. Data Umum Subyek

Data umum dalam studi kasus ini terdiri dari data nama, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan klien di Ruang Dahlia RSUD URM Waingapu, akan dijelaskan sebagai berikut:

a) Nama, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan

Distribusi Subyek berdasarkan nama, umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi karakteristik Subyek Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu pada bulan Juni 2024

Karakteristik	Pasien
Nama klien	Ny. S.R.W
Umur	28 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Pendidikan	SMP
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga

Sumber: Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu, 2024

Berdasarkan tabel tersebut dapat dilihat bahwa Ny. S berumur 28 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan SMP , pekerjaan Ibu rumah tangga.

2. Data khusus subyek

Data khusus subyek dalam studi kasus ini adalah terdiri dari data subyek berdasarkan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea dengan nyeri akut di Ruang kemuning RSUD URM Waingapu dijelaskan sebagai berikut:

a. Berdasarkan data khusus pengkajian

Dari hasil studi kasus pada subjek di Ruang kemuning RSUD URM Waingapu didapatkan data khusus hasil pengkajian adalah sebagai berikut:

1. Riwayat penyakit

1) Keluhan utama

Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri bekas operasi. Hasil pengkajian nyeri didapatkan P : nyeri luka operasi post sc, Q : nyeri terasa seperti terbakar, R : nyeri terasa di perut bagian bawah S : skala 6 (1-10), T : nyeri hilang timbul.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada saat pengkajian pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri bertambah saat bergerak dan semua aktivitas dibantu suami seperti makan, minum dan berpakaian.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pada saat dikaji pasien mengatakan sebelumnya sudah di operasi 2 kali saat melahirkan anak pertama dan kedua

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menjalani operasi sama sepertinya, tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular.

3. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Pada saat dikaji keadaan umum pasien tampak lemas, TFU : 2 jari dibawah pusat UC terasa keras

b) TTV

Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien didapatkan tekanan darah: 100/70 dilengan kiri, suhu:36,6°C di axilla, nadi: 80 x/menit teraba teratur, respirasi 24 x/menit normal.

c) **Body system:**

a) **Pernapasan (B1: Breathing)**

Hidung : Bentuk hidung simetris, tidak ada perdarahan, tidak ada nyeri, tidak ada pernapasan cuping hidung, trachea bersih tidak ada suara napas tambahan.

Dada : Bentuk dada normal chest, tidak ada edema, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, focal fremitus normal.

b) **Cardiovaskuler (B2: Bleeding)**

Pasien mengatakan tidak pusing, tidak ada nyeri dada, tidak sakit kepala, tidak kram kaki, suara jantung normal S1 Lup S2 Dup, tidak ada kelainan, tidak ada penggunaan alat bantu.

c) **Persyarafan (B3: Brain)**

Pada saat dikaji kesadaran pasien composmentis, GCS (E: 4, V: 5, M: 6) nilai total 15.

Parameter	Respon / Reaksi	Skor
Mata / Eye (E)	• Membuka mata spontan	4
	• Membuka mata karena diajak berbicara	3
	• Membuka mata karena rangsangan nyeri	2
	• Tidak ada respon	1
Verbal (V)	• Orientasi baik, dapat berbicara dengan lancar	5
	• Bingung	4
	• Kata- kata tidak sesuai	3
	• Suara tidak jelas	2
	• Tidak ada respon	1
Motorik (M)	• Mematuhi perintah	6
	• Melokalisir nyeri	5
	• Menghindari nyeri	4
	• Fleksi abnormal	3
	• Ekstensi abnormal	2
	• Tidak ada respon	1

Keterangan :

Composmentis: skor GCS 14-15
 Apatis : skor GCS 12-13
 Delirium : skor GCS10-11
 Somnolen : skor GCS7-9
 Stupor : skor GCS 4-6

Koma : skor GCS 3

Kepala dan wajah :

Bentuk mata simetris kiri dan kanan, sklera warna putih, conjungtiva pucat, pupil isokor

Leher :

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening, tidak ada nyeri tekan, tidak ada penyumbatan saluran makanan.

Persepsi sensori

Pendengaran : Bentuk telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan, pendengaran telinga kiri dan kanan baik, tidak ada sekret.

Penciuman : Bentuk lubang hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada ulcer, tidak ada pernapasan cuping hidung, indra penciuman normal.

Pengecapan : Warna lidah merah muda, tidak ada ulcer, tidak ada lesi, pengecapan normal maanis, asin dan pahit.

Penglihatan : Bentuk mata simetris, sklera putih, conjungtiva merah muda, pupil isokor, penglihatan normal.

Perabaan : Indra perabaan normal, pasien tampak menghindari rangsangan nyeri.

d) Perkemihan-Eliminasi Uri (B4: Bladder)

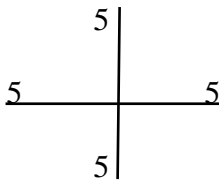
Pada saat dikaji, pasien mengatakan BAK 5-6 kali sehari, warna kuning pekat, tidak ada keluhan gangguan kencing, BAK ditempat tidur menggunakan kateter urin.

e) **Pencernaan-Eliminasi Alvi (B5: Bowel)**

Pada saat pengkajian pasien mengatakan belum BAB semenjak masuk rumah sakit sampai sekarang, tidak menggunakan alat bantu.

f) **Tulang-Otot-Integumen (B6: Bone)**

Pada saat pengkajian tidak ada kelumpuhan pada sendi, ekstermitas atas tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak ada peradangan, tidak ada patah tulang. Ekstermitas bawah tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak ada peradangan, tidak ada patah tulang.

Kekuatan otot	Keterangan
	5 (100%) : Normal
	4 (75%) : Dapat melawan gaya gravitasi dan tahanan ringan, sedang dari pemeriksa.
	3 (50%) : Dapat melawan gaya gravitasi tapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa.
	2 (25%) : Ada gerakan sendi, tidak dapat melawan tahanan minimal gravitasi.
	1 (10%) : Kontraksi otot minimal
	0 (0%) : Paralisis, tidak ada gerakan/ tidak ada kontraksi otot.

Gambar 4.1 kekuatan otot

4. Pemeriksaan penunjang

Dari hasil pemeriksaan penunjang subyek didapatkan data pada tabel berikut ini:

Table 4.2 Distribusi karakteristik Pemeriksaan penunjang subyek di Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu pada bulan Juni 2024.

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN	KETERANGAN
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	11.6	g/dL	12.0-15.6	Abnormal/rendah
Hematokrit	32.2	%	33.0-45.0	Abnormal/rendah
Leokosit	10.29	ribu/ul	4.50-11.00	Normal
Trombosit	188	ribu/ul	150-450	Normal
Eritrosit	4.16	Juta/ul	4.10-5.10	Normal
MCV/MCH/MCHC				

MCV	77.4	fl	80.0-100.0	Abnormal
MCH	27.9	pg	26.0-34.0	Normal
MCHC	36.0	g/dL	32.0-36.0	Normal
RDW	22.8	%	11.5-14.5	Abnormal
HITUNG JENIS				
Basofil	0.1	%	0.0-2.0	Normal
Eosinofil	1.9	%	0.0-4.0	Normal
Segmen	68.1	%	55.0-80.0	Normal
Limfosit	22.7	%	22.0-44.0	Normal
Monosit	7.2	%	0.0-7.0	Abnormal
Golongan darah	B/RH+	-		
Masa perdarahan	2	Menit	1-6	Normal
Masa pembekuan	7	Menit	6-14	Normal
SERO-IMUNOLOGI				
hbsAg	NON REAKTIF	-	NON REAKTIF	Normal
Sifilis	NON REAKTIF	-	NON REAKTIF	Normal
HIV	NEGATIF	-	NEGATIF	Normal

Sumber: Ruang Dahlia RSUD URM Waingapu, 2024

Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil laboratorium dari subyek yang diperoleh adalah Hematologi : Hemoglobin : menurun, hematokrit menurun leukosit normal.

5. Terapi farmakologi

Berdasarkan terapi farmakologi yang didapatkan pada pasien di Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu yaitu sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi karakteristik terapi farmakologi pasien di Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu pada bulan Maret 2024

JENIS TERAPI	CARA PEMBERIAN	KETERANGAN
Skin tes Ampicilin	Injeksi ic	Digunakan untuk mengetahui apakah pasien alergi terhadap obat ampicilin
Ampicilin 2 gr	Injeksi iv	Obat adalah antibiotik, ini digunakan untuk membunuh bakteri
Dexametason 30 mg	Injeksi iv	Dexametason adalah kortikosteroid yang mengobati peradangan pada organ tubuh.
Infus RL drip oksitosin 2 x 10 iu selama 12 jam post sc	Injeksi iv	Merangsang kontraksi dan mempermudah involusi uteri
Ketorolak 30 mg/8 jam max 3 hari	Injeksi iv	Digunakan untuk meredakan nyeri sedang atau berat yang biasa digunakan setelah pasca operasi
Paracetamol 1 gr/8 jam	Oral	Obat ini digunakan untuk

meredakan nyeri ringan maupun sedang (akibat sakit kepala, nyeri punggung atau osteoarthritis) dan untuk menurunkan demam

Sumber: Ruang Dahlia RSUD URM Waingapu, 2024

6. Klasifikasi data

Klasifikasi data hasil penelitian dari subyek dapat dilihat pada tabel 4.9 berikut ini:

Tabel 4.4 Distribusi karakteristik klasifikasi data subyek di Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu pada bulan Juni 2024.

NO	DS	DO
1	Pasien mengatakan nyeri bekas operasi P : nyeri luka operasi post sc Q : nyeri terasa seperti terbakar R : nyeri terasa di perut bagian bawah S : skala 6 (1-10) T : nyeri hilang timbul	– Pasien tampak meringis – Pasien bersikap protektif (posisi melindungi lokasi nyeri) – TFU : 2 jari dibawah pusat UC terasa keras – TD : 130/85 mmHg N : 95 x/menit RR : 18 x/menit
2	– Pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri bertambah saat bergerak – Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu suami seperti makan, minum dan berpakaian	– Rentang ROM menurun – Gerakan terbatas – Pasien tampak lemah

Sumber: Ruang Dahlia RSUD URM Waingapu, 2024

Dari tabel di atas menggambarkan bahwa pasien mengeluh nyeri bekas operasi dan takut untuk bergerak karena nyeri semakin bertambah saat bergerak. Sedangkan secara objektif yang di temukan adalah pasien tampak meringis dan rentang ROM menurun.

7. Analisa Data

Tabel 4.5 distribusi karakteristik analisa data

DATA (DS & DO)	MASALAH	PENYEBAB
DS : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi P : nyeri luka operasi post sc	nyeri akut	Agen pencedera fisik

	Q : nyeri terasa seperti terbakar		
	R : nyeri terasa di perut bagian bawah		
	S : skala 6 (1-10)		
	T : nyeri hilang timbul		
DO :	– Pasien tampak meringis		
	– Pasien bersikap protektif (posisi melindungi lokasi nyeri)		
	– TFU : 2 jari dibawah pusat UC terasa keras		
	– TD : 100/70 mmHg		
	N : 80 x/menit		
	RR : 24 x/menit		
DS :	– Pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri bertambah saat bergerak	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri
	Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu suami seperti makan, minum dan berpakaian		
DO :	– Rentang ROM menurun		
	– Gerakan terbatas		
	– Pasien tampak lemah		

Sumber: Ruang Dahlia RSUD URM Waingapu, 2024

Dari tabel di atas didapatkan dua diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

8. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan tampak meringis
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan

9. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.6 intervensi keperawatan

Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan ditandai dengan tampak meringis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien teratasi dengan kriteria hasil:	<p>Manajemen nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi nyeri non verbal 4) Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Fasilitasi istirahat dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menentukan durasi, frekuensi, dan karakteristik nyeri 2. Mengidentifikasi untk menentukan dosis analgesic yang tepat 3. Guna melihat adanya reaksi alergi karena pemberian analgesic atau tidak

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : – Mengeluh nyeri menurun – Rentang ROM meningkat – Nyeri menurun – Kecemasan menurun – Gerakan terbatas menurun	tidur	4. Mengurangi pergerakan agar nyeri tidak sering timbul
		6) Berikan teknik non farmakologi (kompres dingin) 7) Anjurkan teknik pereda nyeri	5. Mengajarkan strategi Pereda nyeri dengan non farmakologi kompres dingin guna mengurangi rasa nyeri 6. Unutk meredakan rasa nyeri
		Edukasi 8) Jelaskan strategi Pereda nyeri	
		Kolaborasi 9) Kolaborasi pemberian analgesic	
		<i>Dukungan mobilisasi</i> (I.05173)	1. Guna memonitor timbul nyeri atau tidak saat dilakukan pergerakan
		Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan	2. Membantu pasien untk meobilisasi menggunakan bantuan pagar tempat tidur 3. Keluarga terlibat guna mengawasi dan membantu pasien dalam mobilisasi
		Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur 5. Fasilitasi melakukan pergerakan (duduk , berpindah dari bed ke kursi) 7. Anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalm meningkatkan pergerakan	4. Tujuan mobilisasi untk mengurangi terjadinya resiko infeksi.
		Edukasi 8. Jelaskan tujuan dari mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri) 10. Ajarkan mobilisasi sederhana	

Sumber: Ruang Dahlia RSUD URM Waingapu, 2024

10. Implementasi Keperawatan

Implementasi subyek sesuai dengan perencanaan selama perawatan di Ruang kemuning RSUD URM Waingapu di jelaskan sebagai berikut:

- 1) Tindakan keperawatan Daftar tindakan keperawatan yang dilakukan dari perencanaan subyek dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.7 Implementasi pada subyek di Ruang Kemuning RSUD URM

Waingapu pada bulan Maret 2024.

Implementasi hari pertama

Dx. Keperawatan	Hari/ Tanggal	Jam	Tindakan	Evaluasi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Senin 08-07-2024	09.30	Timbang terima shift pagi	S : – Setelah diberikan kompres dingin, Pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang – Skala 6 ke 5 (1-10)
			– Observasi pasien dan pemeriksaan Tanda – tanda vital – Tekanan darah : 100/70 mmHg – Nadi : 80x/menit – RR: 24x/menit – Suhu 36.6°C	
		09.45	– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi durasi nyeri pada pasien P : nyeri luka operasi post sc Q : nyeri terasa seperti terbakar R : nyeri terasa di perut bagian bawah S : skala 6 (1-10) T : nyeri hilang timbul	O : – TFU : 2 jari dibawah pusat UC terasa keras – Keadaan umum baik – TD : 100/70 mmHg N : 80 x/menit RR : 24 x/menit – Kesadaran composmentis
			– Memfasilitasi istirahat dan tidur	A: Masalah nyeri akut belum teratasi
			– Memberikan teknik non farmakologi (kompres dingin)	P: Intervensi dilanjutkan
			– mengajarkan teknik pereda nyeri yang telah dilakukan	
10.30	– mengkolaborasi pemberian analgesic memberikan injeksi obat pereda nyeri Ketorolak 30 mg/8 jam			
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Senin 08-07-2024	10.45	– mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S: – Pasien mengatakan masih takut untuk bergerak karena nyeri – Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak
		10.50	– mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Menganjurkan pasien untuk miring kiri miring kanan	
		11.00	– Monitor kondisi umum selama	

			melakukan pergerakan	O: – Rentang ROM menurun
			– Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur	– Gerakan terbatas
			Memasang pagar tempat tidur pasien	– Pasien tampak lemah
11 .05		–	Fasilitasi melakukan pergerakan (duduk , berpindah dari bed ke kursi)	A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
		–	Anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	P: Intervensi dilanjutkan
11.05		–	Jelaskan tujuan dari mobilisasi	
		–	Anjurkan melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri)	

Implementasi hari kedua

Dx. Keperawatan	Hari/ Tanggal	Jam	Tindakan	Evaluasi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Selasa 09-07-2024	14. 30	Timbang terima shift siang – Observasi pasien dan pemeriksaan Tanda – tanda vital – Tekanan darah : 100/70 mmHg – Nadi : 80x/menit – RR: 24x/menit – Suhu 36.6°C	S : – Setelah diberikan kompres dingin pada area sekitar nyeri, Pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang – skala 5 ke 3 (1-10)
		14. 45	– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi durasi nyeri pada pasien P : nyeri luka operasi post sc Q : nyeri terasa seperti terbakar R : nyeri terasa di perut bagian bawah S : skala 6 (1-10) T : nyeri hilang timbul	O: – TFU : 2 jari dibawah pusat UC terasa keras – Keadaan umum baik – TD : 100/70 mmHg N : 80 x/menit RR : 24 x/menit – Kesadaran composmentis
		14. 45	– Memfasilitasi istirahat dan tidur	A: Masalah nyeri akut belum teratasi
		14. 55	– Memberikan teknik non farmakologi (kompres dingin)	P: Intervensi dilanjutkan
		15 .25	– mengajarkan tekniki pereda nyeri yang telah dilakukan	

		15.30	– mengkolaborasi pemberian analgesic memberikan injeksi obat pereda nyeri Ketorolak 30 mg/8 jam	
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Selasa 09-07-2024	15.45	– mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S: – Pasien mengatakan sudah tidak takut bergerak
		15.50	– mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Menganjurkan pasien untuk miring kiri miring kanan	– Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang
		16.00	– Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan – Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur Memasang pagar tempat tidur pasien	O: – Rentang ROM meningkat – Gerakan terbatas berkurang – Pasien masih tampak lemah
		16.05	– Fasilitasi melakukan pergerakan (duduk, berpindah dari bed ke kursi) – Anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
		16.05	– Jelaskan tujuan dari mobilisasi – Anjurkan melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri)	

Implementasi hari ketiga

Dx. Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan	Evaluasi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Rabu 10-07-2024	21.00	Timbang terima shift malam – Observasi pasien dan pemeriksaan Tanda – tanda vital – Tekanan darah : 100/70 mmHg – Nadi : 80x/menit – RR: 24x/menit – Suhu 36.6°C	S: – Setelah dilakukan kompres dingin di area sekitar nyeri, Pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang – skala 3 ke 1 (1-10)
		21.05	– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi durasi nyeri pada pasien P : nyeri luka operasi post sc Q : nyeri terasa seperti terbakar R : nyeri terasa di perut bagian bawah S : skala 6 (1-10)	O: – TFU : 2 jari dibawah pusat UC terasa keras – Keadaan umum baik – TD : 100/70 mmHg N : 80 x/menit RR : 24 x/menit – Kesadaran composmentis

T : nyeri hilang timbul

		21. 15	-	Memfasilitasi istirahat dan tidur	A:	Masalah nyeri akut teratasi
		21. 25	-	Memberikan teknik non farmakologi (kompres dingin)	P:	Intervensi dihentikan
		22. 00	-	Mengajarkan teknik pereda nyeri yang telah dilakukan (Kompres dingin)		
		21 .10	-	Mengkolaborasi pemberian analgesic memberikam injeksi obat pereda nyeri Ketorolak 30 mg/8 jam		
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Rabu 10-07-2024	21. 25	-	mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S:	Pasien mengatakan sudah bisa untuk bergerak-gerak karena
		21 .30	-	mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Menganjurkan pasien untuk miring kiri miring kanan	-	Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang
		22.00	-	Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan	O:	Rentang ROM meningkat
			-	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur Memasang pagar tempat tidur pasien	-	Gerakan fisik meningkat
			-	Pasien tampak bersemangat	A:	Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi
		22 .05	-	Fasilitasi melakukan pergerakan (duduk , berpindah dari bed ke kursi)	P:	Intervensi dihentikan
		-	Anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalm meningkatkan pergerakan			
		22.05	-	Jelaskan tujuan dari mobilisasi		
		-	Anjurkan melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri)			

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa secara umum tindakan keperawatan yang dilakukan subyek di Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.

2) Lama Rawat Inap

Berdasarkan lama rawat inap subyek diruang Ruang Kemuning RSUD URM

Waingapu adalah 3-4 hari.

11. Evaluasi

Evaluasi pada subyek sesuai dengan implementasi selama perawatan diruang Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu sebagai berikut:

Tabel 4.8 Distribusi karakteristik evaluasi keperawatan pada subyek di Ruang Kemuning RSUD URM Waingapu pada bulan Maret 2024

Diagnosa	Evaluasi	Paraf
1	<p>S : Pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keadaan umum baik - TFU 2 jari dibawah pusat - UC teraba keras - Pasien mampu duduk dan berjalan - BAK spontan - composmentis 456 - SPO2 : 98% - Tekanan darah : 110/83 mmHg - Frekuensi nafas 18 x/menit - Nadi 82 x/menit - Suhu : 36.8 <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p>	
2	<p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>S : pasien mengatakan sudah bisa berjalan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ROM meningkat - Gerak terbatas menurun - Pasien enggan bergerak menurun <p>A :Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	

Sumber: Ruang Dahlia RSUD URM Waingapu, 2024

Tabel di atas menunjukkan bahwa subyek dengan masalah teratasi dihari ketiga.

4.3 PEMBAHASAN

1. Hasil pengkajian

Menurut Doengoes, Marilyn (2019) Pengkajian di lakukan untuk mengumpulkan, memperjelas, dan mengkomunikasikan data tentang penderita sehingga terbentuk data dasar seperti mengumpulkan riwayat kesehatan, melakukan pemeriksaan fisik, mengumpul data laboratorium, memvalidasi data, mengelompokkan data serta menganalisis data. Menurut Dewi (2021), terdapat berbagi faktor yang dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi individu terhadap nyeri diantaranya usia, jenis kelamin dan kebudayaan.

Hasil studi terdahulu (Erny A Sari, 2022) dalam hasil pengkajiannya penderita mengatakan nyeri luka operasi Pasien mengeluh bekas luka operasi terasa ketat dan perih, cemas untuk bergerak, ASI tidak lancar dan payudara teraba keras.

Hasil studi kasus yang di lakukan penulis, tanda dan gejala sistemik maupun respiratorik pada subjek nyeri luka bekas operasi, enggan bergerak, pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif (posisi melindungi lokasi nyeri), TFU 2 jari dibawah pusat terasa keras, rentang ROM menurun gerakan terbatas, pasien tampak lemah. Jika dibandingkan dengan teori dan studi kasus terdahulu, ternyata tidak ada perbedaan yang signifikan pada kasus yang dirawat oleh penulis. Pada keluhan lain yang menyertai, ada perbedaan hasil.

Perbedaan ini terjadi karena respon tubuh pada setiap individu dalam beradaptasi dengan serangan penyakit tentunya tidak sama. Oleh sebab itu, pada kasus ini lebih membutuhkan keahlian perawat yang lebih profesional dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan ketika memberikan suatu tindakan harus memiliki skill yang baik dan kemampuan berkomunikasi untuk memperoleh data yang lebih akurat/ valid.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga dan menurunkan masalah pasien (Wilkinson, 2020). Pada Ibu post SC Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan terdiri dari Diagnosa actual adalah 1) Nyeri akut, 2) Resiko Infeksi, 3) Gangguan mobilitas fisik, 4) Gangguan pola tidur, 5) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Hasil studi kasus terdahulu (Fadila Utami, 2022) pada kasus yang dirawatnya, berdasarkan hasil, ada 3 Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan, yaitu: 1) nyeri akut, 2) resiko infeksi, 3) menyusui tidak efektif.

Hasil studi kasus yang dilakukan penulis, pada kasus di ruangan kemuning RSUD URM Waingapu sebanyak 2 Diagnosa keperawatan yang ditemukan, yaitu 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, 2) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Hasil studi kasus ini, dibandingkan dengan teori dan studi kasus terdahulu, ternyata tidak ada perbedaan hasil penegakkan diagnosa, hanya perbedaan yang dimana diagnosa yang seharusnya pada post operasi *sectio caesarea* sebanyak 5 Diagnosa, namun pada studi kasus terdahulu dan saat ini hanya ada 2 Diagnosa.

Menurut penulis hal ini terjadi dapat terjadi karena respon tubuh setiap individu yang berbeda dalam bereaksi dengan respon tubuhnya terhadap nyeri. Oleh sebab itu, dalam hal ini perawat lebih profesional dalam mengklasifikasikan data. Penegakkan Diagnosa keperawatan yang tepat dapat menjawab upaya untuk menentukan intervensi yang tepat dalam menyelesaikan masalah penderita.

3. Intervensi Keperawatan

Menurut Kozier et al. (2021) Perencanaan keperawatan merupakan suatu proses penyusunan intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah penderita. Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. Dalam menyusun proses perencanaan ini meliputi 3 hal penting, yaitu menetapkan tujuan yang diharapkan dari suatu tindakan yang diberikan, melalui rencana tindakan yang ditetapkan disertai alasan ilmiah yang tepat ketika rencana tindakan tersebut di implementasikan selama dalam perawatan dengan harapan dapat mengatasi masalah penderita. Jenis intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah penderita terkait dengan diagnose keperawatan nyeri akut, yaitu: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri, 2) Identifikasi skala nyeri, 3) Identifikasi nyeri non verbal, 4) Monitor efek samping penggunaan analgesik, 5) Fasilitasiistirahat dan tidur, Berikan teknik non farmakologi (kompres dingin), 6) Anjarkan teknik pereda nyeri, 7) Kolaborasi dengan dokter pemberian analgesic, (SIKI PPNI, 2017).

Hasil Studi Kasus terdahulu dengan hasil studi kasus saat ini, tidak ada perbedaan rencana tindakan yang dibuat untuk menyelesaikan pola napas tidak efektif pada subjek. Rencana tindakan ini dibuat sesuai dengan kebutuhan dasar penderita, sedangkan untuk tindakan kolaborasi disesuaikan dengan program disiplin ilmu dari pihak medis. Dipandang dari sisi peran perawat, dalam penyusunan rencana perawatan ini, perawat perlu melibatkan keluarga atau pasien, sehingga sedini mungkin mereka ikut berpartisipasi aktif dalam mendukung tindakan yang akan diberikan.

4. Impelemntasi Keperawatan

Menurut Gordon, 2020 dalam Perry & Potter (2021), Independent Implementations adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu penderita dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberi dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psikosocio-spiritual, perawatan alat invasive yang di pergunakan penderita serta melakukan dokumentasi. Interdependent/Collaborative implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter. Dependent implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain seperti ahli gizi, psioterapis, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal pemberian nutrisi pada penderita sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari fisioterapi.

Tidak ada perbedaan tindakan antara teori, studi kasus terdahulu dengan studi kasus saat ini Semua tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan baik tindakan mandiri, maupun kolaborasi, diterapkan pada studi kasus yang di rawat oleh penulis.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Meirisa (2019), Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, Perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai.

Hasil studi kasus terdahulu (Fadila Utami, 2022) masalah utama yang di temukan yaitu nyeri akut, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat nyeri pasien menurun dengan keluhan nyeri menurun dari skala 3 menjadi 1 dihari ketiga.

Hasil studi kasus yang di lakukan penulis, masalah utama yang di temukan subjek tersebut yaitu nyeri akut dapat teratasi setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari perawatan. Pasien menunjukkan perubahan turunnya skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 4 dihari pertama, skala 4 menjadi 2 dihari kedua dan skal 2 menjadi 1 dihari ketiga.