

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA NY.A DENGAN POST SECTIO CAESAREA DI RUANG NIFAS MARGAPATI RSD. MANGUSADA PADA TANGGAL 18-21 SEPTEMBER 2023

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Penanggung/ Suami

Nama : Ny.A

Nama : Tn. A

Umur : 21 tahun

Umur : 28 tahun

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Wirausaha

Status Perkawinan : Kawin

Alamat : Br. Raketan

Agama : Hindu

Taman, Abiansemal

Suku : Bali

Alamat : Br. Raketan Taman,
Abiansemal

No. CM : 478034

Tanggal MRS : 17 September 2023

Tanggal Pengkajian : 18 September 2023

Sumber Informasi : Pasien dan keluarga

2. Alasan Dirawat

a. Alasan MRS

Pasien datang ke IGD Ponok RSD. Mangusada diantar oleh suaminya pada tanggal 17 September 2023 pukul 22.58 wita, setiba di IGD Ponok pasien mengeluh sakit perut hilang timbul sejak pukul 20.00 wita dan disertai dengan keluar lendir darah pada pukul 21.00 wita. Pasien mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya, pada saat di IGD Ponok dilakukan pemeriksaan TTV didapatkan yaitu, TD : 120/80 mmHg, S: 36,1⁰C, RR : 20x/menit, N : 90x/menit dengan pemeriksaan VT didapatkan pasien sudah mengalami pembukaan ke-2 dengan DJJ : 145x/menit. Pasien dipindahkan ke ruang VK Bersalin pada tanggal 18 September 2023 pukul 00.10 wita, pasien masih mengeluh nyeri pada perutnya hilang timbul dilakukan pemeriksaan TTV, TD : 110/70 mmHg, N : 80x/menit, S : 36,5⁰C, N : 94x/menit, RR: 18x/menit, terdapat kontraksi sebanyak 2-3x selama 10 detik, dilakukan pemeriksaan VT didapatkan pasien masih berada di pembukaan ke-2 dengan DJJ : 145x/menit. Pada pukul 12.30 wita pasien mengeluh nyeri pada perutnya semakin terasa keras, dilakukan pemeriksaan VT didapatkan pasien telah mengalami pembukaan ke-4 dengan kontraksi yang dirasakan sebanyak 2-3x selama 10 detik, DJJ 144x/menit. Pasien mengalami Distosia 6 cm yang disebabkan karena CPD (*Cephalopelvic Disproportion*) kemudian pasien dilakukan SC Cito untuk melahirkan anak pertamanya pada pukul 14.40.

Pasien dipindahkan ke ruang Nifas Margapati pada pukul 17.00 wita. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 18 September 2023 pukul 17.10 wita, pasien mengeluh nyeri pada luka jaritan pasca operasinya. Nyeri yang dirasakan seperti

teriris-iris dengan skala 6 dan terasa hilang timbul, dilakukan pemeriksaan TTV dan didapatkan, TD : 110/70 mmHg, S : 36,0⁰C, RR : 20x/menit, N : 89x/menit

b. Keluhan saat dikaji

Pasien tiba di ruang Nifas Margapati pada pukul 17.00 wita. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 18 September 2023 pukul 17.10 wita, pasien mengeluh nyeri pada luka jaritan pasca operasinya. Nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris dengan skala 6 dan terasa hilang timbul, dilakukan pemeriksaan TTV dan didapatkan, TD : 110/70 mmHg, S : 36,0⁰C, RR : 20x/menit, N : 89x/menit. Keadaan umum pasien tampak lemah dan meringis kesakitan, kesadaran pasien CM dengan GCS E4V5M6.

3. Riwayat Masuk Rumah Sakit

a. Keluhan Utama (saat MRS dan sekarang)

Keluhan saat MRS : mengeluh nyeri perut melahirkan

Keluhan sekarang : mengeluh nyeri pada luka post SC

b. Riwayat persalinan sekarang

Pasien melahirkan bayinya dengan bantuan persalinan SC pada tanggal 18 September 2023, dengan usia kehamilan 40 minggu 3 hari, pukul 14.45 lahir seorang bayi laki-laki segera menangis dengan berat badan lahir 3090 gr, PB = 48 cm, tidak terdapat kelainan pada bayi dengan nilai Apgra Score 8-9

4. Riwayat Obstetri Dan Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi :

1) Menarche : umur 13 tahun Siklus : teratur (☒) tidak (☐)

2) Banyaknya : 3-4x ganti/hari Lamanya : 4-5 hari

3) Keluhan : -

4) HPHT : 6 Desember 2022

b. Riwayat pernikahan :

Pasien sudah menikah dengan lamanya pernikahan yaitu selama setahun

c. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

Pasien tidak memiliki riwayat kehamilan sebelumnya

d. Riwayat keluarga berencana :

Pasien mengatakan saat ini kehamilan pertama baginya, sehingga pasien belum menggunakan KB. Pasien mengatakan setelah persalinannya pasien langsung menggunakan KB IUD Post Plasenta.

5. Pola Fungsional Kesehatan :

a. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan ini merupakan kelahiran anak pertamanya, pasien akan rutin membawa bayinya ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan imunisasi. Pasien mengatakan selama hamil rutin memeriksa kehamilannya di puskesmas atau dokter kandungan.

b. Pola Metabolik-Nutrisi

Sebelum MRS, pasien mengatakan rutin makan 3x dalam sehari kemudian diisi dengan selingan snack serta buah-buahan, pasien rutin minum air sebanyak 8 gelas/hari serta minum susu untuk ibu hamil, pasien mengatakan selama hamil pasien lebih sering mengemil. Setelah MRS, pada saat dilakukan pengkajian nafsu makan pasien tampak baik, pasien menghabiskan makanan yang

diberikan

c. Pola Eleminasi

Sebelum MRS, pasien mengatakan BAK ± 6 x/hari, berwarna kuning jernih, bau khas urine dan BAB rutin 1x/hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan. Setelah MRS, pada saat dikaji pasien tampak menggunakan DC yang sudah terisi sebanyak 650 cc, pasien belum BAB sejak kemarin.

d. Pola Aktivitas-Latihan

Sebelum MRS, pasien mengatakan semenjak hamil pasien mengurangi aktivitas yang terlalu berat, pasien hanya berjalan-jalan pagi disekitar lingkungan rumahnya. Setelah MRS, pada saat dilakukan pengkajian pasien belum mampu beranjak dari tempat tidur, pasien mengatakan belum mampu untuk duduk, miring kanan dan miring kiri karena nyeri yang dirasakan pada luka jaritan pasca operasinya dengan nyeri terasa seperti teriris-iris, skala nyeri 6, dan nyeri dirasa hilang timbul.

e. Pola Istirahat-Tidur

Sebelum MRS, pasien mengatakan selama hamil ia biasanya tidur ± 6 jam dan jarang tidur siang. Setelah MRS, pasien mengatakan setelah melahirkan tidurnya menjadi terganggu akibat nyeri yang dirasakan.

f. Pola Persepsi-Kognitif

Pasien tampak dapat berkomunikasi dengan baik dan dapat menjawab pertanyaan dengan baik, pasien mengatakan nyeri luka jaritan pasca operasinya dengan nyeri terasa seperti teriris-iris, skala nyeri 6, dan nyeri dirasa hilang timbul.

g. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Pada saat berkomunikasi dengan pasien terdapat kontak mata dari pasien dan jawaban yang diberikan pasien kepada perawat tampak sinkron.

h. Pola Hubungan-Peran

Sebelum MRS, pasien mengatakan bahwa dirinya telah menjalankan tugas dan perannya sebagai seorang istri dan menantu yang baik, pada saat mengandung anaknya pasien sangat diperhatikan oleh suami serta keluarganya. Setelah MRS, pasien mengatakan akan memberikan ASI yang optimal untuk anaknya, pasien juga mengatakan saat ini pasien rutin dijenguk dan ditemani oleh suami, orangtua dan keluarga terdekatnya.

i. Pola Reproduksi-Seksualitas

Pasien mengatakan sudah menikah dan saat ini telah memiliki seorang anak.

j. Pola Toleransi Terhadap Stres-Koping

Pasien mengatakan apabila dirinya tidak dapat menyelesaikan masalah secara mandiri maka ia akan bercerita kepada suaminya dan suaminya akan ikut serta mendukung dan membantu pasien dalam menyelesaikan masalahnya, seperti saat ini pasien mengeluh kepada suaminya mengenai nyeri yang dirasakan pada abdomennya.

k. Pola Keyakinan-Nilai

Pasien menganut agama Hindu, pasien rutin melakukan persembahyangan di rumahnya, selama di rumah sakit pasien selalu berdoa agar proses persalinannya berjalan dengan baik dan lancar.

6. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum :

- a) GCS : E : 4 V: 5 M : 6 = 15
- b) Tingkat kesadaran : Compos Mentis
- c) Tanda – tanda vital :
- d) TD 110/70 mmHg, N: 89x/mnt, RR: 20x/mnt, T: 36,0⁰C
- e) BB : 56 kg TB: 155 cm LILA : 28 cm

Head toe toe :

a) Kepala

- Wajah : simetris, normocephale
- Pucat : (-)
- Cloasma : (-)
- Sklera : tidak ikterik
- Konjungtiva : tidak anemis
- Pembesaran limphe node : tidak ada
- Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada
- Telinga : normal, tidak ada gangguan

b) Dada

Payudara

- Areola : warna menggelap dan melebar
- Putting : (menonjol / ~~tidak~~)
- Tanda dimpling / retraksi : tidak ada
- Pengeluaran ASI : keluar kolostrum dan Asi keluar lancar

Jantung :

bentuk nada simetris, tidak ada nyeri tekan, S1 S2 reguller

Paru :

tidak terdapat kelainan bentuk, pernapasan cuping hidung (-), retraksi dinding

dada (-), penggunaan otot bantu napas (-), mukosa bibir lembab, tidak ada nyeri

tekan, suara paru sonor, tidak terdengar suara napas tambahan

c) Abdomen :

Linea : tidak

Satriae : Gravidarum

Luka SC : Terdapat luka operasi pada perut bagian

bawah dengan panjang luka + 10 cm

Bising usus : terdapat bising usus, 8x/menit

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : keras dan baik

Diastasi rectus abdominis : tidak ada

d) Genetalia

Kebersihan : bersih

Lokhea : rubra

Karakteristik : merah

e) Perineum dan anus

Perineum : REEDA : Tidak ada luka pada perineum

Hemoroid : Tidak ada

f) Ekstremitas :
 Atas :
 Oedema : Tidak ada oedema
 Varises : Tidak ada
 CRT : < 2 detik
 Bawah :
 Oedema : Tidak ada oedema
 Varises : Tidak ada
 CRT : < 2 detik
 Tanda homan : Tidak ada tanda homan
 Pemeriksaan Reflek : Reflek patella (+)

7. Data Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium:

Ket	Nilai	Nilai Normal	Interpetasi
WBC	12,04 $10^3/uL$	4,00-10,00	Tinggi
HGB	12,8 g/Dl	11-16	Normal
PLT	209 $10^3/uL$	150-450	Normal
BUN	13 mg/Dl	7-20	Normal
Na	136 mEq/L	135-144	Normal
K	3.5 mEq/L	3.5-5.0	Normal
SGOT	12 U/L	5-40	Normal
SGPT	15 U/L	7-56	Normal
Albumin	3,9 g/dL	3.8-5.1	Normal

8. Diagnosa Medis

Diagnosa P1001 Post SC + Akseptor IUD Post Plasenta

9. Pengobatan

Nama Obat	Dosis	Frekuensi Pemberian	Rute	Indikasi
Infus RL	28 tpm		IV	Digunakan sebagai cairan hidrasi dan elektrolit serta sebagai agen alkalisator
Oxytosin	2 ampul dalam 28 tpm	s/d 24 jam dari waktu pemberian	IV	Digunakan untuk memperkuat kontraksi uterus
Cefadroxil	2x500 mg	@ 12 jam	IV	Antibiotik
Ketorolac	3x30 mg	@ 8 jam	IV	Digunakan untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang
SF	1x60 mg	@ 24 jam	Oral	Digunakan untuk memenuhi zat besi

B. Analisa Data

DATA FOKUS	ANALISIS	MASALAH
1	2	3
Data Subyektif : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jaritan pasca operasinya, nyeri terasa seperti teriris-iris dengan skala 6, nyeri terasa hilang timbul - Pasien mengatakan pasca operasi dirinya tidak mampu beristirahat dengan baik, karena sedikit	Sectio Caesarea ↓ Luka post operasi SC ↓ Insisi dinding abdomen ↓ Terputusnya inkontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran	Nyeri Akut

1	2	3
terganggu dengan nyeri yang dirasakannya Data Obyektif : - Pasien tampak meringis, tampak bersikap protektif terhadap nyeri, tampak gelisah, tampak sulit beristirahat, TD : 110/70 mmHg, S : 36,0°C, RR : 20x/menit, N : 89x/menit, TFU : 2 jari di bawah pusat, terdapat kontraksi uterus	histamine dan prostaglandin ↓ Mengeluh nyeri, tampak meringis ↓ NYERI AKUT	

Diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengatakan nyeri pada luka jaritan pasca operasinya, nyeri terasa seperti teriris-iris dengan skala 6, nyeri terasa hilang timbul, pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah dan sulit tidur, TD : 110/70 mmHg, S : 36,0°C, RR : 20x/menit, N : 89x/menit, TFU : 2 jari di bawah pusat, terdapat kontraksi uterus.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 4. 1

Intervensi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny.A di RSD Mangusada

Dx	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4
1	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 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 yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetic <i>Terapeutik</i> 7. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>swedish massage</i>) 8. Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 9. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 10. Jelaskan strategi meredakan nyeri salah satunya dengan	<i>Observasi</i> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pasien 2. Untuk mengetahui skala nyeri pasien 3. Untuk mengetahui reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan pasien 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri yang dirasakan pasien 5. Memantau keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Memonitor efek samping dari pemberian analgetik <i>Terapeutik</i> 7. Agar nyeri yang dirasakan pasien dapat berkurang setelah pemberian

1	2	3	4
		pemberian <i>swedish massage</i> <i>Kolaborasi</i> 11. Kolaborasi pemberian analgetik	terapi komplementer (<i>swedish massage</i>) 8. Untuk meningkatkan rasa kenyamanan bagi pasien <i>Edukasi</i> 9. Agar pasien memahami penyebab dan pemicu nyeri yang dirasakannya 10. Agar pasien memahami strategi meredakan nyeri yang diberikan kepada pasien <i>Kolaborasi</i> 11. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien
		Intervensi Pendukung Terapi Pemijatan (I. 08251) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kesediaan penerimaan dilakukan pemijatan 2. Monitor respon terhadap pemijatan <i>Terapeutik</i> 3. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan 4. Pilih area tubuh yang akan dipijat 5. Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi	<i>Observasi</i> 1. Untuk mengetahui kesediaan pasien dalam menerima pijatan yang akan diberikan 2. Untuk mengetahui respon verbal dan non verbal pasien terhadap pijatan yang diberikan <i>Terapeutik</i> 3. Agar pasien mengetahui jangka waktu yang efektif

1	2	3	4
		6. Buka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan 7. Tutup area yang tidak terpajan 8. Gunakan minyak untuk mengurangi gesekan 9. Lakukan pemijatan secara bertahap (<i>Swedish Massage; efflurage, petrissage, friction, tapotement</i> dan <i>vibration</i>) <i>Edukasi</i> 10. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi 11. Anjurkan rileks selama pemijatan	dalam pemberian terapi pemijatan 4. Untuk mencegah pemberian pijatan pada daerah yang luka 5. Agar pasien merasa nyaman dan aman selama pemberian terapi 6. Untuk memudahkan dalam proses pemijatan 7. Agar privasi pasien tetap terjaga 8. Untuk melicinkan area permukaan yang akan diberikan pijatan 9. Memberikan pijatan sesuai dengan SOP yang telah disediakan <i>Edukasi</i> 10. Agar pasien mengetahui tujuan dan prosedur dari pemijatan yang akan diberikan 11. Agar selama proses pemberian terapi pasien dapat merasakan efek dari pijatan yang diberikan

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 2

Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny.A di RSD Mangusada

Tgl/Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	Paraf/Nama
1	2	3	4	5
18-09-2023 17. 00 wita	1 -	Mengidentifikasi nyeri non verbal	respons DS : - DO : pasien tampak meringis kesakitan	
17. 10 wita	1 -	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka jaritan pasca operasi, terasa seperti teriris-iris, dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien mengatakan istirahatnya menjadi terganggu akibat nyeri yang dirasakannya. DO : Pasien tampak meringis dan gelisah, Pasien tampak sulit tidur	
17.15 wita	1 -	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri lebih terasa saat pasien melakukan pergerakan DO : Pasien tampak bersikap protektif terhadap nyeri	
17.20 wita	1 -	Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	DS: Pasien mengatakan ini merupakan kehamilan pertama baginya sehingga baru mengetahui penyebab dari nyeri yang dirasakannya	

1	2	3	4	5
			DO : Pasien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan	
17.30 wita	1 -	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	DS : Pasien mengatakan sudah memahami penjelasan yang diberikan dan pasien mengatakan bersedia untuk diberikan terapi swedish massag besok pagi DO : Pasien tampak sudah memahami penjelasan yang diberikan dan pasien akan diberikan terapi inovasi <i>swedish massage</i> untuk mengurangi nyerinya besok pagi pukul 06.00	
17.40 wita	1 -	Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi	DS : - DO : Pasien tampak kooperatif mendengarkan penjelasan yang diberikan	
24.00 wita	1 -	Mengolaborasi pemberian cefadroxil 500 mg, ketorolac 30 mg	DS : - DO : Pasien diberikan cefadroxil 500 mg, ketorolac 30 mg melalui IV	
24.15 wita	1 -	Memonitor efek samping pemberian analgetic	DS : - DO : Pasien tampak tidak mengalami alergi pada obat yang diberikan	

1	2	3	4	5
24.15 wita	1	- Memfasilitasi istirahat dan tidur	DS : DO : Memberikan pasien waktu untuk beristirahat	
19-09-2023 05.00 wita	1	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri - Mengkaji tanda-tanda vital pasien	DS : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka jaritan pasca operasinya, nyeri yang dirasakan belum berkurang dengan skala nyeri 6. Pasien mengatakan belum tidur dengan nyenyak dan tidak mampu melakukan mobilisasi karena nyeri yang dirasakannya DO : Pasien masih tampak meringis dan gelisah, Pasien tampak masih mengalami kesulitan beristirahat dan masih bersikap protektif terhadap nyeri. TD : 110/80 mmHg, N :88x/menit, S: 36.7°C, RR: 20x/mnt	
05.00 wita	1	- Mengidentifikasi involusi, lokhea, dan laktasi	DS : Pasien mengatakan saat ini pasien mampu memberikan ASI kepada bayinya dan pengeluaran ASI nya cukup banyak DO : Saat dilakukan pemeriksaan tampak adanya pengeluaran lokhea berwarna merah dan dilakukan pemeriksaan involusi uterus didapatkan TFU 1	

1	2	3	4	5
			jari diatas pusat, pasien tampak masih menggunakan kateter dengan terisi sebanyak 350 ml	
05.58 wita	1	- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>Swedish massage</i>)	DS : - DO : Pasien akan diberikan terapi inovasi <i>swedish massage</i> untuk mengurangi nyerinya	
05.58 wita	1	- Memilih area tubuh yang akan dipijat	DS : - DO : Massage dilakukan pada kedua tangan serta kedua kaki	
06.00 wita	1	- Membuka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan - Menutup area yang tidak terpajan	DS :- DO : Membuka pakaian pada area yang akan diberikan pijatan dan menutup area yang belum diberikan pijatan	
06.00 wita	1	- Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : Melumuri pasien dengan minyak zaitun untuk mengurangi gesekan pada saat pemberian terapi	
06.00 wita	1	- Melakukan pemijatan secara perlahan dan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : Memulai pijatan dari kaki terlebih dahulu	
06.05 wita	1	- Menganjurkan rileks selama pemijatan	DS : - DO : Pasien tampak rileks dan mau mengikuti anjuran yang diberikan	

1	2	3	4	5
06.20 wita	1	- Memonitor respons terhadap pijatan	DS : Pasien mengatakan merasa sangat nyaman saat diberikan terapi pijatan DO : Pasien tampak nyaman saat diberikan terapi dan sesekali pasien tertidur	
07.25 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan saat ini belum berkurang, dengan skala nyeri 6 DO : Skala nyeri pasien tampak masih berada di skala 6	
08.00 wita	1	- Mengolaborasi pemberian ketorolac 30 mg melalui IV dan obat SF 60 mg	DS : - DO : Pasien diberikan ketorolac 30 mg melalui IV dan obat SF 60 mg melalui oral	
11.55 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri - Mengkaji tanda-tanda vital pasien	DS : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka jaritan pasca operasinya, nyeri yang dirasakan belum berkurang dengan skala nyeri 6. DO : Pasien masih tampak meringis TD : 125/80 mmHg, N : 82x/menit, S: 36.5°C, RR: 20x/mnt	
11.58 wita	1	- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Swedish massage)	DS : - DO : Pasien akan diberikan terapi inovasi <i>swedish massage</i> untuk	

1	2	3	4	5
			mengurangi nyerinya	
11.58 wita	1	- Memilih area tubuh yang akan dipijat	DS : - DO : Massage dilakukan pada kedua tangan, serta kedua kaki	
12.00 wita	1	- Membuka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan - Menutup area yang tidak terpajan	DS :- DO : Membuka pakaian pada area yang akan diberikan pijatan dan menutup area yang belum diberikan pijatan	
12.00 wita	1	- Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : Melumuri pasien dengan minyak zaitun untuk mengurangi gesekan pada saat pemberian terapi	
12.00 wita	1	- Melakukan pemijatan secara perlahan dan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : Memulai pijatan dari kaki terlebih dahulu	
12.05 wita	1	- Menganjurkan rileks selama pemijatan	DS : - DO : Pasien tampak rileks dan mau mengikuti anjuran yang diberikan dan sesekali pasien tampak tertidur	
12.20 wita	1	- Memonitor respons terhadap pemijatan	DS : Pasien mengatakan sangat menyukai terapi yang diberikan DO : Pasien tampak menyukai terapi pijatan yang diberikan	

1	2	3	4	5
12.25 wita	1	- Memfasilitasi istirahat dan tidur	DS : Pasien mengatakan akan tidur siang setelah diberikan terapi pijatan DO : Pasien tampak akan beristirahat	
13.25 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan saat ini terasa hilang timbul dan sudah sedikit berkurang dengan skala 5 DO : Skala nyeri pasien tampak sedikit berkurang dengan skala 5 (0-10)	
16.00 wita	1	- Mengolaborasi pemberian ketorolac 30 mg	DS : - DO : Pasien diberikan ketorolac 30 mg melalui IV	
17.55 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri - Mengkaji tanda-tanda vital pasien	DS : Pasien mengatakan saat ini masih nyeri yang terasa hilang timbul dengan skala nyeri 5 DO : Nyeri yang dirasakan pasien masih dengan skalan 5 TD : 125/80 mmHg, N :82x/menit, S: 36.5°C, RR: 20x/mnt	
17.58 wita	1	- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Swedish massage)	DS : - DO : Pasien akan diberikan terapi inovasi <i>swedish massage</i> untuk mengurangi nyerinya	

1	2	3	4	5
17.58 wita	1	- Memilih area tubuh yang akan dipijat	DS : - DO : Massage dilakukan pada kedua tangan, serta kedua kaki	
18.00 wita	1	- Membuka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan - Menutup area yang tidak terpajan	DS :- DO : Membuka pakaian pada area yang akan diberikan pijatan dan menutup area yang belum diberikan pijatan	
18.00 wita	1	- Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : Melumuri pasien dengan minyak zaitun untuk mengurangi gesekan pada saat pemberian terapi	
18.00 wita	1	- Melakukan pemijatan secara perlahan dan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : Memulai pijatan dari kaki terlebih dahulu	
18.10 wita	1	- Menganjurkan rileks selama pemijatan	DS : - DO : Pasien tampak rileks dan mau mengikuti anjuran yang diberikan dan sesekali pasien tampak tertidur	
18.20 wita	1	- Memonitor respons terhadap pemijatan	DS : Pasien mengatakan sangat menyukai terapi yang diberikan DO : Pasien tampak menyukai terapi pijatan yang diberikan	
19.25 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan saat ini masih berada di skala 5	

1	2	3	4	5
			DO : Skala nyeri pasien tampak sedikit berkurang dengan skala 5 (0-10)	
24.00 wita	1	- Mengolaborasi pemberian ketorolac 30 mg dan cefadroxil 500 mg	DS : - DO : Pasien diberikan ketorolac 30 mg dan cefadroxil 500 mg melalui IV	
20-09-2023 05.00 wita	1	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri - Mengkaji tanda-tanda vital	DS : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka jaritan pasca operasinya, nyeri yang dirasakan sudah sedikit berkurang namun masih dengan skala nyeri 5. Pasien mengatakan sudah mampu beristirahat sejak semalam dan sudah mampu untuk miring kanan dan kiri. DO : Pasien masih tampak sedikit meringis namun sudah tidak gelisah. TD : 120/70 mmHg, N : 83x/menit, S: 36.3°C, RR: 20x/mnt	
05.00 wita		- Mengidentifikasi involusi, - lokhea, dan laktasi	DS : Pasien mengatakan saat ini pasien mampu memberikan ASI kepada bayinya dan pengeluaran ASI nya cukup banyak - DO : Saat dilakukan pemeriksaan tampak adanya pengeluaran lokhea berwarna merah	

1	2	3	4	5
			dan dilakukan pemeriksaan involusi uterus didapatkan TFU 2 jari dibawah pusat, pasien tampak sudah tidak menggunakan kateter	
05.58 wita	1	- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>Swedish massage</i>)	DS : - DO : Pasien akan diberikan terapi inovasi <i>swedish massage</i> untuk mengurangi nyerinya	
05.58 wita	1	- Memilih area tubuh yang akan dipijat	DS : - DO : Massage dilakukan pada kedua tangan, serta kedua kaki	
06.00 wita	1	- Membuka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan - Menutup area yang tidak terpajan	DS :- DO : Membuka pakaian pada area yang akan diberikan pijatan dan menutup area yang belum diberikan pijatan	
06.00 wita	1	- Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : Melumuri pasien dengan minyak zaitun untuk mengurangi gesekan pada saat pemberian terapi	
06.00 wita	1	- Melakukan pemijatan secara perlahan dan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : Memulai pijatan dari kaki terlebih dahulu	
06.05 wita	1	- Mengajukan rileks selama pemijatan	DS : - DO : Pasien tampak rileks dan tenang	

1	2	3	4	5
06.20 wita	1	- Memonitor respons terhadap pijatan	DS : Pasien mengatakan merasa sangat rileks saat diberikan terapi pijatan DO : Pasien tampak menyukai terapi yang diberikan	
07.25 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan setelah diberikan terapi pijatan nyeri yang dirasakan saat ini mulai berkurang dengan skala 4 DO : Skala nyeri pasien tampak berkurang dengan skala 4 (0-10)	
08.00 wita	1	- Mengolaborasi pemberian ketorolac 30 mg dengan IV dan obat SF 60 mg	DS : - DO : Pasien diberikan ketorolac 30 mg dengan IV dan obat SF 60 mg melalui oral	
11.55 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri - Mengkaji tanda-tanda vital pasien	DS : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya saat ini sudah berkurang namun masih pada skala nyeri ke-4 DO : Pasien tampak sudah tidak gelisah, skala nyeri pasien 4 TD : 110/70 mmHg, N :85x/menit, S: 36.5°C, RR: 20x/mnt	
11.58 wita	1	- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Swedish massage)	DS : - DO : Pasien akan diberikan terapi inovasi <i>swedish massage</i> untuk	

1	2	3	4	5
			mengurangi nyerinya	
11.58 wita	1	- Memilih area tubuh yang akan dipijat	DS : - DO : Massage dilakukan pada kedua tangan, serta kedua kaki	
12.00 wita	1	- Membuka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan - Menutup area yang tidak terpajan	DS :- DO : Membuka pakaian pada area yang akan diberikan pijatan dan menutup area yang belum diberikan pijatan	
12.00 wita	1	- Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : Melumuri pasien dengan minyak zaitun untuk mengurangi gesekan pada saat pemberian terapi	
12.00 wita	1	- Melakukan pemijatan secara perlahan dan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : Memulai pijatan dari kaki terlebih dahulu	
12.05 wita	1	- Menganjurkan rileks selama pemijatan	DS : - DO : Pasien tampak tenang dan mau mengikuti anjuran yang diberikan	
12.20 wita	1	- Memonitor respons terhadap pemijatan	DS : Pasien mengatakan sangat menyukai terapi yang diberikan, ia menjadi lebih rileks dan tenang DO : Pasien tampak menyukai terapi pijatan yang diberikan	

1	2	3	4	5
12.25 wita	1	- Memfasilitasi istirahat dan tidur	DS : Pasien mengatakan mengantuk dan akan tidur siang setelah diberikan terapi pijatan DO : Pasien tampak akan beristirahat	
13.25 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan setelah diberikan terapi pijatan nyeri yang dirasakan saat ini mulai berkurang dengan skala 3 DO : Skala nyeri pasien tampak berkurang dengan skala 3 (0-10)	
16.00 wita	1	- Mengolaborasi pemberian ketorolac 30 mg	DS : - DO : Pasien diberikan ketorolac 30 mg melalui IV	
17.55 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri - Mengkaji tanda-tanda vital pasien	DS : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya saat ini sudah jauh lebih berkurang yaitu dengan skala 3 DO : Pasien sudah mampu melakukan mobilisasi ringan seperti miring kanan dan kiri, skala nyeri pasien 3 TD : 120/70 mmHg, N : 92x/menit, S: 36.2°C, RR: 20x/mnt	

1	2	3	4	5
17.58 wita	1	- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>Swedish massage</i>)	DS : - DO : Pasien akan diberikan terapi inovasi <i>swedish massage</i> untuk mengurangi nyerinya	
17.58 wita	1	- Memilih area tubuh yang akan dipijat	DS : - DO : Massage dilakukan pada kedua tangan, serta kedua kaki	
18.00 wita	1	- Membuka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan - Menutup area yang tidak terpajan	DS :- DO : Membuka pakaian pada area yang akan diberikan pijatan dan menutup area yang belum diberikan pijatan	
18.00 wita	1	- Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	DS : - DO : Melumuri pasien dengan minyak zaitun untuk mengurangi gesekan pada saat pemberian terapi	
18.00 wita	1	- Melakukan pemijatan secara perlahan dan dengan teknik yang tepat	DS : - DO : Memulai pijatan dari kaki terlebih dahulu	
18.05 wita	1	- Menganjurkan rileks selama pemijatan	DS : - DO : Pasien tampak tertidur saat diberikan pijatan	
18.20 wita	1	- Memonitor respons terhadap pemijatan	DS : Pasien mengatakan sangat menyukai terapi yang diberikan, ia merasa saat ini pola tidurnya menjadi lebih baik DO : Pasien tampak menyukai terapi pijatan yang	

1	2	3	4	5
			diberikan dan pasien tampak sudah tidak mengalami kesulitan beristirahat	
19.25 wita	1	- Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan setelah diberikan terapi pijatan nyeri yang dirasakan saat ini mulai berkurang dengan skala 2 DO : Skala nyeri pasien tampak berkurang dengan skala 2 (0-10)	
19.30 wita	1	- Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS : Pasien mengatakan saat diberikannya terapi pijatan, pasien menjadi lebih nyaman rileks dan memudahkan pasien untuk tertidur, pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan menjadi berkurang akibat dari terapi yang diberikan DO : Pasien tampak rileks dan menyukai terapi yang diberikan	
24.00 wita	1	- Mengolaborasi pemberian ketorolac 30 mg dan cefadroxil 500 mg	DS : - DO : Pasien diberikan ketorolac 30 mg dan cefadroxil 500 mg melalui IV	
21-09-2023 06. 00 wita	1	- Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	DS : - DO : pasien tampak tenang dan sudah tidak meringis kesakitan	

1	2	3	4	5
06.00 wita	1 -	Mengidentifikasi involusi, lokhea, dan laktasi	DS : Pasien mengatakan saat ini pasien mampu memberikan ASI kepada bayinya dan pengeluaran ASI nya cukup banyak DO : Saat dilakukan pemeriksaan tampak adanya pengeluaran lokhea masih berwarna merah dan dilakukan pemeriksaan involusi uterus didapatkan TFU 2 jari dibawah pusat	
06.00 wita	1 -	Mengevaluasi kembali nyeri yang dirasakan pasien secara komprehensif meliputi skala, durasi, kualitas dan karakteristik nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya sudah berkurang dan saat ini pasien sudah dapat melakukan aktivitas ringan seperti duduk dan pergi ke kamar mandi, skala nyeri yang dirasakan pada perut bekas operasinya yaitu skala 2 (0-10), pasien juga mengatakan sudah mampu beristirahat dengan baik dan tidak lagi terganggu dengan nyerinya DO : Pasien tampak sudah tidak gelisah, pasien tampak rileks dan tidak meringis lagi, pasien sudah mampu melakukan mobilisasi ringan dan kualitas tidur pasien tampak membaik	

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 21 September 2023 pukul 06.00 wita pada pasien Ibu A, setelah dilakukan implementasi selama 3x24 jam dengan pemberian terapi swedish massage sebanyak 6x setiap 6 jam selama di dapatkan :

Tabel 4. 3

Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny.A di RSD Mangusada

Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Hasil
21/09/2023 06.00 wita	1	S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2 (0-10) O : Pasien tampak tenang, pasien tampak sudah tidak meringis dan gelisah, pasien tampak sudah mampu melakukan mobilisasi ringan, TD 125/80 mmHg, suhu 36 ⁰ C, nadi 85x/menit, respirasi 18x/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, lokea rubra dan pengeluaran ASI tampak banyak A : Nyeri akut teratasi P : Anjurkan pasien mengontrol rasa nyeri secara mandiri dan menerapkan strategi swedish massage dalam meredakan nyerinya Pertahankan kondisi pasien

F. Pelaksanaan Intervensi Inovasi Sesuai Evidance Based Practice

Pada pelaksanaan intervensi inovasi dengan terapi *swedish massage* pada Ny.A dengan masalah keperawatan nyeri akut yang diberikan selama 3x24 jam dengan pemberian terapi swedish massage sebanyak 6x setiap 6 jam. Sebelum pemberian intervensi diperoleh data bahwa pasien mengatakan nyeri pada luka pasca operasinya dengan skala nyeri 6 berdasarkan skala NRS (0-10), kualitas nyeri seperti teriris-iris dan nyeri dirasa menguat saat melakukan mobilisasi,

pasien tampak meringis. Setelah diberikan terapi *swedish massage* dengan durasi 20 menit dan untuk langkah-langkah teknik terapi *swedish massage* sebagai berikut : atur posisi pasien dalam keadaan nyaman, menjaga privasi lingkungan pasien, membuka area yang akan dipijat dan menutup area yang tidak terpajan, menggunakan minyak zaitun untuk mengurangi gesekan, massage dimulai dari area kaki kiri dan kanan terlebih dahulu kemudian pada tangan kiri lalu tangan kanan, melakukan pemijatan secara bertahap yakni *efflurage*, *petrissage*, *friction*, *vibration* dan *tapotement* (Purwindari, 2017). Menurut Agustanti (2022), teknik massage akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 5-20 menit dengan frekuensi pemberian 1 sampai 2 kali. Pelaksanaan waktu massage yang lebih lama lebih direkomendasikan karena lebih tinggi efisiensinya dalam penurunan nyeri (Padaka, Mata dan Kartini, 2020), Dari pemberian terapi *swedish massage* didapatkan adanya penurunan intensitas nyeri dengan data yang diperoleh yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya sudah berkurang dengan skala nyeri saat ini menjadi 2, pasien tampak tenang dengan TD 125/80 mmHg, suhu 36⁰C, nadi 85x/menit, respirasi 18x/menit