

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan terhadap kasus kelolaan dilakukan di Ruang VK Tunjung RSUD Bali Mandara. Pengkajian pada pasien pertama yakni Ny. YR dilaksanakan saat tanggal 28 Maret 2024 pukul 14.00 WITA. Pengkajian pada pasien kedua yakni Ny. TL dilaksanakan pada 7 April 2024 pukul 12.00 WITA.

Tabel 5
Pengkajian Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. YR dan Ny. TL di RSUD Bali Mandara

Pengkajian	Ny. YR	Ny. TL
1	2	3
Identitas Pasien		
Nama	Ny. YR	Ny. TL
Umur	37 tahun	30 tahun
Pendidikan	SMA	SD
Pekerjaan	IRT	IRT
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Agama	Islam	Hindu
Suku	Jawa	Bali
Alamat	Jalan Wijaya Bypass Ngr Rai	Jalan Juwet Sari Gg. Dewi Uma Pemogan
No CM	090938	157653
Tanggal MRS	27 Maret 2024	6 April 2024
Tanggal Pengkajian	28 Maret 2024	7 April 2024
Sumber Informasi	Pasien, keluarga, RM	Pasien, keluarga, RM
Penanggung/Suami		
Nama	Ny. J	Tn. P
Umur	38 tahun	29 tahun
Pendidikan	SMA	SMA

1	2	3
Pekerjaan	Pegawai swasta	Wiraswasta
Alamat	Jalan Wijaya Bypass Ngr Rai	Jalan Wijaya Bypass Ngr Rai
Alasan dirawat		
Alasan MRS	Pasien datang ke IGD RSUD Bali Mandara tanggal 27 Maret 2024 pukul 02.36 WITA dengan keluhan nyeri perut seperti akan melahirkan dan disertai keluar gumpalan darah warna merah terang segar sejak pukul 02.00 WITA. Setelah dilakukan pemeriksaan diperoleh data kesadaran CM, TD 122/85 mmHg, nadi 98x/menit, suhu 36,5°C, respirasi 19x/menit, DJJ 150x/menit, gerakan bayi aktif, terdapat kontraksi sebanyak 1x selama 10-15 detik, plasenta letak rendah serta pasien memiliki riwayat perdarahan berulang. Di IGD diberikan tindakan pasang infus RL 20 tpm di tangan kiri, cek lab, pemberian cefazolin 2 gr IV pukul 07.00 WITA. Pada Pukul 07.40 WITA pasien dipindahkan ke ruang IBSA untuk menjalani operasi seksio sesarea. Operasi dimulai pukul 08.00 WITA dan selesai pukul 08.45 WITA. Pasien dipindahkan ke Ruang Nifas VK Tunjung pukul 12.00 WITA.	Pasien datang ke IGD RSUD Bali Mandara tanggal 6 April 2024 pukul 04.44 WITA dengan keluhan nyeri perut seperti akan melahirkan, nyeri terasa hilang timbul sejak pukul 21.00 WITA, tidak ada keluar lendir darah, tidak ada keluar air ketuban. Setelah dilakukan pemeriksaan diperoleh data kesadaran CM, riwayat alergi ampicilin, TD : 120/66 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36,9°C, respirasi 18x/menit, DJJ 137x/menit, gerakan bayi aktif, terdapat kontraksi sebanyak 1x selama 10-15 detik. Pasien memiliki riwayat SC sebanyak 2 kali dan saat ini bayi dalam kondisi letak lintang. Di IGD diberikan tindakan pasang infus RL 28 tpm di tangan kiri, cek lab, cefazoline 2 gr IV pukul 07.00 WITA. Pada pukul 07.16 WITA pasien dipindahkan menuju ruang IBSA untuk menjalani operasi seksio sesarea. Operasi dimulai pukul 07.33 WITA dan selesai pukul 08.20 WITA. Pasien dipindahkan ke Ruang Nifas VK Tunjung pukul 11.52 WITA.

1	2	3
Keluhan saat dikaji	Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 28 Maret 2024 pukul 14.00 WITA pasien mengatakan merasa nyeri pada luka jaritan bekas operasi, skala nyeri 5, nyeri terasa seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hilang timbul, serta kesulitan tidur karena nyeri yang dirasakan. Setelah dilakukan pemeriksaan diperoleh hasil keadaan umum sedang, kesadaran CM, GCS E4 V5 M6, TD : 110/70 mmHg, N: 81x/menit, S : 36 ⁰ C, RR : 18x/menit, nafas spontan. Pasien tampak meringis, gelisah serta bersikap protektif terhadap nyerinya.	Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 7 April 2024 pukul 12.00 WITA pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, skala nyeri 4, nyeri terasa seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hilang timbul, serta susah tidur karena nyeri yang dirasakannya. Setelah dilakukan pemeriksaan diperoleh hasil keadaan umum sedang, kesadaran CM, GCS E4 V5 M6, TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit, S : 36,4 ⁰ C, RR : 18x/menit, nafas spontan. Pasien tampak meringis, gelisah serta bersikap protektif terhadap nyerinya.
Riwayat Masuk Rumah Sakit		
Keluhan utama (saat MRS dan sekarang)	Keluhan saat MRS : nyeri perut melahirkan Keluhan sekarang : nyeri pada luka jaritan bekas operasi SC	Keluhan saat MRS : nyeri perut melahirkan Keluhan sekarang : nyeri pada luka bekas operasi SC
Riwayat persalinan sekarang	Pasien melahirkan dengan persalinan seksio sesarea, usia kehamilan 35-36 minggu. Bayi lahir tanggal 27 Maret 2024 pukul 08.05 WITA berjenis kelamin laki-laki segera menangis dengan berat lahir 2480 gr.	Pasien melahirkan dengan persalinan seksio sesarea, usia kehamilan 37-38 minggu. Bayi lahir tanggal 6 April 2024 pukul 07.40 WITA berjenis kelamin laki-laki segera menangis dengan berat lahir 2630 gr.
Riwayat Obstetri dan Ginekologi		
Riwayat Menstruasi	Pasien mengatakan haid pertama pada umur 12 tahun, siklus haid	Pasien mengatakan haid pertama umur 13 tahun, siklus haid teratur

1	2	3
	teratur 28-30 hari, lama haid 3-4 hari, tidak memiliki keluhan saat haid. HPHT 20/7/2023.	28-30 hari, lama haid 4-5 hari, apabila haid perutnya kram pada hari pertama. HPHT 17/7/2023.
Riwayat pernikahan	Pasien mengatakan ini pernikahan kedua, lama pernikahan 1 tahun, dan sudah memiliki 3 anak dari pernikahan sebelumnya dan 1 anak dari pernikahan sekarang.	Pasien mengatakan sudah menikah, lama pernikahan 7 tahun dan sudah memiliki 2 anak.
Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu	Pasien mengatakan saat ini adalah anak ke-4. Riwayat anak pertama lahir tahun 2004, aterm, persalinan spontan, jenis kelamin perempuan, BBL 3000 gr, PB 50 cm. Tahun 2007 mengalami abortus dan dilakukan kuretase. Riwayat kelahiran anak kedua tahun 2008, prematur, persalinan spontan, jenis kelamin laki-laki, BBL 2700 PB 50 cm. Riwayat kelahiran anak ketiga tahun 2010, aterm, persalinan spontan, jenis kelamin Perempuan, BBL 3000, PB 49 cm.	Pasien mengatakan saat ini adalah anak ke-3. Riwayat kelahiran anak pertama tahun 2018, aterm, persalinan SC, jenis kelamin perempuan, BBL 2300 gr, PB : 49 cm, anencephali. Tahun 2020 mengalami abortus dan dilakukan kuretase. Riwayat kelahiran anak kedua tahun 2020, aterm, persalinan SC, jenis kelamin laki-laki, BBL 3200 gr, PB : 50 cm.
Riwayat keluarga berencana	Pasien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi KB suntik 1 bulan dengan lama pemakaian $\pm$ 10 tahun sebelumnya. Pasien tidak memiliki masalah dengan alat kontrasepsi tersebut. KB yang digunakan saat ini yaitu KB pil.	Pasien mengatakan sebelumnya menggunakan alat kontrasepsi KB suntik 3 bulan dengan pemakaian 1x saja. KB yang digunakan saat ini yaitu KB pil.
Pola Fungsional Kesehatan		
Pola manajemen kesehatan-persepsi kesehatan	Pasien mengatakan selama hamil rutin melakukan kontrol kehamilan di praktik dokter kandungan.	Pasien mengatakan rutin melakukan kontrol

1	2	3
		kehamilan di praktik dokter kandungan.
Pola metabolik-nutrisi	Sebelum MRS : Pasien mengatakan makan teratur 3 kali sehari dengan lauk pauk, diselingi dengan buah-buahan serta minum 7 gelas/hari. Saat pengkajian : Pasien mengatakan sudah makan 1 kali, diselingi dengan buah dan nafsu makan baik.	Sebelum MRS : Pasien mengatakan makan teratur 3 kali sehari dengan lauk pauk, diselingi dengan buah-buahan serta minum 8 gelas/hari. Saat pengkajian : Pasien mengatakan sudah makan 1 kali dan nafsu makan baik.
Pola eliminasi	Sebelum MRS : Pasien mengatakan BAK 6-7 kali/hari, berwarna kuning jernih. BAB 1 kali sehari dengan konsistensi feses padat berwarna kuning kecoklatan. Saat pengkajian : Pasien mengatakan belum BAB namun sudah BAK 1 kali berwarna kuning keruh.	Sebelum MRS : Pasien mengatakan BAK 7-8 kali/hari, berwarna kuning jernih. BAB 1 kali sehari dengan konsistensi feses padat berwarna kuning kecoklatan. Saat pengkajian : Pasien mengatakan belum BAB namun sudah BAK 1 kali berwarna kuning keruh.
Pola aktivitas-latihan	Sebelum MRS : Pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, minum, toileting, berpakaian dan berpindah secara mandiri namun pasien tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat. Saat pengkajian : Pasien mengatakan sudah mampu melakukan pergerakan seperti miring kanan dan kiri namun jika	Sebelum MRS : Pasien mengatakan semenjak hamil mengurangi aktivitas yang terlalu berat, namun untuk melakukan aktivitas sehari-hari pasien melakukannya secara mandiri. Saat pengkajian : Pasien mengatakan sudah bisa jalan ke kamar mandi namun dengan bantuan keluarganya.

1	2	3
	ke kamar mandi pasien dibantu oleh keluarganya.	
Pola istirahat-tidur	Sebelum MRS : Pasien mengatakan dapat tidur dengan baik, pasien memiliki kebiasaan tidur siang $\pm$ 1 jam dan tidur malam selama 8 jam. Saat pengkajian : Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan.	Sebelum MRS : Pasien mengatakan dapat tidur dengan baik, pasien jarang tidur siang dan tidur malam selama 8 jam. Saat pengkajian : Pasien susah tertidur karena nyeri yang dirasakan.
Pola persepsi-kognitif	Pasien mengatakan nyeri pada luka jaritan bekas operasi, skala nyeri 5, nyeri terasa seperti disayat-sayat dan nyeri dirasakan hilang timbul.	Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, skala nyeri 4, nyeri terasa seperti disayat-sayat dan nyeri dirasakan hilang timbul.
Pola konsep diri-persepsi diri	Pasien mengatakan bahagia karena dapat melahirkan anaknya dengan selamat. Saat dikaji ada kontak mata pasien.	Pasien mengatakan bersyukur dan senang karena dapat melahirkan anaknya dalam kondisi sehat. Saat dikaji ada kontak mata pasien.
Pola hubungan-peran	Pasien mengatakan saat ini berperan sebagai seorang istri dan ibu rumah tangga. Saat sakit pasien sering dijenguk oleh keluarganya. Saat ini suami pasien sedang bekerja di luar negeri.	Pasien mengatakan telah menjalani perannya sebagai seorang istri dan seorang ibu. Selama dirumah sakit pasien selalu ditemani oleh suami dan keluarganya.
Pola reproduksi-seksualitas	Pasien mengatakan sudah menikah dan memiliki seorang anak.	Pasien mengatakan sudah menikah dan memiliki seorang anak.
Pola toleransi terhadap stress-koping	Pasien mengatakan sering bercerita mengenai nyeri yang dirasakan kepada keluarga yang menemaninya di rumah sakit.	Pasien mengatakan sering berkeluh kesah mengenai nyeri yang dirasakan kepada suaminya.
Pola keyakinan-nilai	Pasien menganut agama islam dan selalu berdoa agar persalinannya berjalan dengan lancar.	Pasien menganut agama hindu dan selalu berdoa agar persalinannya berjalan dengan lancar.

1	2	3
Pemeriksaan Fisik		
Keadaan umum	GCS : 15 (E4 V5 M6) Tingkat kesadaran : compos mentis Tanda-tanda vital : TD : 110/70 mmHg, N : 81x/menit, RR : 18x/menit,, S : 36 ⁰ C, BB : 55 kg, TB : 157 cm, LILA 27 cm	GCS : 15 (E4 V5 M6) Tingkat kesadaran : compos mentis Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit, RR : 18x/menit,, S : 36,4 ⁰ C, BB : 61,6 kg, TB : 162 cm, LILA 28 cm
Head toe toe		
Kepala	Wajah simetris, tidak ada edema, tidak pucat, tidak terdapat cloasma, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe. Telinga bersih, tidak ada gangguan pendengaran.	Wajah simetris, tidak ada edema, tidak pucat, tidak terdapat cloasma, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe. Telinga bersih, tidak ada gangguan pendengaran.
Dada payudara	Areola hitam, puting menonjol, tidak ada tanda dimpling, ada pengeluaran kolostrum, irama jantung normal 81x/menit. Bunyi napas vesikuler dengan frekuensi 18x/menit.	Areola hitam, puting menonjol, tidak ada tanda dimpling, ada pengeluaran kolostrum, irama jantung normal 85x/menit. Bunyi napas vesikuler dengan frekuensi 18x/menit.
Abdomen	Terdapat linea nigra, ada satriae gravidarum, terdapat luka operasi SC, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, tidak terdapat diastasi rectus abdominis	Terdapat linea nigra, ada satriae gravidarum, terdapat luka operasi SC, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, tidak terdapat diastasi rectus abdominis
Genetalia	Bersih, terdapat lokhea rubra.	Bersih, terdapat lokhea rubra
Perineum dan anus	Tidak ada kelainan, tidak ada hemoroid	Tidak ada kelainan, tidak ada hemoroid
Ekstremitas	Atas : tidak ada edema, tidak ada varises, CRT < 2 detik	Atas : tidak ada edema, tidak ada varises, CRT < 2 detik

1	2	3
	Bawah : tidak ada edema, tidak ada varises, CRT < 2 detik, tidak ada tanda homan, refleks patella +/-	Bawah : tidak ada edema, tidak ada varises, CRT < 2 detik, tidak ada tanda homan, refleks patella +/-
Data penunjang	Pemeriksaan laboratorium : WBC : 14,93 10 ³ /uL HGB : 12.2 g/dL HCT : 34,4 % PLT : 264 10 ³ /uL	Pemeriksaan laboratorium : WBC : 8,33 10 ³ /uL HGB : 10.1 g/dL HCT : 29,7 % PLT : 224 10 ³ /uL
Diagnosa medis	P2214 post SC hari ke-1	P3012 post SC hari ke-1
Pengobatan	Cefadroxil 3 x 500 mg Paracetamol 3 x 500 mg Asam mefenamat 3 x 500 mg Methylergometrine 3 x 0,125 mg Vitamin A 1x2 200.000	Cefadroxil 3 x 500 mg Paracetamol 3 x 500 mg Natrium diklofenak 3 x 25 mg Methylergometrine 3 x 0,125 mg Vitamin A 1x1 200.000

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisa data

Tabel 6
Analisa Data Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. YR dan Ny. TL di RSUD Bali Mandara

Kasus Kelolaan	Data Fokus	Etiologi	Rumusan Masalah
1	2	3	4
Ny. YR	Data Subjektif : - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka jaritan bekas operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul. - Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan. Data Objektif : - Pasien tampak meringis dan gelisah	Seksio sesarea (SC) ↓ Luka post op SC ↓ Terputusnya inkontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin ↓	Nyeri Akut

1	2	3	4
	- Pasien tampak bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) - Hasil TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 81x/menit, S : 36⁰C, RR : 18x/menit, - TFU : 2 jari dibawah pusat - Kontraksi uterus baik - Lokhea : rubra	Mengeluh nyeri dan meringis ↓ Nyeri Akut	
Ny. TL	Data Subjektif : - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 4, nyeri dirasakan hilang timbul. - Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan. Data Objektif : - Pasien tampak meringis dan gelisah - Pasien tampak bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) - Hasil TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit, S : 36,4⁰C, RR : 18x/menit, - TFU : 2 jari dibawah pusat - Kontraksi uterus baik - Lokhea : rubra	Seksio sesarea (SC) ↓ Luka post op SC ↓ Terputusnya inkontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin ↓ Mengeluh nyeri dan meringis ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

2. Rumusan Diagnosis keperawatan

- a. Ny. YR : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri pada luka jaritan bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat, skala nyeri 5 (0-10), nyeri hilang timbul, tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, sulit tidur, TD : 110/70 mmHg, N : 81x/menit, S : 36⁰C, RR : 18x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, lokhea rubra.

- b. Ny. TL : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat, skala nyeri 4 (0-10), nyeri hilang timbul, tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, sulit tidur, TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit, S : 36,4⁰C, RR : 18x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, lokhea rubra.

C. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dilakukan pada Ny. YR dan Ny. TL tampak sama yaitu berfokus pada diagnosis keperawatan nyeri akut yang dijabarkan dalam tabel berikut.

Tabel 7
Rencana Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. YR dan NY. TL di RSUD Bali Mandara

Kasus Kelolaan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
Ny. YR	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Intervensi Utama : Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer

1	2	3
		<i>Terapeutik</i> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik asam mefenamat 500 mg dan paracetamol 500 mg Terapi Pemijatan (I.08251) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan 2. Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan 3. Monitor respons terhadap pemijatan <i>Terapeutik</i> 1. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan 2. Pilih area tubuh yang akan dipijat 3. Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi 4. Buka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan 5. Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan 6. Lakukan pemijatan secara perlahan 7. Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi

1	2	3
		2. Anjurkan rileks selama pemijatan Aromaterapi (I.08233) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi tingkat nyeri, stress, kecemasan, dan alam perasaan sebelum dan sesudah aromaterapi <i>Terapeutik</i> 1. Pilih minyak esensial yang tepat sesuai dengan indikasi 2. Berikan minyak esensial dengan metode yang tepat Perawatan Pasca Seksio Searia (I.14567) <i>Observasi</i> 1. Monitor tanda-tanda vital ibu 2. Monitor respon fisiologis (perubahan uterus, lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan
Ny. TL	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Intervensi Utama : Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer <i>Terapeutik</i> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur

1	2	3
		<i>Edukasi</i> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik paracetamol 500 mg dan natrium diklofenak 25 mg Terapi Pemijatan (I.08251) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan 2. Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan 3. Monitor respons terhadap pemijatan <i>Terapeutik</i> 1. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan 2. Pilih area tubuh yang akan dipijat 3. Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi 4. Buka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan 5. Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan 6. Lakukan pemijatan secara perlahan 7. Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi 2. Anjurkan rileks selama pemijatan

1	2	3
		Aromaterapi (I.08233) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi tingkat nyeri, stress, kecemasan, dan alam perasaan sebelum dan sesudah aromaterapi <i>Terapeutik</i> 1. Pilih minyak esensial yang tepat sesuai dengan indikasi 2. Berikan minyak esensial dengan metode yang tepat
		Perawatan Pasca Seksio Sesaria (I.14567) <i>Observasi</i> 1. Monitor tanda-tanda vital ibu 2. Monitor respon fisiologis (perubahan uterus, lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 8
Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. YR di RSUD Bali Mandara

Tgl/Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4
28/03/2024 14.00 WITA	- Memonitor tanda-tanda vital ibu - Mengobservasi involusi uteri - Mengobservasi lokhea - Memonitor kondisi luka dan balutan	DS : - DO : - TFU : 2 jari dibawah pusat - Lokhea : rubra - Kontraksi uterus baik - Terdapat luka operasi pada perut bagian bawah dengan panjang $\pm$ 10 cm, balutan luka tampak bersih, tidak ada keluar nanah/cairan	

1	2	3	4
		- Hasil TTV : TD : 110/70 mmHg, N: 81x/menit, S : 36 ⁰ C, RR : 18x/menit	
14.05 WITA	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri. - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	DS : - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka jaritan bekas operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan DO : - Pasien tampak meringis dan gelisah	
14.10 WITA	- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS : - Pasien mengatakan semakin terasa nyeri apabila bergerak dan terasa berkurang saat istirahat DO : - Pasien tampak bersikap protektif	
14.15 WITA	- Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Menjelaskan strategi meredakan nyeri	DS : - Pasien mengatakan paham mengenai penjelasan yang diberikan DO : - Pasien tampak sudah memahami penjelasan yang diberikan	
14.20 WITA	- Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi pijat kaki dan aromaterapi lavender	DS : - DO : - Pasien tampak kooperatif mendengarkan penjelasan yang diberikan	

1	2	3	4
14.25 WITA	- Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan serta aromaterapi lavender - Mengidentifikasi kontraindikasi terapi pemijatan dan aromaterapi lavender	DS : - Pasien mengatakan bersedia diberikan pemijatan dan pemberian aromaterapi lavender agar nyeri yang dirasakan dapat berkurang DO : - Pasien tampak bersedia diberikan terapi pemijatan dan aromaterapi pada pukul 19.00 WITA - Tampak tidak adanya kontraindikasi terapi pemijatan dan aromaterapi lavender	
18.55 WITA	- Mengidentifikasi tingkat nyeri sebelum aromaterapi	DS : - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka jaritan bekas operasi, skala nyeri 5 DO : - Pasien tampak masih meringis	
18.55 WITA	- Memilih minyak esensial yang tepat sesuai dengan indikasi (minyak esensial lavender)	DS : - DO : - Pasien diberikan minyak esensial lavender	
18.56 WITA	- Menetapkan jangka waktu untuk pemijatan - Memilih area tubuh yang akan dipijat - Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi	DS : - DO : - Pasien akan diberikan terapi pijat kaki dan aromaterapi lavender - Pemijatan dilakukan pada bagian kaki selama 20 menit - Menjaga lingkungan pasien agar tetap nyaman dan aman	

1	2	3	4
18.58 WITA	- Membuka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan - Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : - Mengoleskan minyak zaitun pada kaki pasien untuk mengurangi gesekan	
19.00 WITA	- Memberikan teknik nonfarmakologis (pijat kaki dan aromaterapi lavender) - Memberikan minyak esensial dengan metode yang tepat (inhalasi menggunakan diffuser) - Melakukan pemijatan secara perlahan - Melakukan pemijatan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : - Pasien diberikan aromaterapi lavender dengan metode inhalasi menggunakan diffuser - Melakukan pemijatan dengan lembut dan teknik yang tepat	
19.10 WITA	- Menganjurkan rileks selama pemijatan	DS : - Pasien mengatakan merasa nyaman DO : - Pasien tampak tenang dan rileks selama diberikan terapi	
19.20 WITA	- Memonitor respons terhadap pemijatan dan pemberian aromaterapi lavender	DS : - Pasien mengatakan merasa sangat nyaman dan nyerinya teralihkan saat diberikan pemijatan dan aromaterapi lavender DO : - Pasien tampak nyaman	
19.25 WITA	- Memfasilitasi istirahat dan tidur - Mengidentifikasi skala nyeri	DS : - Pasien mengatakan nyerinya terasa sedikit berkurang setelah diberikan pijat kaki dan aromaterapi lavender, skala nyeri 4 - Pasien mengatakan akan beristirahat DO : - Pasien tampak rileks setelah diberikan terapi	

1	2	3	4
		- Pasien tampak berbaring	
22.00 WITA	- Mengkolaborasi pemberian analgetik asam mefenamat 500 mg dan paracetamol 500 mg	DS : - DO : - Obat masuk, tidak ada reaksi alergi	
29/03/2024 05.00 WITA	- Memonitor tanda-tanda vital ibu - Mengobservasi involusi uteri - Mengobservasi lokhea - Memonitor kondisi luka dan balutan	DS : - DO : - TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, lokhea rubra - Balutan luka pasien tampak bersih, tidak ada keluar nanah/cairan - TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 87x/menit, RR : 18x/menit, S : 36,5°C	
06.00 WITA	- Mengkolaborasi pemberian analgetik asam mefenamat 500 mg dan paracetamol 500 mg	DS : - DO : - Obat masuk, tidak ada reaksi alergi	
08.00 WITA	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri. - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	DS : - Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada luka jaritan bekas operasi namun sudah mulai berkurang, nyeri terasa seperti di sayat-sayat, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan sudah bisa tidur kemarin malam DO : - Meringis pasien tampak berkurang, pasien tampak sudah tidak gelisah dan tidak bersikap protektif	
10.56 WITA	- Menetapkan jangka waktu untuk pemijatan	DS : - DO :	

1	2	3	4
	- Memilih area tubuh yang akan dipijat - Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi	- Pemijatan dilakukan pada bagian kaki selama 20 menit - Mempertahankan lingkungan yang nyaman dan aman	
10.57 WITA	- Membuka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan - Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : - Mengoleskan minyak zaitun pada kaki pasien untuk mengurangi gesekan	
11.00 WITA	- Memberikan teknik nonfarmakologis (pijat kaki dan aromaterapi lavender) - Memberikan minyak esensial dengan metode yang tepat (inhalasi menggunakan diffuser) - Melakukan pemijatan secara perlahan - Melakukan pemijatan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : - Pasien diberikan aromaterapi lavender dengan metode inhalasi menggunakan diffuser - Memijat kaki pasien secara perlahan	
11.10 WITA	- Menganjurkan rileks selama pemijatan	DS : - DO : - Pasien tampak rileks	
11.20 WITA	- Memonitor respons terhadap pemijatan dan aromaterapi lavender	DS : - Pasien mengatakan merasa sangat nyaman dan menjadi lebih rileks DO : - Pasien tampak rileks dan nyaman	
11.25 WITA	- Mengidentifikasi skala nyeri - Memonitor keberhasilan terapi komplementer	DS : - Pasien mengatakan setelah diberikan pijat kaki dan aromaterapi lavender nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri 2 (0-10) - Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan sangat nyaman dibandingkan hari sebelumnya	

1	2	3	4
		- Pasien mengatakan sudah tidak sulit tidur, tidurnya membaik	
		DO :	
		- Pasien tampak dalam kondisi nyaman dan lebih rileks - Pasien tampak menyukai terapi yang diberikan	

Tabel 9
Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. TL di RSUD Bali Mandara

Tgl/Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4
7/04/2024 12.00 WITA	- Memonitor tanda-tanda vital ibu - Mengobservasi involusi uteri - Mengobservasi lokhea - Memonitor kondisi luka dan balutan	DS : - DO : - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi - TFU : 2 jari dibawah pusat - Lokhea : rubra - Kontraksi uterus baik - Terdapat luka operasi pada perut bagian bawah dengan panjang ± 10 cm, balutan luka tampak bersih, tidak ada keluar nanah/cairan - Hasil TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit, S : 36,4⁰C, RR : 18x/menit	
12.05 WITA	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	DS : - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul	

1	2	3	4
		- Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan DO : - Pasien tampak meringis dan gelisah	
12.10 WITA	- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS : - Pasien mengatakan nyerinya lebih terasa bila ia melakukan pergerakan dan terasa berkurang bila dirinya dalam posisi terlentang DO : - Pasien tampak berposisi menghindari nyeri	
12.15 WITA	- Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Menjelaskan strategi meredakan nyeri	DS : - Pasien mengatakan memahami penjelasan yang diberikan DO : - Pasien tampak paham mengenai penjelasan yang diberikan	
12.20 WITA	- Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi pijat kaki dan aromaterapi lavender	DS : - DO : - Pasien tampak kooperatif mendengarkan penjelasan terapi yang akan diberikan	
12.25 WITA	- Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan serta aromaterapi lavender - Mengidentifikasi kontraindikasi terapi pemijatan dan aromaterapi lavender	DS : - Pasien mengatakan bersedia diberikan terapi pijat serta aromaterapi lavender DO : - Pasien tampak bersedia dan menerima diberikan pemijatan dan aromaterapi lavender	

1	2	3	4
		- Tampak tidak adanya kontraindikasi terapi pemijatan dan aromaterapi lavender	
12.55 WITA	- Mengidentifikasi tingkat nyeri sebelum aromaterapi	DS : - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi, skala nyeri 4 DO : - Pasien tampak masih meringis	
12.56 WITA	- Memilih minyak esensial yang tepat sesuai dengan indikasi (minyak esensial lavender)	DS : - DO : - Pasien diberikan minyak esensial lavender	
12.57 WITA	- Menetapkan jangka waktu untuk pemijatan - Memilih area tubuh yang akan dipijat - Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi	DS : - DO : - Pemijatan dilakukan pada bagian kaki selama 20 menit - Menjaga lingkungan pasien agar tetap nyaman dan aman	
12.58 WITA	- Membuka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan - Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : - Mengoleskan minyak zaitun pada kaki pasien untuk mengurangi gesekan	
13.00 WITA	- Memberikan teknik nonfarmakologis (pijat kaki dan aromaterapi lavender) - Memberikan minyak esensial dengan metode yang tepat (inhalasi menggunakan diffuser) - Melakukan pemijatan secara perlahan - Melakukan pemijatan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : - Pasien diberikan aromaterapi lavender dengan metode inhalasi menggunakan diffuser - Melakukan pemijatan dengan lembut dan teknik yang tepat	
13.10 WITA	- Menganjurkan rileks selama pemijatan dan pemberian aromaterapi lavender	DS : - Pasien mengatakan nyaman saat diberikan	

1	2	3	4
		pijatan sembari menghirup aromaterapi lavender DO : - Pasien tampak rileks	
13.20 WITA	- Memonitor respons terhadap pijatan dan pemberian aromaterapi lavender	DS : - Pasien mengatakan merasa sangat nyaman dan nyerinya terasa berkurang saat diberikan pijatan dan aromaterapi lavender DO : - Pasien tampak rileks dan tenang	
13.25 WITA	- Memfasilitasi istirahat dan tidur - Mengidentifikasi skala nyeri	DS : - Pasien mengatakan nyerinya terasa sedikit berkurang setelah diberikan terapi, skala nyeri 3 - Pasien mengatakan akan beristirahat setelah diberikan pijatan dan aromaterapi lavender DO : - Pasien tampak rileks - Pasien tampak akan beristirahat	
16.00 WITA	- Mengkolaborasi pemberian analgetik paracetamol 500 mg dan natrium diklofenak 25 mg	DS : - DO : - Obat masuk, tidak ada reaksi alergi	
24.00 WITA	- Mengkolaborasi pemberian analgetik paracetamol 500 mg dan natrium diklofenak 25 mg	DS : - DO : - Obat masuk, tidak ada reaksi alergi.	
8/04/2024 05.00 WITA	- Memonitor tanda-tanda vital ibu - Mengobservasi involusi uteri - Mengobservasi lochea - Memonitor kondisi luka dan balutan	DS : - DO : - TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra	

1	2	3	4
		- Balutan luka operasi tampak bersih, tidak ada pengeluaran cairan/nanah - TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 83x/menit, RR : 18x/menit, S : 36,1⁰C	
06.00 WITA	- Mengkolaborasi pemberian analgetik paracetamol 500 mg dan natrium diklofenak 25 mg	DS : - DO : - Obat masuk, tidak ada reaksi alergi	
10.00 WITA	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri. - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	DS : - Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas operasi namun sudah sedikit berkurang, nyeri terasa seperti di sayat-sayat, skala nyeri 3, nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan setelah diberikan terapi tidurnya menjadi lebih baik DO : - Meringis pasien tampak sedikit berkurang	
10.55 WITA	- Menetapkan jangka waktu untuk pemijatan - Memilih area tubuh yang akan dipijat - Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi	DS : - DO : - Pemijatan dilakukan pada bagian kaki selama 20 menit - Mempertahankan lingkungan yang nyaman dan aman	
10.56 WITA	- Membuka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan - Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : - Mengoleskan minyak zaitun pada kaki pasien untuk mengurangi gesekan	

1	2	3	4
11.00 WITA	- Memberikan teknik nonfarmakologis (pijat kaki dan aromaterapi lavender) - Memberikan minyak esensial dengan metode yang tepat (inhalasi menggunakan diffuser) - Melakukan pemijatan secara perlahan - Melakukan pemijatan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : - Pasien diberikan aromaterapi lavender dengan metode inhalasi menggunakan diffuser - Melakukan pemijatan dengan lembut dan teknik yang tepat	
11.05 WITA	- Menganjurkan rileks selama pemijatan	DS : - DO : - Pasien tampak rileks selama diberikan pemijatan	
11.20 WITA	- Memonitor respons terhadap pemijatan dan aromaterapi lavender	DS : - Pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah diberikan terapi DO : - Pasien tampak rileks dan nyaman	
11.25 WITA	- Mengidentifikasi skala nyeri - Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS : - Pasien mengatakan setelah diberikan pijat kaki dan aromaterapi lavender nyeri yang dirasakan menjadi berkurang, skala nyeri 2 (0-10) - Pasien merasa sangat nyaman dan rileks, serta tidurnya menjadi lebih baik DO : - Pasien tampak lebih nyaman - Pasien tampak menyukai terapi tambahan yang diberikan	

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan sesudah dilaksanakan tindakan keperawatan kepada subjek 1 (Ny. YR) dan subjek 2 (NY. TL) yakni :

Tabel 10
Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. YR dan Ny. TL di RSUD Bali Mandara

Ny. YR	Ny. TL
1	2
Tanggal : 29 Maret 2024 Pukul : 11.30 WITA	Tanggal : 8 April 2024 Pukul : 12.00 WITA
S : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri 2 (0-10) - Pasien mengatakan sudah tidak kesulitan tidur O : - Pasien tampak sudah tidak meringis dan gelisah, kesulitan tidur pasien tampak menurun, pasien tampak sudah tidak bersikap protektif terhadap nyerinya, TD : 110/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 18x/menit, S : 36,5⁰C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, lokhea rubra A : - Masalah nyeri akut teratasi P : - Pertahankan kondisi pasien	S : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri 2 (0-10) - Pasien mengatakan sudah tidak sulit tidur O : - Pasien tampak sudah tidak meringis dan gelisah, kesulitan tidur pasien tampak menurun, pasien tampak sudah tidak bersikap protektif terhadap nyerinya, TD : 110/70 mmHg, N : 74x/menit, RR : 18x/menit, S : 36,6⁰C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, lokhea rubra A : - Masalah nyeri akut teratasi P : - Pertahankan kondisi pasien

F. Pelaksanaan Intervensi Inovasi Sesuai Evidence Based Practice

Pada pelaksanaan intervensi inovasi pada kedua pasien kelolaan diberikan pijat kaki dan aromaterapi lavender sebanyak 1 kali sehari selama 2 hari dengan waktu 20 menit. Sebelum diberikan intervensi pada Ny. YR diperoleh data pasien

mengatakan merasa nyeri pada luka jaritan bekas operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul. Pada Ny.TL diperoleh data pasien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul. Setelah diberikan terapi pijat kaki dan aromaterapi lavender diperoleh data pada Ny. YR, pasien berkata nyeri yang dirasakannya berkurang, skala nyeri 2 (0-10) dan sudah tidak kesulitan tidur, sedangkan pada Ny. TL pasien berkata nyeri yang dirasakannya berkurang, skala nyeri 2 (0-10) serta sudah tidak sulit tidur. Dapat disimpulkan bahwa dari kedua pasien kelolaan mempunyai hasil yang sama satu sama lainnya, keluhan nyeri akut teratasi pada kedua kelolaan pasien.