



Asuhan Keperawatan Pada Ny.D Dengan Diagnosa Post Op Sectio Ceasarea (SC) Di Ruang Khadijah RSUD Bangkinang

Riri Delfira¹ Ridha Hidayat²

Progam Studi Diploma Keperawatan,

Falkultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

riridelvira6@gmail.com, hidayat22131120@gmail.com

Abstrak

Dampak dari post op sectio ceasarea biasanya akan menimbulkan nyeri atau rasa sakit setelah dilakukan operasi bisa berlangsung hingga 6 bulan dan juga akan terjadi resiko infeksi yang meningkat jika bekas luka tidak di jaga kebersihannya. Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien pasca operasi sectio caesarea di Ruang Khadijah mulai dari pengkajian hingga evaluasi di ruang Khadijah RSUD Bangkinang. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan desain studi kasus. Subjek pada laporan kasus adalah Ny. D yang berusia 24 tahun dengan *post op sectio ceasarea* di ruang Khadijah RSUD Bangkinang yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 15 - 17 Mei 2024. Data yang didapatkan dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada saat pengkajian, klien merasakan nyeri dibagian bekas operasi SC. Nyeri yang dirasakan klien berada pada skala 8. Peneliti menyatakan bahwa masalah utama dalam diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan luka insisi (D.0007). Setelah evaluasi keperawatan selama tiga hari, masalah tersebut pada klien berhasil diatasi. Peneliti berharap bahwa laporan hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai pedoman untuk penelitian lebih lanjut mengenai post op sectio caesarea. Selain itu, diharapkan laporan ini dapat menjadi referensi pembelajaran di kampus serta panduan bagi rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, post op sectio seasarea, nyeri akut.

Abstract

The impact of post op caesarean section will usually cause pain or soreness after the operation can last up to 6 months and there will also be an increased risk of infection if the scar is not kept clean. The aim of this research is to provide nursing care to patients after caesarean section surgery in the Khadijah Room starting from assessment to evaluation in the Khadijah Room at Bangkinang Regional Hospital. This research uses a descriptive method with a case study design. The subject of the case report is Mrs. D, 24 years old, with post op cesarean section in the Khadijah room at Bangkinang Regional Hospital which was carried out for 3 days from 15 - 17 May 2024. Data obtained by interviews, physical examination and supporting examinations. During the assessment, the client felt pain at the site of the SC operation. The pain felt by the client is on a scale of 8. Researchers state that the main problem in nursing diagnosis of acute pain is related to incisional wounds (D.0007). After a three-day nursing evaluation, the client's problem was successfully resolved. Researchers hope that the report on the results of this case study can be used as a guide for further research regarding post op caesarean section. Apart from that, it is hoped that this report can become a learning reference on campus as well as a guide for hospitals in providing nursing care to patients.

Keywords: Nursing care, post op sectio caesarea, acute pain.

✉Corresponding author :

Address : Kampa

Email : riridelvira6@gmail.com

Phone : 0895320648255

ISSN 2985-4822 (Media Online)

PENDAHULUAN

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Cholifah, 2019). Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Amelia., 2019).

Sectio caesarea adalah persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui sayatan di dinding rahim. *Sectio caesarea* berasal dari bahasa latin “caedere” yang artinya menyayat atau memotong. Istilah yang digunakan dalam persalinan mengacu ke prosedur pembedahan yang melibatkan pemotongan dinding perut ibu untuk melahirkan bayi. Persalinan *sectio caesarea* (SC) merupakan proses pembedahan untuk melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding rahim. Persalinan dengan metode SC dilakukan atas dasar indikasi medis baik dari sisi ibu dan janin, seperti placenta previa, presentasi atau letak abnormal pada janin, serta indikasi lainnya yang dapat membahayakan nyawa ibu maupun janin (Afifah & Irdianty, 2022).

Menurut *World Health Organization* (WHO), rata-rata SC 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. Angka kejadian di rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30%. Permintaan *Sectio Caesarea* di sejumlah negara berkembang melonjak pesat setiap tahunnya (Judhita, 2009 dalam Sriyanti, 2016). Selain itu menurut WHO prevalensi SC meningkat 46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa, dan Amerika Latin (Biek jurnal). *Sectio Caesarea* menjadi salah satu kejadian prevalensi yang meningkat di dunia. Angka kejadian *Sectio caesarea* di Indonesia menurut data survey nasional tahun 2007 adalah 927.000 dari 4.030.000 persalinan (Ferinawati & Hartati, 2019).

Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2021 jumlah persalinan dengan menggunakan metode SC di Indonesia yaitu sebesar 17,6%. Sedangkan menurut data SKI (Survey Kesehatan Indonesia) pada tahun 2021 angka kelahiran dengan proses SC sebanyak 17% dari total jumlah kelahiran di fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa angka persalinan dengan metode SC terus mengalami peningkatan (Komarijah dan Waroh t.t., 2020).

Data Provinsi Riau angka persalinan dengan *sectio caesarea* yaitu 38,9% dari seluruh persalinan. Angka persalinan dengan *sectio caesarea* tertinggi terdapat di Kota Pekanbaru (46,7%) (Rokan Hilir Provinsi Riau Zulkarnaen et al., 2022). Berdasarkan data Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangkinang tahun 2018 didapatkan bahwa jumlah persalinan sebanyak 407, dimana persalinan normal sebanyak 177 kasus (43,5%) dan persalinan dengan SC 230 kasus (56,5%). Sementara pada tahun 2019 dari bulan Januari sampai dengan Juni didapatkan bahwa jumlah persalinan sebanyak 154 dengan jumlah persalinan normal sebanyak 35 kasus (27,7%) dan persalinan dengan SC sebanyak 119 kasus (77,3%) Pada tahun 2024 jumlah persalinan dengan *Sectio Caesarea* dari bulan Januari sampai April yaitu sebanyak 132 kasus dan persalinan normal sebanyak 37 kasus (RSUD Bangkinang 2023).

Survei pertama pada tanggal 13 Maret 2024 di RSUD Bangkinang didapatkan jumlah pasien 3 bulan belakangan terdapat 21 orang yang melakukan *section caesarea*. Peneliti juga melakukan wawancara singkat pada salah satu pasien dan didapatkan hasil kenapa pasien melakukan SC. Alasan pasien SC karena adanya resiko melahirkan secara pervaginam, tekanan darah pada pasien meningkat disertai diare 2 hari. Kata dokter kondisi ini dikarenakan janin tidak berkembang cukup baik. Ketika hamil ibu tidak memakan vitamin dan buah yang cukup, maka dari itu dokter menyarankan operasi *sectio caesarea*. Pada saat wawancara pasien post op *sectio caesarea* mengalami nyeri akut dan resiko infeksi jika manajemen luka tidak diperhatikan dengan baik.

METODE

Desain yang digunakan dalam penulisan ini menggunakan desain studi kasus. Studi kasus mengumpulkan dan menyajikan informasi rinci tentang individu dan kelompok. Tidak mencari hubungan sebab-akibat namun periset melakukan eksplorasi dan deskripsi. studi kasus ini adalah studi kasus untuk menangani masalah asuhan keperawatan keluarga pada klien post op *sectio caesarea* di ruangan khadijah RSUD Bangkinang. Metode pengumpulan data yang terdiri dari: wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi sistem tubuh pasien), dan studi dokumentasi dan angket, uji keabsahan data, analisis data, dan etika penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN
Tabel 1 : Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS: Pasien mengatakan nyeri di bagian operasi sc, nyeri datang ketika banyak bicara dan banyak gerak, skala nyeri 7 P: paien mengatakan nyeri bertambah ketika berbicara banyak dan banyak gerak. Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk- tusuk. R : Lokasi nyeri di perut bawah pusat, bekas operasi SC. S : Waktunya ketika banyak gerak dan banyak bicara, skala nyeri 8 T : Waktunya tidak menentu	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
DO: - Pasien tampak meringis - Pasien tampak lesu - Pasien hanya bicara sedikit. - Tekana darah : 120/80 mmHg - Nadi : 80 x/m - Pernapaaan : 20 x/m - Suhu : 36,0 c		
DS : - Pasien mengatakan dirinya sedih karena anaknya meninggal sebelum dia lahir ke dunia. - Pasien mengatakan bersalah pada suami nya kerena tidak menjaga kandungan dengan baik . DO : - Pasien tampak sedih - Pasien tampak murung - pasien tampak sedikit bicara dan emosinya pasien suka tidak terkontrol.	Kematian	Berduka
DS : - Pasien mengatakan luka opersi SC-nya terasa nyeri. - Pasien mengatakan panas pada luka operasi post op SC. DO : - Tampak ada bekas luka post operasi di kuadran perut pasien. - Kondisi balutan bersih. - Tampak warna kulit sekitar balutan ada kemerahan. - tekanan darah : 120/80 mmHg, pernapasan : 20 x/m, nadi : 80 x/m, suhu : 36,0	ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer	Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D,0007).
- b. Berduka berhubungan dengan kematian (D0081)
- c. Resiko Infeksi b.d ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer (D.0142).

Intervensi Keperawatan

Diagnosa yang pertama, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3 kali 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, dan sikap protektif menurun. Intervensi utama yang diterapkan yaitu manajemen nyeri yang pertama observasi dan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri. Kemudian identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pada tahap terapeutik yakni berikan posisi yang nyaman, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu relaksasi nafas dalam. Selanjutnya pada edukasi jelaskan bagaimana strategi meredakan nyeri melalui teknik nonfarmakologi seperti yang sudah diterapkan sebelumnya serta kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa keperawatan kedua, yaitu berduka berhubungan dengan kematian. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat berduka menurun, dengan kriteria hasil verbalisasi menerima kehilangan meningkat, verbalisasi harapan meningkat, verbalisasi perasaan sedih menurun, menangis menurun, konsentrasi membaik (Dukungan Emosional L.09256). Intervensi utama yang ditetapkan yaitu dukungan mobilisasi dengan observasi yakni identifikasi hal yang memicu emosi, identikasi fungsi marah, frustasi, dan amuk bagi pasien. Terapeutik yakni fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah dan sedih. Buat pernyataan empati selama fase duka. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis: merangkul, menepuk-nepuk), kurangi

tuntutan berpikir saat sakit atau lelah. Pada tahap edukasi anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis: marah, sedih). Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respon yang biasa digunakan. Selanjutnya kolaborasi rujuk untuk konseling, jika perlu.

Diagnosa keperawatan ketiga, yaitu resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah keperawatan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, kadar sel putih normal, bengkak menurun (tingkat infeksi menurun L.14137). Intervensi utama yang ditetapkan yaitu pencegahan infeksi dengan observasi yakni monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik yakni berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan keluarga pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi yakni jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau lokasi operasi, anjurkan peningkatan asupan nutrisi, anjurkan peningkatan asupan cairan. Kolaborasi yakni kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

Implementasi keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi

Tanggal 15 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengeluh nyeri di bagian op SC. Data objektif: skala nyeri pasien 8, pasien tampak meringis, lemah, lesu dengan tekanan darah (TD) 120/80 mmHg, frekuensi nadi (N) 80 x/menit, suhu tubuh (T) 36,0°C dan frekuensi napas (RR) 20 x/menit. Action mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri teknik relaksasi nafas dalam dan menganjurkan pasien untuk beristirahat, tidur siang dan tidur malam yang cukup, menganjurkan pasien untuk mengatur posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri, menyediakan lingkungan yang tenang. Respon: DS : pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala di angka 7. do : pasien tampak meringis, pasien tampak gelsah.

Tanggal 16 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengeluhkan nyeri di bagian perut yang habis di op SC. Data objektif: skala nyeri pasien 6 pasien tampak meringis, lemah, dengan tekanan darah (TD) 120/80 mmHg, frekuensi nadi (N) 84 x/menit, suhu tubuh (T) 36,3°C dan frekuensi napas (RR) 20 x/menit. Action mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon non verbal, memonitor hasil dari teknik non farmakologi, menganjurkan pasien untuk beristirahat, tidur siang dan tidur malam yang cukup, menganjurkan pasien untuk mengatur posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri, menyediakan lingkungan yang tenang. Respon : DS : pasien mengatakan nyeri berkurang, nyeri di skala 5 DO : pasien tampak masih meringis dan masih gelisah.

Tanggal 17 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan adanya nyeri di bagian perut bekas Post op SC, nyeri terasa di tusuk-tusuk. Data objektif: pasien tampak lesu, tampak meringis kalau banyak bicara dan gerak, skala nyeri 4 dengan tekanan darah (TD) 131/84 mmHg, frekuensi nadi (N) 98 x/menit, suhu tubuh (T) 36,4°C dan frekuensi napas (RR) 20 x/menit. Action mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, menganjurkan pasien untuk beristirahat. Respon: DS: pasien mengatakan nyeri pada perut berkurang dengan skala 3, nyeri terasa timbul saat beraktivitas.

Berduka berhubungan dengan kehilangan kematian keluarga atau orang berarti.

Tanggal 15 Mei 2024

Data Subjektif: pasien mengatakan merasa sedih, pasien mengatakan tidak menerima kehilangan anaknya. Data Objektif: pasien tampak sering menangis, pasien tampak sedih, pasien tampak kurang berkonsentrasi. Action mengidentifikasi hal yang memicu emosi, identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien. Memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah dan sedih. Membuat pernyataan empati selama fase duka. Melakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis: merangkul, menepuk-nepuk), mengurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah. Menganjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis: marah, sedih). Menganjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respon yang biasa digunakan. Respon : DS : pasien mengatakan sedikit lebih lega setelah mengungkapkan perasaan. DO : pasien tampak sedih, pasien tampak mau bicara walaupun sedikit.

Tanggal 16 Mei 2024

Data Subjektif: Pasien mengatakan sedihnya mulai berkurang, pasien mengatakan tidak menerima kehilangan anaknya. Data Objektif: Pasien tampak menangis sudah kurang, pasien tampak sedih, pasien tampak kurang berkonsentrasi. Action mengidentifikasi hal yang memicu emosi, identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien. Mefasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah dan sedih. Membuat pernyataan empati selama fase duka. Melakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis: merangkul, menepuk-nepuk), mengurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah. Respon : Ds : pasien mengatakan sudah lebih lega setelah mengungkapkan perasaan. Do :pasien tampak sedih, pasien tampak mau bicara, pasien tampak sudah mulai senyum.

Tanggal 17 Mei 2024

Data Subjektif: pasien mengatakan sedihnya mulai berkurang, pasien mengatakan sudah menerima kehilangan anaknya. Data Objektif: pasien tampak menangis sudah kurang, pasien tampak lebih lega, pasien tampak sudah berkonsentrasi. Action mengidentifikasi hal yang memicu emosi, identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien. Melakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis: merangkul, menepuk-nepuk), mengurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah. Respon : DS : pasien mengatakan sudah lebih lega setelah mengungkapkan perasaan, pasien mengatakan sudah menerima kepergian anaknya DO : pasien tampak membaik dari hari kemarin, pasien tampak mau bicara, pasien tampak sudah mulai senyum.

Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.

Tanggal 15 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan bahwa perut bagian kanannya sudah dioperasi. Pasien mengatakan lukanya masih basah dan belum kering. Data objektif : tampak ada bekas luka post operasi di perut pasien, kondisi balutan bersih. Tampak warna kulit sekitar balutan ada kemerahan, dan luka masih basah dengan tekanan darah 120/80 mmHg. Action memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, mengajarkan perawatan kulit pada area edema, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan keluarga pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan etika batuk, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, menganjurkan peningkatan asupan nutrisi, menganjurkan peningkatan asupan cairan, memberikan terapi obat injeksi IV antibiotik. Respon : DS: pasien mengatakan takut bahwa luka operasi tidak kering dan perbannya terbuka dan pasien sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi.

Tanggal 16 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan bahwa perut bagian kanannya sudah dioperasi. Pasien mengatakan lukanya sudah mulai kering. Data objektif : tampak ada bekas luka post operasi di perut pasien, kondisi balutan bersih. Tampak warna kulit sekitar balutan masih ada kemerahan dan tampak luka sudah mulai kering dengan tekanan darah 120/80 mmHg. Action memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, memonitor perawatan kulit pada area edema, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menganjurkan peningkatan asupan nutrisi, memberikan terapi obat injeksi IV antibiotik. Respon DS: pasien mengatakan memahami tanda-tanda, gejala dan infeksi dan mengetahui langkah-langkah cuci tangan yang benar. Pasien mengatakan mampu melakukan perawatan luka yang telah diajarkan. DO : pasien tampak mampu melakukan perawatan luka yang telah diajarkan.

Tanggal 17 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan bahwa perut bagian kanannya sudah dioperasi. Pasien mengatakan luka operasinya sudah mulai kering. Data objektif : tampak ada bekas luka post operasi di perut pasien, kondisi balutan bersih. Tampak warna kulit sekitar kemerahan mulai berkurang dan tampak luka sudah kering dengan tekanan darah 120/80 mmHg, pasien tampak membaik. Action memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menganjurkan peningkatan asupan nutrisi, menganjurkan peningkatan asupan cairan. Respon DS : pasien mengatakan mampu melakukan perawatan luka yang telah diajarkan. DO : pasien tampak mampu melakukan perawatan luka yang telah diajarkan.

Evaluasi

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi

Tanggal 15 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan adanya rasa nyeri pada bagian perut, nyeri terasa kuat apabila banyak bicara dan banyak gerak, skalanya nyeri 8 terasa seperti ditusuk-tusuk. Objektif : pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, lesu, tekanan darah 120/80 mmHg nadi 80 x/m, suhu tubuh 36⁰C, pernapasan 20 x/m. Analisa : Masalah keperawatan belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan.

Tanggal 16 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut sudah berkurang, ketika banyak gerak dan bicara sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 6 terasa ditusuk-tusuk. Objektif : pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 x/m, penapasan 20 x/m, suhu tubuh 36,3⁰C. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : intervensi dilanjutkan.

Tanggal 17 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut sudah berkurang, ketika banyak gerak dan bicara sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 4 terasa ditusuk-tusuk. Objektif : pasien tampak membaik, pasien tampak tidak meringis, tekanan darah 131/84 mmHg, nadi 98 x/m, penapasan 20 x/m, suhu tubuh 36,4⁰C. Analisa : masalah teratasi. Planning : intervensi dihentikan.

Berduka berhubungan dengan kehilangan keluarga

Tanggal 15 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan merasa sedih karena anaknya meninggal dunia, pasien mengatakan tidak menerima kehilangan anaknya. Objektif : pasien tampak sedih, pasien tampak menangis, pasien tampak murung, pasien tampak sedikit bicara dan emosinya suka tidak terkontrol. Analisa: masalah belum teratasi. Planning: intervensi dilanjutkan.

Tanggal 16 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan sedihnya sudah berkurang karena anaknya meninggal, pasien mengatakan belum ikhlas menerima kehilangan anaknya. Objektif : pasien tampak sedih, pasien tampak murung, pasien tampak sedikit bicara dan emosinya suka tidak terkontrol. Analisa: masalah teratasi sebagian. Planning: intervensi dilanjutkan.

Tanggal 17 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan sedihnya sudah berkurang karena anaknya meninggal, pasien mengatakan sudah ikhlas menerima kehilangan anaknya. Objektif : pasien tampak sedih, pasien tampak sudah mau bicara dan emosinya sudah terkontrol. Analisa: masalah teratasi. Planning: intervensi dihentikan.

Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.

Tanggal 15 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan bahwa perut bagian kanannya sudah dioperasi. Pasien mengatakan lukanya masih basah dan belum kering. Objektif : tampak ada bekas luka post operasi di perut pasien, kondisi balutan bersih. Tampak warna kulit sekitar balutan kemerahan, dan luka masih basah. Tekanan darah : 120/80 mmHg, pernapasan :20 x/m, nadi : 80 x/m, suhu : 36⁰C. Analisa : masalah belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan.

Tanggal 16 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan lukanya sudah mulai kering. Objektif : tampak ada bekas luka post operasi di perut pasien, kondisi balutan bersih. Tampak warna kulit sekitar balutan masih ada sedikit kemerahan dan tampak luka sudah mulai kering, tekanan darah : 120/80 mmHg, pernapasan :20 x/m, nadi : 84 x/m, suhu : 36,3⁰C. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : intervensi dilanjutkan.

Tanggal 17 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan lukanya sudah mulai kering. Objektif : tampak ada bekas luka

post operasi di perut pasien, kondisi balutan bersih. Tampak warna kulit sekitar sudah tidak ada kemerahan dan tampak luka mulai kering tekanan darah : 131/84 mmHg, pernapasan : 20 x/m, nadi : 98 x/m, suhu : 36,4⁰C. Analisa : masalah teratasi. Planning : intervensi dihentikan.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada NyD dengan post op sectio ceasarea pada bulan 15-17 Mei 2024 Di RSUD Bangkinang. Maka peneliti akan membahas suatu perbandingan antara teori dan kenyataan yang dimana ditemukan hasil asuhan keperawatan melalui lima tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

PENGKAJIAN

Pengkajian diawali dengan pasien dan keluarga serta membina hubungan saling percaya, sehingga kegiatan studi kasus dapat berjalan dengan lancar. Hal ini ditandai dengan ketertiban dan persetujuan dari pasien dan anggota keluarga untuk menerima peneliti guna untuk membantu keluarga dan pasien dalam menghadapi masalah kesehatan yang terjadi pada pasien.

Dari hasil yang dilakukan maka didapatkan hasil pasien Ny.D dalam keadaan tidak sehat, namun didapatkan data yang abnormal pada saat pengkajian pada Ny. D dimana pada perut bagian bawah dekat tulang kemaluan sakit, suhu tubuh 36,0⁰C, berdasarkan data yang didapat adalah nyeri dengan skala 8, Ny. D juga merasakan berduka karena kehilangan anaknya di usia kehamilan 32 minggu dan adanya tanda resiko infeksi yang ditandai dengan adanya panas dan kemerahan di sekitar luka post op.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berdasarkan hasil dari pengkajian keperawatan maka didapatkan tiga diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan teori yaitu nyeri akut, berduka, resiko infeksi

a. Diagnosa yang muncul

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh peneliti menegakkan diagnosa keperawatan utama adalah nyeri akut yang disebabkan oleh agen pencedera fisiologis, berdasarkan hasil diagnosa dan tinjauan teori didapatkan data sinkron, yang didukung oleh data subjektif pasien mengatakan adanya nyeri di bagian perut bekas operasi SC dengan skala nyeri 8 dengan rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri datang ketika banyak gerak dan bicara, pasien juga mengatakan nyeri terasa hilang timbul. Adapun data objektifnya pasien tampak meringis, pasien tampak lemah, tekanan darah 120/80 mmHg.

Diagnosa kedua yang peneliti temukan adalah berduka berhubungan dengan kematian keluarga. Berdasarkan hasil diagnosa dan tinjauan teori didapatkan kesenjangan karena pada saat pengkajian didapatkan pasien yang KJDK (kematian janin dalam kandungan), yang didukung oleh data subjektif pasien mengatakan merasa sedih karena anaknya meninggal dunia, pasien mengatakan tidak menerima kehilangan anaknya. Adapun data objektif pasien tampak sedih, pasien tampak menangis, pasien tampak murung, pasien tampak sedikit bicara dan emosinya suka tidak terkontrol.

Diagnosa ketiga yang peneliti temukan adalah resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, berdasarkan hasil didiagnoa dan tinjauan teori didapatkan data sinkron, yang didukung oleh data subjektif. Pasien mengatakan mengatakan takut jika luka operasi SC nya menjadi infeksi, pasien mengatakaan takut jika luka post op SCnya terbuka. Data objektif terdapat bekas luka post op SC, tampak ada kemerahan pada area sekitar luka, tekanan darah : 120/80 mmHg, pernapasan :20 x/m, nadi : 80 x/m, suhu : 36⁰C.

b. Diagnosa yang tidak muncul

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 15 Mei 2024, didapatkan hasil bahwa dalam pengkajian tersebut peneliti tidak menemukan beberapa diagnosa keperawatan yang di antaranya: gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054) dan defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi (D.0111). Karena data yang diperoleh tidak menunjukkan adanya tanda-tanda yang mendukung diagnosa keperawatan untuk di tegakkan/dimunculkan.

INTERVENSI KEPERAWATAN

Secara keseluruhan semua intervensi keperawatan yang dibuat sudah dilaksanakan dengan cukup

baik. Pada intervensi tidak ditemukan perbedaan atau kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus. Rencana keperawatan pada diagnosa pertama yaitu dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Observasi : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, identifikasi respon non verbal. Terapeutik berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: teknik tarik napas dalam), fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi jelaskan cara mereda nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologi. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Rencana keperawatan pada diagnosa yang kedua yaitu dengan berduka berhubungan dengan kematian keluarga yaitu: Observasi : identikasi hal yang memicu emosi. Terapeutik fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah dan sedih, kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah. Edukasi : anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami, anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respon yang biasa digunakan. Kolaborasi rujuk untuk konseling, jika perlu.

Rencana keperawatan pada diagnosa ketiga yaitu dengan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. Observasi monitor tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistemik, edukasi jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

IMPLEMENTASI

Implementasi ini akan merumuskan respon terhadap implementasi yang telah dilakukan pada pasien untuk melanjutkan proses keperawatan selanjutnya. Seperti yang ditemukan pada respon hari pertama tindakan keperawatan yaitu pada tanggal 15 Mei 2024 yang belum menunjukkan keberhasilan atau perubahan dalam tindakan keperawatan yang telah dilakukan sehingga implementasi keperawatan tetap dilanjutkan dan dilaksanakan pada tanggal 16-17 Mei 2024. Hal ini dilakukan sampai terjadinya kemajuan atau perubahan dalam proses penyembuhan pasien maka implementasi keperawatan dihentikan. Pada implementasi keperawatan tidak ditemukan perbedaan atau kesenjangan antara tiga diagnosa yang telah diperoleh berdasarkan tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

EVALUASI

Berdasarkan hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk mengatasi tiga diagnosa keperawatan yang telah diperoleh maka pada tahap evaluasi ini telah didapatkan hasil bahwa keadaan pasien mulai membaik. Sehingga pada tahap evaluasi ini tidak ditemukannya kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih saya ucapkan kepada RSUD Bangkinang dan pembimbing Ns. Ridha Hidayat S.Kep, M.Kep

SIMPULAN

1. Pengkajian
Hasil Pengkajian yang dilaksanakan peneliti pada Ny. D sesuai dengan tinjauan teori adanya data pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, hingga evaluasi.
2. Diagnosa keperawatan
Berdasarkan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian penulis dapat menegakkan tiga dari lima diagnosa yang di kemukakan pada tinjauan teori, dan satu diagnosa ditegakkan oleh data-data yang di dapatkan dari pasien. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi, berduka berhubungan dengan kematian keluarga, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.
3. Intervensi
Hasil dari pengkajian dan observasi yang dilakukan pada Ny.D menemukan bahwa pasien mengalami masalah dengan 3 diagnosa keperawatan serta rencana keperawatan SDKI (2017) yang harus dilakukan selama perawatan. Adapun rencana keperawatan yang pertama dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yaitu: manajemen nyeri . Rencana keperawatan pada diagnosa yang kedua yaitu dengan berduka berhubungan dengan kematian keluarga yaitu: dukungan emosional. Rencana keperawatan pada diagnosa ketiga yaitu dengan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer yaitu perawatan luka aseptik.
4. Implementasi keperawatan
Implementasi yang dilaksanakan oleh peneliti sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik pada intervensi keperawatan. Berdasarkan hasil review ulang peneliti mampu melakukan implementasi sesuai intervensi yang disusun mulai dari mengobservasi hingga berkolaborasi.
5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap akhir pada pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan peneliti mendapatkan hasil keperawatan selama 3 hari secara berturut-turut pada Ny.D yang dibuat dalam pengkajian dengan istilah SOAP. Dengan hasil yang didapatkan klien mampu kooperatif pada saat pelaksanaan setiap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga peneliti mendapatkan hasil evaluasi dengan penilaian hasil keperawatan masalah teratasi sehingga perencanaan selanjutnya dihentikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, A. N., & Irdianty, M. S. (2022). Asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri). *Journal Universitas Kusuma HusadaSurakarta*, 2(1), 1–4.
- Alita Octa Ningtias, Iin Aini Isnawati, R. Y. (2023). Pengaruh Kombinasi Relaksasi Nafas Dalam dan Kompres Hangat terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post OP Sectio Caesarea (SC) di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(10), 202–211.
- Amelia., P. (2019). Asuhan kebidanan pada persalinan dan bayi baru lahir. *KonsepDasar Persalinan*, 1–13.
- Cholifah, P. A. K. &. (2019). Konsep Dasar Persalinan. In -.
- Ferinawati, F., & Hartati, R. (2019). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea Dengan Penyembuhan Luka Operasi Di Rsu Avicenna Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 5(2), 318. <https://doi.org/10.33143/jhtm.v5i2.477>
- Juliarti, W., & Ariani, Y. (2017). Gambaran Faktor Indikasi Ibu Bersalin Sectio Ceasarea Di RSUD Arifin Achmad Tahun 2013. *Journal Of Midwifery Science*, 1(2), 66–73. <http://jurnal.univrab.ac.id/index.php/jomis/article/view/201>
- Komarijah, Nurul, dan Yuni Khoirul Waroh. t.t. “Determinan Kejadian Persalinan Sectio Caesarea (Sc Di Rsud Syamrabu Bangkalan.”
- Pragholapati, A. (2020). Effect Of Progressive Muscle Relaxation Technique On Pain In Post Sectio caesarea. *Jurnal Kesehatan Dr. Soebandi*, 8(2), 112–122. <https://doi.org/10.36858/jkds.v8i2.216>
- Purba, R. J. (2019). Prinsip Pengumpulan Data Dalam Melakukan Pengkajian Data Pasien Di Rumah Sakit. In *Prinsip pengumpulan data* (Vol. 2, Issue 3, pp. 77–83).
- Rokan Hilir Provinsi Riau Zulkarnaen, K., Sumarni, T., & Eko Kurniawan, W. (2022). Hubungan Indeks Masa Tubuh dengan StatusHemodinamik Intra Operatif Regional Anestesi padaPasien Sectio Caesarea di Rumah Sakit
- IbundaKabupaten Rokan Hilir Provinsi Riau. Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat, 278–284.
- RSUD Bangkinang. 2023. “Data Persalinan Dengan Sectio Caesarea Di RSUD Bangkinang.”