

## BAB IV

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA NY. NP  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI  
PRE EKLAMSI DI RUANG NIFAS  
RUMAH SAKIT BALIMED  
SINGARAJA  
TANGGAL 05-08 FEBRUARI 2022**

#### A. PENGKAJIAN

1. IDENTITAS PASIEN	PENANGGUNG/ SUAMI
Nama : Ny. NP	Nama : .Tn.Py
Umur : 37 tahun	Umur : 39 tahun
Pendidikan : SMP	Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Petani	Pekerjaan : Petani
Status perkawinan : kawin	Alamat : Banjar Loka Segara
Agama : Hindu	
Suku :Bali	
Alamat : Banjar Loka Segara, Ds. Pemuteran, Kec. Gerogak, Kab. Buleleng	
No. CM :456599	
Tanggal MRS : 3 Februari 2022	
Tanggal Pengkajian : 5 Februari 2022	
Sumber informasi : pasien dan keluarga	

## 2. ALASAN DIRAWAT

### 1) Alasan MRS

Pasien datang ke IGD RSUD Balimed Buleleng pada tanggal 3 Februari 2022 pada pukul 21.30 WITA dengan keluhan nyeri perut seperti akan melahirkan, setelah dilakukan pengkajian didapatkan data KU sedang, kesadaran CM, TB 148 cm, BB 54 kg, TD 160/100mmhg, nadi 86 x/menit, suhu 36,40C, DJJ 157 x/menit, ketuban masih utuh, rapid antigen negativ dan protein urine +2. Di IGD diberikan tindakan cek lab dan pasang infus RL 20tpm di tangan kanan serta konsul dokter DPJP. Pada pukul 23.00 WITA pasien dipindahkan ke ruang IBS untuk menjalani sectio caesarea. Pasien menjalani operasi sectio caesarea pada pukul 00.00 WITA dan selesai pada pukul 01.00 WITA, pendarahan hanya 100 cc. Pada tanggal 4 Februari 2022 pukul 01.40 WITA pasien dipindahkan ke ICU dengan keluhan pasien mengatakan nyeri skala 5, KU lemah, kesadaran CM, TD 158/100 mmhg, suhu 36,2°C, nadi 89x/menit, pernapasan 22x/menit, SPO2 99%. Pada tanggal 5 Februari 2022 pasien dipindahkan ke ruang Nifas.

### 2) Keluhan saat dikaji

Pada tanggal 5 Februari 2022 pukul 06.00 Wita pasien mengatakan nyeri pada area bekas tindakan operasi yang dilakukan sebelumnya, skala nyeri 4, kualitas nyeri seperti disayat-sayat, dan nyeri dirasakan saat mobilisasi. KU lemah, kesadaran CM, GCS E4V5M6, TD 136/92 mmHg, suhu 36,0C, nadi 92x/menit, respirasi 19x/menit, nafas spontan, BAK spontan, pasien tampak meringis sakit.

### 3. RIWAYAT MASUK RUMAH SAKIT

Keluhan Utama (saat MRS dan sekarang)

Keluhan saat MRS : nyeri perut

Keluhan sekarang : nyeri luka post SC

### 4. RIWAYAT OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

1) Riwayat Menstruasi :

a) Menarche : umur 15 thn Siklus : 28 hari teratur (v) tidak ( )

b) Banyaknya : -

c) Lama : 5-6 hari

d) Keluhan : sakit di bagian pinggul, nyeri

e) HPHT : 27 Mei 2021

2) Riwayat pernikahan

• Menikah : 1 (Satu) kali Lama : 10 tahun

3) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Pendarahan	Jk	BB	Pj
1	2014	38 minggu 5 hari	-	sc	-	-	-	-	-	Laki- laki	2,8 kg	50 cm

4) Riwayat keluarga berencana

• Akseptor KB :- Jenis: pil Lama: 9 tahun

• Masalah : tidak ada masalah

### 5. RIWAYAT PENYAKIT

1) Klien : tidak ada riwayat penyakit keturunan

2) Keluarga : tidak ada riwayat penyakit keturunan

## 6. POLA FUNGSIONAL KESEHATAN

### 1) Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan menjaga kesehatan kehamilannya sangat menaati anjuran dari bidan.

### 2) Pola Metabolik-Nutrisi

- Sebelum MRS : Pasien mengatakan sebelum MRS nafsu makan baik 2-3x sehari, makan yang di konsumsi sayur, nasi , daging dan buah di tambah minum air putih 8 gelas perhari
- Saat Pengkajian : Pada saat pengkajian pasien masih puasa sekitar 6 Jam

### 3) Pola Eleminasi

- a) Sebelum MRS : Pasien mengatakan BAB 1x sehari di pagi hari dengan konsistensi feses padat berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK 4 kali sehari dengan berwarna kuning jernih berbau.
- b) Saat Pengkajian : Pada saat pengkajian pasien belum BAB, dan pasien masih terpasang kateter, urine dalam urine bag sebanyak 150 ml, warna kuning keruh.

### 4) Pola Aktivitas-Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/ minum			√		
Mandi			√		
Toileting			√		
Berpakaian			√		
Mobilisasi ditempat tidur			√		
Berpindah			√		
Ambulasi ROM			√		

Keterangan :

0: mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total.

5) Pola Istirahat-Tidur

- Sebelum MRS: Pasien mengatakan dapat tertidur dengan baik, pasien memiliki kebiasaan tidur siang selama 2 jam dan tidur malam selama 8 jam.
- Saat Pengkajian : Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri di bagian abdomen

6) Pola Persepsi-Kognitif

Panca indera pasien tidak ada yang bermasalah. Pasien mengatakan nyeri pada area bekas tindakan operasi yang dilakukan sebelumnya, skala nyeri 5, kualitas nyeri seperti disayat-sayat, dan nyeri dirasakan saat mobilisasi

7) Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Pada saat berbincang-bincang ada kontak mata dari pasien dan jawaban yang diberikan pasien ke perawat masih sesuai

8) Pola Hubungan-Peran

Pasien mengatakan saat sakit sering dijenguk oleh keluarganya, suami dan anak pertamanya yang paling sering menunggu pasien di RS. Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga selama di rumah.

9) Pola Reproduksi-Seksualitas

Pasien mengatakan sudah menikah dan memiliki seorang anak

10) Pola Toleransi Terhadap Stres-Koping

Pasien sering bercerita tentang nyeri yang dirasakan kepada suaminya.

11) Pola Keyakinan-Nilai

Pasien menganut Agama Hindu , dan pasien Selalu berdoa agar proses persalinan berjalan dengan baik dan lancar.

**7. PEMERIKSAAN FISIK**

Keadaan umum :

- GCS : E 4 , V 5 , M 6
- Tingkat kesadaran : Composmentis
- Tanda – tanda vital :
- TD 158/100 mmHg , N 89x/Menit RR 22x/Menit T 36,40C  
BB : 65 kg TB : 165 cm

Head toe toe :

- Kepala  
Wajah :  
Pucat (-)  
Cloasma (-)  
Sklera : ikteris  
Konjungtiva : ananemis  
Pembesaran limphe node : tidak ada  
Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada  
Telinga : simetris, kondisi bersih
- Dada  
Payudara  
Areola : warna gelap dan melebar  
Puting : (menonjol ~~tidak~~ )

Tanda dimpling / retraksi : tidak ada

Pengeluaran ASI : Asi keluar namun masih sedikit

Jantung :

Bentuk nada simetris, tidak ada nyeri tekan, S1 S2 tunggal reguler

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

• Abdomen :

Linea : Tidak Satriae : Terdapat Satriae

TFU : 2 jari di atas pusar

Kontraksi : Ada Kontraksi

Diastasi rectus abdominis : Tidak ada

Bising usus : 8x per menit

• Genetalia

Kebersihan : Sedikit Kotor

Lokhea : lochea rubra

• Perineum dan anus

Perineum : REEDA : Tidak ada luka perenium

Hemoroid : Tidak ada

• Ekstremitas :

Atas :

Oedema : Tidak Ada

Varises : Tidak Ada

CRT : < 3 detik

Bawah

Oedema : Terdapat Odema

Varises : Tidak Ada

CRT : <3 detik

Tanda homan : Tidak ada tanda homan

Pemeriksaan Reflek : Patela Positif

## 8. DATA PENUNJANG

a) Pemeriksaan Laboratorium :

Ket	Nilai	Nilai Normal	Intrepetasi
WBC	10,6 10 <sup>3</sup> /uL	4,00 – 10,00	Tinggi
HGB	13,9 g/dL	11-16	Normal
HCT	42,5%	37,0 - 54,0	Normal
PLT	163 10 <sup>3</sup> /uL	150 – 450	Normal
UL protein	+2	Negatif	Tinggi

## 9. DIAGNOSA MEDIS

Diagnosa P2A0 dengan pre eklampsia

## 10. PENGOBATAN

Nama obat	Dosis	Rute	Indikasi
Infus RL	20 tpm	IV	Digunakan sebagai cairan hidrasi dan elektrolit serta sebagai agen alkalisator



Nefedipine	3x10 mg	Oral	Menurunkan tekanan darah
Cefotacime	3x1 gram	Oral	Antibiotik
Vit C	2x200 mg	Oral	Menambah suplemen vitamin

## B. ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>DS : pasien mengatakan nyeri pada area bekas tindakan operasi yang dilakukan sebelumnya, kualitas nyeri seperti disayat-sayat, dan nyeri dirasakan saat mobilisasi</p> <p>DO : - Pasien tampak meringis, skala nyeri 4            TD : 130/90 mmHg            N : 89x/menit            S : 36,2°C            RR : 22x/menit            TFU : 2 jari di atas pusar, Kontraksi : Ada Kontraksi, Lochea rubra</p>	<p>Sectio caesarea (SC)</p> <p>↓</p> <p>Luka post op SC</p> <p>↓</p> <p>Insisi dinding abdomen</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya inkontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin</p> <p>↓</p> <p><b>NYERI AKUT</b></p>	<p>Nyeri Akut</p>

Diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan mengatakan nyeri pada area bekas tindakan operasi yang dilakukan sebelumnya, skala nyeri 4, kualitas nyeri seperti disayat-sayat, dan nyeri dirasakan saat mobilisasi pasien tampak meringis sakit, pasien tampak meringis, TD : 130/90 mmHg, N : 89x/menit, S : 36,2°C, RR : 22x/menit, TFU : 2 jari di atas pusar, kontraksi : ada kontraksi, lochea rubra

### C. Rencana Keperawatan

**Tabel 4.1**  
**Rencana Keperawatan**

<b>Dx</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut pasien berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV dalam rentang normal N: 60-100 x/mnt RR : 16-24x/mnt S : 36,5-37,5 ° C TD : 110/70 – 120/80 mmHg</li> <li>2. Skala nyeri 0 dari skala 0-10</li> <li>3. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>4. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>5. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>6. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi reaksi nonverbal</li> <li>2. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri</li> <li>3. Identifikasi skala nyeri</li> <li>4. Observasi involusi</li> <li>5. Observasi lokea</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan tehnik non farmakologi (relaksasi napas dalam)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Edukasi penyebab nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri</li> <li>3. Untuk mengetahui skala nyeri dari pasien</li> <li>4. Untuk mengetahui apakah sudah ada penurunan TFU</li> <li>5. Mengetahui jenis lokea</li> <li>1. Untuk mengurangi nyeri tanpa obat</li> <li>2. Untuk menambah pengetahuan klien dan keluarga serta meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan untuk mengurangi nyeri</li> </ol>

		<b>Kolaborasi</b> 3. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	3. Untuk mengurangi nyeri klien
--	--	--	---------------------------------

#### D. Implementasi Keperawatan

**Tabel 4.2**  
**Implementasi Keperawatan**

<b>Tgl/Jam</b>	<b>No. Dx</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi Proses</b>	<b>Paraf/ Nama</b>
5/2/2022, 06.00 Wita	1	- Mengobservasi reaksi nonverbal	- DS : - DO : pasien tampak meringis kesakitan	
06.15 Wita	1	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri	- DS : Pasien mengeluh nyeri saat bergerak. Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat. Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut post SC. Skala nyeri 4, Nyeri yang di rasakan hilang timbul DO : Pasien tampak meringis, TD 158/100 mmHg, suhu 36°C, nadi 92x/menit, respirasi 19x/menit	
8.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Cefotacime 3 x 1 gr, Nifedipine 3 x 10 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan	
11.00 Wita	1	- Mengedukasi penyebab nyeri kepada pasien	- DS : Pasien mengatakan mulai memahami penyebab nyerinya - DO : Pasien mendengarkan dengan seksama	

14.00 Wita	1	- Mengajarkan pengguna Teknik non farmakologi Teknik relaksasi nafas dalam	- DS : Pasien mengatakan masih nyerinya DO : Pasien tampak rileks dan tenang
16.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Cefotacime 3 x 1 gr, Nifedipine 3 x 10 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
18.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Vit C 2 x 200 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
24.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Cefotacime 3 x 1 gr, Nifedipine 3 x 10 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
6/2/ 2022 06.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Vit C 2 x 200 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
07.00 Wita	1	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri	- DS : Pasien mengeluh nyeri saat bergerak.Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat. Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut post SC.Skala nyeri 3, Nyeri yang di rasakan hilang timbul DO : Pasien tampak meringis, TD 130/85 mmHg, suhu 37,2 <sup>0</sup> C, nadi 80x/menit, respirasi 18x/menit

08.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Cefotacime 3 x 1 gr, Nifedipine 3 x 10 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
10.00	1	- Mengobservasi reaksi nonverbal	- DS : - DO : pasien tampak meringis kesakitan
14.00	1	- Mengajarkan pengguna Teknik non farmakologi Teknik relaksasi nafas dalam	- DS : Pasien mengatakan masih nyeri namun sudah berkurang DO : Pasien tampak rileks dan tenang
16.00	1	- Memberikan terapi farmakologi Cefotacime 3 x 1 gr, Nifedipine 3 x 10 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
18.00	1	- Memberikan terapi farmakologi Vit C 2 x 200 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mengikuti instruksi yang diberikan
20.00	1	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri	- DS : Pasien mengeluh nyeri saat bergerak. Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat. Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut post SC. Skala nyeri 3, Nyeri yang dirasakan hilang timbul DO : Pasien tampak lebih tenang
24.00	1	- Memberikan terapi farmakologi Cefotacime 3 x 1	- DS : -

		gr, Nifedipine 3 x 10 mg	DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
7/2/2022, 06.00 Wita	1	- Mengobservasi reaksi nonverbal	- DS : - DO : pasien tampak tenang
06.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Vit C 2 x 200 mg	- DS : - - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
06.15 Wita	1	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri	- DS : Pasien mengatakn nyeri saat bergerak sudah berkurang. Skala nyeri 2, Nyeri yang dirasakan hilang timbul DO : Pasien tampak tenang, TD 125/80 mmHg, suhu 36 <sup>0</sup> C, nadi 80 x/menit, respirasi 16x/menit
8.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Cefotacime 3 x 1 gr, Nifedipine 3 x 10 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
11.00 Wita	1	- Mengedukasi penyebab nyeri kepada pasien	- DS : Pasien mengatakan mulai memahami penyebab nyerinya - DO : Pasien mendengarkan dengan seksama
14.00 Wita	1	- Mengajarkan pengguna Teknik non farmakologi Teknik relaksasi nafas dalam	- DS : Pasien mengatakan nyerinya berkurang DO : Pasien tampak rileks dan tenang
16.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi	- DS : -

18.00 Wita	1	Cefotacime 3 x 1 gr, Nifedipine 3 x 10 mg  - Memberikan terapi farmakologi Vit C 2 x 200 mg	DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan  - DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
24.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Cefotacime 3 x 1 gr, Nifedipine 3 x 10 mg	- DS : - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
8/2/2022, 06.00 Wita	1	- Mengobservasi reaksi nonverbal	- DS : - DO : pasien tampak tenang
06.00 Wita	1	- Memberikan terapi farmakologi Vit C 2 x 200 mg	- DS : - - DO : Pasien Tampak mendengar instruksi yang diberikan
06.00 Wita	1	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri	- DS : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak sudah berkurang. Skala nyeri 2, Nyeri yang dirasakan hilang timbul DO : Pasien tampak tenang, TD 125/85 mmHg, suhu 36 <sup>0</sup> C, nadi 80 x/menit, respirasi 16x/menit
	1	- Mengobservasi involusi dan lokea	DS : - DO : TFU 2 jari di atas pusar, lokea rubra

### E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan tanggal 8 Februari 2022 pukul 06.00 Wita pada pasien Ibu NP. setelah dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam didapatkan:

Tgl/Jam	No Dx	Evaluasi Hasil
8/2/2022 Jam 6.00	1	<p>S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2 dari skala 0-10</p> <p>O : Pasien tampak tenang, TD 125/85 mmHg, suhu 36<sup>0</sup>C, nadi 80 x/menit, respirasi 16x/menit,TFU 2 jari di atas pusar, lokea rubra</p> <p>A : nyeri akut teratasi</p> <p>P : Pertahankan Kondisi Pasien</p>

#### **F. Pelaksanaan Intervensi Inovasi Sesuai Evidance Based Practice**

Pada pelaksanaan intervensi inovasi dengan memberikan relaksasi napas dalam pada Ny. NP dengan masalah keperawatan nyeri akut sebanyak 1 kali sehari selama 3 hari. Sebelum pemberian intervensi diperoleh data bahwa pasien mengatakan nyeri pada area bekas tindakan operasi yang dilakukan sebelumnya, skala nyeri 5 berdasarkan skala Bourbanis (0-10), kualitas nyeri seperti disayat-sayat, dan nyeri dirasakan saat mobilisasi, pasien tampak meringis. Setelah diberikan terapi relaksasi napas dalam dengan durasi 10 menit dan untuk langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam sebagai berikut: atur posisi pasien dengan posisi duduk ditempat tidur atau dikursi, letakkan satu tangan pasien diatas abdomen (tepat bawah iga) dan tangan lainnya berada di tengah-tengah dada untuk merasakan gerakan dada dan abdomen saat bernapas, keluarkan napas dengan perlahan-lahan, tarik napas dalam melalui hidung secara perlahan-lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik napas, tahan napas selama 3 detik, hembuskan dan keluarkan napas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik, lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 10 menit dengan periode istirahat 2 menit ( 1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari



tarik napas, tahan dan hembuskan) didapatkan adanya penurunan intensitas nyeri dimana data yang diperoleh yaitu pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2, pasien tampak tenang, TD 125/85 mmHg, suhu 36°C, nadi 80 x/menit, respirasi 16x/menit.