



ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN POST OP SECTIO CAESAREA DI RSUD BANGKINANG TAHUN 2024

Resa Viona¹, Neneng Fitria Ningsih²

(1,2) Program Studi DIII Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan,
Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

✉ Corresponding author
resaviona3@gmail.com

Abstrak

Persalinan secara *Sectio Caesarea* masih menjadi angka persalinan dengan jumlah yang lebih banyak dibandingkan dengan persalinan secara normal. Pada klien dengan *Post Op SC* banyak permasalahan yang muncul terutama gangguan rasanyaman nyeri. Alasan nyeri terjadi karena adanya luka pada proses pembedahan dengan panjang 13cm dan lebar 0,3 cm. Penelitian studi kasus ini bertujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Post Op SC* di Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang. Metode yang digunakan meliputi data umum, data subjektif, data objektif dan format asuhan keperawatan medikal bedah. Peneliti mendapatkan 3 masalah keperawatan yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka *Post Op SC*, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka *Post Op SC*. Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan maka didapatkan hasil yang cukup baik sehingga diharapkan pasien dan keluarga mampu menerapkan implementasi yang sudah diajarkan.

Kata Kunci: Post Op Sectio Caesarea, Asuhan Keperawatan

Abstract

Birth by Sectio Caesarea still has more births than normal births. In clients with post-op SC, many problems arise, especially pain sensation disorders. The reason the pain occurred was because there was a wound during the surgical process that was 13 cm long and 0.3 cm wide. This case study research aims to carry out nursing care for post-op SC clients at the Bangkinang Regional General Hospital. The methods used include general data, subjective data, objective data, and medical-surgical nursing care formats. Researchers found three nursing problems: acute pain related to physiological injuring agents, activity intolerance related to post-op SC wound pain, and disturbed sleep patterns related to post-op SC wound pain. Based on the nursing actions that have been carried out, quite good results have been obtained, so the patient and family can implement what has been taught.

Keywords: Post Op Sectio Caesarea, Nursing Care

PENDAHULUAN

Persalin merupakan serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran janin yang cukup bulan. Proses persalinan dapat terjadi dengan dua cara yaitu persalinan yang terjadi melalui vagina atau biasa disebut dengan persalinan normal dan persalinan dengan proses pembedahan atau *sectio caesarea* (SC). Persalinan yang terjadi melalui proses *sectio caesarea* (SC) dinamakan persalinan buatan, janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim, yang mana saraf rahim harus dalam keadaan utuh serta mempunyai berat diatas 500 gram (Helmi dan Rasyid 2020)

Persalinan dengan cara SC dapat dilakukan apabila di temukan salah satu dari 3 indikasi berikut ini : pertama yaitu adanya kelainan pada ibu, kedua yaitu adanya kelainan pada bayi dan

yang ketiga adanya kelainan pada jalan lahir atau adanya infeksi pada jalan lahir yang dapat ditularkan kepada bayi (Mispaharianti 2021). Persalinan secara SC memiliki resiko lima kali lebih besar terjadinya komplikasi dibandingkan dengan persalinan normal. Komplikasi yang dapat terjadi seperti pendarahan, infeksi pada luka operasi, infeksi pada rahim, infeksi kandung kemih, infeksi usus yang menjadi penyumbang tersebar pada kematian ibu yaitu sekitar 90%, gangguan traktus urinarius, dan kejadian tromboemboli (Anggria et al., 2022).

Menurut *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2021, kejadian SC di Negara berkembang meningkat pesat. *WHO* telah menetapkan bahwa indikator persalinan SC disetiap negara yaitu antara 10 sampai dengan 15 %. Jumlah persalinan secara SC paling banyak terjadi di Amerika (39,3%), Eropa (25,7%), dan Asia (23,1%). *WHO* juga memprediksi bahwa jumlah persalinan secara SC akan terus mengalami peningkatan hingga tahun 2030 (Sudarsih et al., 2023)

Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2021 jumlah persalinan dengan menggunakan metode SC di Indonesia yaitu sebesar 17,6%. Sedangkan menurut data SDKI 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).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Riau tahun 2021, angka kelahiran dengan SC di Provinsi Riau adalah 38,9% dari seluruh persalinan. Angka persalinan dengan SC paling tinggi adalah di Kota Pekanbaru (47,6%) (Dinas Kesehatan Provinsi Riau, 2021). 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).

Infeksi pada luka operasi atau yang biasanya dikenal dengan infeksi daerah operasi (IDO) merupakan salah satu komplikasi yang muncul setelah dilakukannya proses pembedahan *abdomen* dan infeksi nosokomial yang juga sering terjadi pada pasien bedah termasuk pasien *Post SC*. Faktor penyebab terjadinya IDO adalah kondisi pasien, prosedur operasi, dan perawatan pasca operasi (Juwita t.t., 2020)

Terjadinya infeksi pada pasien *Post SC* merupakan masalah yang serius. Hal ini dapat berpengaruh terhadap masalah klinis dan gejala yang serius seperti meningkatnya angka kesakitan dan kematian pada pasien *Post SC*. Tingkat kematian yang berhubungan dengan IDO berkisar antara 3% sampai 75% di Rumah Sakit seluruh dunia (Juwita t.t., 2020). Menurut (Locke et al., 2013) infeksi yang terjadi pada daerah *Post operasi* dapat disebabkan oleh bakteri *Staphylococcus aureus*, *Enterococci*, *Escherichia coli*, *Klasiella spp*, *Proteus spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, dan *C. perfringens*. Sedangkan menurut Agustina, (2017), faktor resiko yang dapat mempengaruhi IDO adalah mandi preoperasi dan cukur preoperasi (Juwita t.t., 2020).

Berdasarkan survei pendahuluan yang telah penulis lakukan pada klien dengan *Post Sectio Caesarea* di RSUD Bangkinang pada tanggal 17-19 April 2024 maka didapatkan bahwa jumlah kasus *Post SC* pada tiga bulan terakhir ini adalah sebanyak 24 kasus. Penulis juga melakukan wawancara singkat dengan salah satu pasien *Post SC* terkait dengan alasan mengapa pasien tersebut melakukan persalinan secara SC, yaitu karena panggul pada pasien tersebut sempit sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan persalinan secara normal. Apabila tetap dilakukan persalinan normal maka ditakutkan akan terjadi pendarahan berat dan cidera pada rahim.

Saat peneliti melakukan wawancara dengan klien tersebut klien masih berbaring di atas tempat tidur dan tidak dapat duduk ataupun banyak bergerak. Hal ini terjadi karena klien masih merasakan nyeri yang sangat hebat di area luka *Post SC*, klien juga mengatakan meskipun sudah tiga hari dirawat di rumah sakit namun luka bekas *Post SC* masih tetap terasa nyeri. Hal ini tentunya dapat menghambat gerak pada klien sehingga pasien lebih banyak tiduran dan kurang

bergerak. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis ingin meneliti tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post Sectio Caesarea* di RSUD Bangkinang pada tahun 2024”

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode yang meliputi data umum, data kusus, data subjektif, data objektif, serta menggunakan format asuhan keperawatan keluarga. Penelitian ini dilakukan pada satu orang klien yang bernama Ny.A dan berumur 25, yang beralamat di desa Suram Kecamatan Tapung Hulu, berjenis kelamin perempuan pakerjaan sebagai ibu rumah tangga, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, golongan darah O, dengan *Post Op Sectio Caesarea* pada hari senin tanggal 3 Juni jam 19.20 Wib di Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang tahun 2024. Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 04-06 Juni 2024.

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah format asuhan keperawatan medical bedah dan semua peralatan untuk pemeriksaan fisik. Dimana alat tersebut terdiri dari stetoskop, termometer, tensimeter, reflex hammer, handschoon bersih, buku catatan perawat, meteran. Setelah seluruh data dikumpulkan maka dilakukan analisa data dan memprioritaskan masalah berdasarkan kebutuhan paling dasar pada klien.

HASIL PENELITIAN

Table 1. Analisa Data

Symptoms	Aetiology	Problem
Ds: -Klien mengatakan nyeri pada luka Post Op dibawah perut dengan skala nyeri 8 P: Pasien mengatakan nyeri meningkat saat banyak bergerak Q: Pasien mengatakan terkadang nyeri seperti ditusuk tusuk R: Pasien mengatakan nyeri berfokus pada daerah luka bekas <i>Post SC</i> S: Pasien mengatakan skala nyeri 8 T: Nyeri terasa hilang timbul Do: -Klien tampak meringis -Klien tampak Melisa -TD: 130/87 mmHg -N: 110x/m -S: 36,7°C -P: 22x/m	Agen pencedera fisiologis (proses pembedahan)	Nyeri Akut (D.0077)
Ds: -Klien mengatakan susah untuk beregrak dan bangun dari tempat tidur karena rasa nyeri yang dirasakan Do: -Klien tampak lemah -Klien tampak hanya berbaring diatas tempat tidur	Nyeri Post Op Sectio Caesarea	Intoleransi Aktivitas (D.0056)

-TD: 130/87 mmHg
-N: 110x/m
-S: 36,7°C
-P: 22x/m

Ds: -Klien mengatakan susah tidur -Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari Do: -Terdapat mata panda -TD: 130/87 mmHg -N: 110x/m -S: 36,7°C -P: 22x/m	Nyeri Post Op Sectio Caesarea	Gangguan Pola Tidur (D.0058)
---	--------------------------------------	-------------------------------------

Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (prosedur pembedahan) (D.0077)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri *Post Op SC* (D.0056)
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri *Post Op SC* (D.0058)

Intervensi Keperawatan

Diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (proses pembedahan). Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi utama yang diterapkan yaitu manajemen nyeri, yang pertama observasi dengan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri. Selanjutnya kita kaji tentang faktor yang dapat memperberat nyeri dan memperingan nyeri. Pada terapeutik yaitu berikan posisi yang nyaman bagi klien, berikan teknik non farmakologis dengan tarik nafas dalam dan teknik distraksi visual (melihat bayinya). Selanjutnya pada tahap edukasi jelaskan kepada klien bagaimana cara mengontrol nyeri dengan cara non farmakologi seperti yang sudah diterapkan diawal serta kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Diagnosa yang kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri *Post Op SC*. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan intoleransi aktivitas dapat meningkat dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, keluhan lemah menurun. Intervensi utama yang diterapkan yaitu manajemen energi, yang pertama observasi dengan identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelemahan, monitor kelemahan fisik dan kondisi emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Pada terapeutik yaitu sediakan lingkungan yang nyaman bagi klien (cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan gerak pasif atau aktif (mika miki setelah 6-10 jam selesai operasi, jika sudah bisa duduk maka dianjurkan untuk latihan jalan), berikan aktivitas yang distraksi dan menenangkan, fasilitasi klien untuk duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Selanjutnya pada tahap edukasi jelaskan kepada klien tentang cara melakukan aktivitas secara bertahap, jelaskan kepada pasien tentang cara melakukan gerak aktif atau pasif yang sudah dilakukan seperti diawal dan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan pada klien.

Diagnosa yang ketiga yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri *Post Op SC*. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi utama

yang diterapkan yaitu manajemen pola tidur yang pertama observasi dengan indentifikasi pola aktivitas dan tidur, indentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), indentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal the, kopi, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). Pada terapeutik yaitu modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu), batasi waktu tidur siang jika perlu, fasilitasi penghilang stress sebelum tidur, tetapkan jadwal rutin tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan misalnya dengan mengatur posisi. Selanjutnya pada tahap edukasi jelaskan kepada klien pentingnya waktu tidur yang cukup, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur misalnya faktor psikologis, ajarkan terapi non farmakologis untuk meningkatkan kualitas tidur yaitu dengan mendengarkan terapi murottal dan memberikan aroma terapi

Implementasi Keperawatan

Dx: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (prosedur pembedahan) (D.0077)

Tanggal 04 Juni 2024

Data subjektif: klien mengeluhkan nyeri pada bagian *Post Op SC*.

Data objektif : skala nyeri 8, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, TD : 130/87 mmHg, N : 110x/m, S : 36,7°C, P : 22x/m. **Action** : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, menganjurkan pasien untuk mengatur posisi yang nyaman agar dapat mengurangi nyeri serta menyediakan lingkungan yang tenang untuk klien, kolaborasi dalam pemberian analgetik jika perlu. Respon: Ds: Klien mengatakan masih merasakan nyeri, Do: Klien tampak meringis dan gelisah.

Tanggal 05 Juni 2024

Data subjektif: klien mengeluhkan nyeri pada bagian *Post Op SC*.

Data objektif: skala nyeri 7, klien tampak masih meringis dan gelisah, TD: 110/70 mmHg, N: 90x/m, S: 36,7°C, P : 20x/m.

Action: mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, anjurkan klien untuk tidur pada siang dan malam hari, anjurkan pasien untuk mengatur posisi yang nyaman agar dapat mengurangi nyeri serta menyediakan lingkungan yang tenang untuk klien.

Respon: Ds: klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, Do: klien tampak masih meringis dan sedikit gelisah.

Tanggal 06 Juni 2024

Data subjektif: klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian *Post Op* ketika banyak bergerak

Data objektif: klien masih tampak meringis sesekali pada saat bangun dari tempat tidur, skala nyeri 5, TD: 130/70 mmHg, N: 86x/m, S: 36,5°C, P: 20x/m. Action: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas, mengidentifikasi skala nyeri, menganjurkan klien untuk beristirahat. Respon: Ds: klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan klien merasa sudah lebih nyaman, Do: klien tampak sudah lebih tenang, tapi nyeri terkadang masih terasa saat beraktivitas

Dx: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri *Post Op Sectio Caesarea* (D.0056)

Tanggal 04 Juni 2024

Data subjektif: klien mengatakan susah untuk bergerak dan bangun dari tempat tidur

Data objektif: klien tampak lemah, klien tampak hanya berbaring di tempat tidur, TD: 130/87 mmHg, N : 110x/m, S : 36,7°C, P : 22x/m. Action : mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelemahan, monitor kelemahan fisik dan kondisi emosional, monitor lokasi dan

ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Respon: klien mengatakan merasa lemas untuk melakukan aktivitas, klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur dan untuk duduk atau beraktivitas dibantu oleh keluarga, klien juga sering terbangun pada malam hari.

Tanggal 05 Juni 2024

Data subjektif: Klien mengatakan semua aktivitas masih dilakukan di atas tempat tidur, klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri tanpa dibantu keluarga

Data objektif: Klien masih tampak lemah, TD: 110/70 mmHg, N: 90x/m, S: 36,7°C, P: 20x/m.

Action : monitor kelemahan fisik dan kondisi emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Respon: klien mengatakan terkadang masih lemas, klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri tanpa dibantu, klien mengatakan sudah bisa berjalan meskipun cuma sebentar.

Tanggal 06 Juni 2024

Data subjektif: klien mengatakan terkadang masih merasa lemas

Data objektif: pasien tampak sudah bisa banyak bergerak meskipun sesekali masih dibantu keluarga, TD 130/70 mmHg, N: 86x/m, S: 36,5°C, P : 20x/m. Action : monitor kelemahan fisik.

Respon: klien mengatakan sesekali masih merasa lemas namun sudah bertenaga dibandingkan dengan sebelumnya, klien sudah mampu untuk duduk dan berjalan sendiri tanpa dibantu keluarga

Dx: Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri Post Op SC

Tanggal 04 Juni 2024

Data subjektif: klien mengatakan susah tidur, klien mengatakan sering terbangun pada malam hari

Data objektif: Terdapat mata panda, TD : 130/87 mmHg, N : 110x/m, S : 36,7°C, P : 22x/m. Action : mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (missal the, kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). Respon : klien mengatakan masih susah untuk tidur, klien mnegatakan masih sering terbangun pada malam hari, klien mengatakan tidak cukup istirahat pada saat malam hari.

Tanggal 05 Juni 2024

Data subjektif : klien mengatakan sudah mulai bisa untuk tidur, klien mnegatakan masih sering terbangun pada malam hari

Data objektif : terdapat mata panda, TD : 110/70 mmHg, N : 90x/m, S : 36,7°C, P : 20x/m. Action : mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Respon : klien mengatakan sudah mulai bisa tidur meskipun terkadang masih terbangun dimalam hari.

Tanggal 06 Juni 2024

Data subjektif : klien mengatakan tidur sudah mulai nyenyak meskipun sesekali masih terbangun

Data objektif : terdapat mata panda, TD 130/70 mmHg, N : 86x/m, S : 36,5°C, P : 20x/m. Action : mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Respon : klien mengatakan tidur sudah nyenyak dan terbangun pada malam hari sudah jarang.

Evaluasi Keperawatan

Tabel 2. Evaluasi Keperawatan

Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa 4 Juni 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (prosedur pembedahan) (D. 0077)	S: klien mengeluhkan nyeri pada bagian <i>Post Op SC</i> O: skala nyeri 8, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, TD: 130/87 mmHg, N: 110x/m, S : 37,6°C, P : 22x/m A: samalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas, mengidentifikasi skala nyeri,

		mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, anjurkan klien untuk tidur pada siang dan malam hari, anjurkan pasien untuk mengatur posisi yang nyaman agar dapat mengurangi nyeri serta menyediakan lingkungan yang tenang untuk klien.
Rabu 5 Juni 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (prosedur pembedahan) (D. 0077)	S : klien mengeluhkan nyeri pada bagian <i>Post Op SC</i>. O : skala nyeri 7, klien tampak masih meringis dan gelisah, TD : 110/70 mmHg, N : 90x/m, S : 36,7°C, P : 20x/m. A : masalah keperawatan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan dengan mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, anjurkan klien untuk tidur pada siang dan malam hari, anjurkan pasien untuk mengatur posisi yang nyaman agar dapat mengurangi nyeri serta menyediakan lingkungan yang tenang untuk klien
Kamis 6 Juni 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (prosedur pembedahan) (D. 0077)	S : klien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman O : klien masih tampak meringis sesekali pada saat bangun dari tempat tidur, skala nyeri 4, TD : 130/70 mmHg, N : 86x/m, S : 36,5°C, P : 20x/m A : masalah keperawatan teratasi P : intervensi dihentikan.
Selasa 4 Juni 2024	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri <i>Post Op Sectio Caesarea</i> (D.0056)	S : klien mengatakan susah untuk bergerak dan bangun dari tempat tidur O : klien tampak lemah, klien tampak hanya berbaring di tempat tidur, TD : 130/87 mmHg, N : 110x/m, S : 36,7°C, P : 22x/m

			A : masalah keperawatan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelemahan, monitor kelemahan fisik dan kondisi emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.
Rabu 5 Juni 2024	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri <i>Post Op Sectio Caesarea</i> (D.0056)		S : Klien mengatakan semua aktivitas masih dilakukan di atas tempat tidur, klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri tanpa dibantu keluarga O : Klien masih tampak lemah, TD : 110/70 mmHg, N : 90x/m, S : 36,7°C, P : 20x/m A : masalah keperawatan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan dengan memonitor kelemahan fisik dan kondisi emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.
Kamis 6 Juni 2024	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri <i>Post Op Sectio Caesarea</i> (D.0056)		S : klien mengatakan terkadang masih merasa lemas O : klien tampak sudah bisa banyak bergerak meskipun sesekali masih dibantu keluarga, TD 130/70 mmHg, N : 86x/m, S : 36,5°C, P : 20x/m A : masalah keperawatan teratasi P : intervensi dihentikan.
Selasa 4 Juni 2024	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka <i>Post Op SC</i> (D.0058)		S : klien mengatakan susah tidur, klien mengatakan sering terbangun pada malam hari O : Terdapat mata panda, TD : 130/87 mmHg, N : 110x/m, S : 36,7°C, P : 22x/m A : masalah keperawatan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal teh, kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur).

Rabu 5 Juni 2024	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka <i>Post Op SC</i> (D.0058)	S : klien mengatakan sudah mulai bisa untuk tidur, klien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari O : terdapat mata panda, TD : 110/70 mmHg, N : 90x/m, S : 36,7°C, P : 20x/m. A : masalah keperawatan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur.
Kamis 6 Juni 2024	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka <i>Post Op SC</i> (D.0058)	S : klien mengatakan tidur sudah mulai nyenyak meskipun sesekali masih terbangun O : terdapat mata panda, TD : 130/70 mmHg, N : 86x/m, S : 36,5°C, P : 20x/m A : masalah keperawatan teratasi P : intervensi dihentikan

PEMBAHASAN

Penulis dapat menguraikan kesamaan maupun perbedaan antara teori dan hasil penelitian dalam bentuk studi kasus pada pelaksanaan asuhan keperawatan bagi pasien dengan diagnosa medis *Post Op Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang tahun 2024 yang dirangkai melalui asuhan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pengkajian yang dilaksanakan mulai dari pengumpulan data sampai pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada tanggal 4-6 Juni 2024 di Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang yang dimulai dengan memperkenalkan diri, kontrak dengan klien dan permintaan persetujuan dari responden yang bermaksud untuk melakukan pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan kepada klien dengan cara transparan, jelas dan kerjasama yang baik.

Pengkajian

a. Identitas

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, maka didapatkan beberapa perbedaan antara tinjauan kasus dengan teori, dimana saat pengkajian peneliti melakukan pengkajian sesuai dengan keadaan yang ada dilapangan.

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada bagian luka *Post Op Sectio Caesarea* dengan skala nyeri 8, nyeri terkadang seperti ditusuk-tusuk.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga klien baik, keluarga klien tidak memiliki riwayat penyakit turunan atau penyakit menahun.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian keperawatan yang telah dilakukan maka penulis menemukan 2 diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien sesuai dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka *Post Op Sectio Caesarea*. Dimana yang didukung oleh data sebagai berikut :

a. Diagnosa yang muncul

Berdasarkan data pengkajian yang telah diperoleh maka penulis menegakkan diagnosa keperawatan yang utama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis, berdasarkan hasil diagnosa dan tinjauan teori maka ditemukan persamaan yang didukung oleh data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri pada luka bekas *Post Op SC* dengan skala nyeri 8, dengan rasa nyeri yang terkadang seperti ditusuk-tusuk, nyeri dating ketika klien banyak bergerak, klien juga mengatakan nyeri terasa hilang timbul. Adapun data objektifnya adalah klien tampak meringis, gelisa, TD 130/87 mmHg, N 110x/m, P 22x/m.

Berdasarkan diagnosa keperawatan kedua yang penulis temukan adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka pada *Post Op Sectio caesarea*, berdasarkan hasil diagnosa dan tinjauan teori maka ditemukan persamaan yang didukung oleh data subjektif klien mengatakan susah untuk bergerak dan bangun dari tempat tidur. Adapun data objektifnya adalah klien tampak lemah, klien tampak hanya berbaring diatas tempat tidur, TD 130/87 mmHg, N 110x/m, P 22x/m.

Berdasarkan diagnosa keperawatan ketiga yang penulis temukan adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri *Post Op Sectio Caesarea*, berdasarkan hasil diagnosa dan tinjauan teori maka ditemukan kesenjangan karena pada saat pengkajian pada klien didapatkan bahwa klien mengeluhkan susah tidur, sering terbangun pada malam hari, kurang istirahat, terdapat mata panda, TD 130/87 mmHg, N 110x/m, P 22x/m.

b. Diagnosa yang tidak muncul

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 4-6 Juni maka didapatkan hasil bahwa dalam pengkajian tidak ditemukan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan teoritis karena tidak adanya data penunjang untuk menegakkan diagnosa tersebut. Diagnosa yang tidak muncul diantaranya: Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Intervention

Berdasarkan susunan konsep dasar keperawatan kepada klien sesuai dengan permasalahan utama yang ditemukan, karena tidak semua rencana keperawatan pada teori yang dapat ditegakkan. Berdasarkan hasil pengkajian dan observasi terhadap Ny. A ditemukan 3 masalah utama yang memerlukan tindakan keperawatan. Oleh karena itu, rencana keperawatan telah disusun untuk dilaksanakan selama proses perawatan.

Rencana keperawatan pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis yaitu, observasi dengan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri. Selanjutnya kita kaji tentang faktor yang dapat memperberat nyeri dan memperingan nyeri. Pada terapeutik yaitu berikan posisi yang nyaman bagi klien, berikan teknik non farmakologis dengan tarik nafas dalam dan teknik distraksi visual (melihat bayinya). Selanjutnya pada tahap edukasi jelaskan kepada klien bagaimana cara mengontrol nyeri dengan cara non farmakologi seperti yang sudah di terapkan diawal serta kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Rencana keperawatan pada diagnosa yang kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka *Post Op Sectio Caesarea* yaitu, observasi dengan identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelemahan, monitor kelemahan fisik dan kondisi emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Pada terapeutik yaitu sediakan lingkungan yang nyaman bagi klien (cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan gerak pasif atau aktif (mika miki setelah 6-10 jam selesai operasi, jika sudah bisa duduk maka dianjurkan untuk latihan jalan), berikan aktivitas yang distraksi dan menenangkan, fasilitasi klien untuk duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Selanjutnya pada tahap edukasi jelaskan kepada klien tentang cara melakukan aktivitas secara bertahap, jelaskan kepada pasien tentang cara melakukan gerak aktif atau pasif yang sudah dilakukan seperti diawal dan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan pada klien.

Rencana keperawatan pada diagnosa yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri luka *Post Op Sectio Caesarea* yaitu observasi dengan indentifikasi pola aktivitas dan tidur, indentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), indentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal the, kopi, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). Pada terapeutik yaitu modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu), batasi waktu tidur siang jika perlu, fasilitasi penghilang stress sebelum tidur, tetapkan jadwal rutin tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan misalnya dengan mengatur posisi. Selanjutnya pada tahap edukasi jelaskan kepada klien pentingnya waktu tidur yang cukup, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur misalnya faktor psikologis, ajarkan terapi non farmakologis untuk meningkatkan kualitas tidur yaitu dengan mendengarkan terapi murottal dan memberikan aroma terapi.

Dari penelitian dan teori terdapat perbedaan yang signifikan antara kerangka teoritis dengan temuan analisis kasus dilapangan, intervensi dilapangan tentunya disesuaikan dengan kebutuhan yang dibutuhkan oleh klien.

Implementasi

Setelah intervensi selesai, langkah berikutnya adalah melaksanakan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Dimana Ny.A menerima tindakan keperawatan sebagai berikut : Diagnosa keperawatan yang pertama dengan implementasi : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, menganjurkan pasien untuk mengatur posisi yang nyaman agar dapat mengurangi nyeri serta menyediakan lingkungan yang tenang untuk klien, kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.

Diagnosa keperawatan yang kedua dengan implementasi: mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelemahan, monitor kelemahan fisik dan kondisi emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Diagnosa keperawatan yang ketiga dengan implementasi: indentifikasi pola aktivitas dan tidur, indentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), indentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal the, kopi, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). Pada terapeutik yaitu modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu), batasi waktu tidur siang jika perlu, fasilitasi penghilang stress sebelum tidur, tetapkan jadwal rutin tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan misalnya dengan mengatur posisi, ajarkan terapi non farmakologis untuk meningkatkan kualitas tidur yaitu dengan mendengarkan terapi murottal dan memberikan aroma terapi.

Dari analisis kasus dan teori ditemukan perbedaan pada implementasi keperawatan yang ketiga, dimana di dalam tinjauan teori tidak ada ditegaskan diagnosa yang ketiga, sementara berdasarkan hasil pengkajian dilapangan maka didapatkan data pendukung untuk ditegakkannya diagnosa yang ketiga.

Evaluasi

Berdasarkan hasil dari implementasi yang diterima oleh Ny. A dan kerjasama peneliti dengan tenaga kesehatan RSUD Bangkinang, penelitian ini dilakukan pada klien dengan diagnosa medis *Post Op Sectio Caesarea* selama 3 hari berturut-turut yaitu dimulai dari tanggal 4-6 Juni 2024 yang dimulai dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada hasil evaluasi dari ketiga diagnosa yang diangkat didapatkan hasil sesuai dengan yang diharapkan dimana masalah menurun dan dipertahankan. Hasil pada tanggal 6 Juni 2024 menunjukkan tiga diagnosa yang telah ditetapkan sebagai berikut:

Pada hasil evaluasi diagnosa pertama klien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman dengan skala nyeri 4. Namun klien masih tampak meringis sesekali ketika bangun dari tempat tidur. Setelah menyelesaikan asuhan keperawatan kami mempertahankan rencana keperawatan yang telah disusun.

Pada hasil evaluasi diagnosa kedua klien mengatakan terkadang masih merasa lemas, klien tampak sudah bisa banyak bergerak meskipun sesekali masih dibantu keluarga. Setelah menyelesaikan asuhan keperawatan kami mempertahankan rencana keperawatan yang telah disusun.

Pada hasil evaluasi diagnosa yang ketiga klien mengatakan sudah mulai bisa tidur dengan nyenyak meskipun sesekali masih terbangun pada malam hari. Setelah menyelesaikan asuhan keperawatan kami mempertahankan rencana keperawatan yang telah disusun.

KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan penelitian, pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. A dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* di RSUD Bangkinang, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan beserta saran yang dapat dimanfaatkan dalam program meningkatkan taraf asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Post Op Sectio Caesarea* di RSUD Bangkinang, maka penulis dapat memaparkan beberapa kesimpulan yang terdiri dari :

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. A sesuai dengan tinjauan teori yang dimana adanya data pengkajian, analisis data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan maka penulis menegakkan dua dari lima diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam tinjauan teori dan satu diagnosa yang ditegakkan dari data-data yang didapatkan dari klien.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang disusun bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan berdasarkan keluhan klien dan hasil pengamatan sehingga mendapatkan 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan. Sehingga peneliti dapat menyusun rencana tindakan keperawatan yang terdiri dari observasi, edukasi, terapeutik dan kolaborasi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilaksanakan oleh peneliti sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik pada intervensi keperawatan. Berdasarkan hasil riviw ulang peneliti mampu melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang disusun yakni mulai dari mengobservasi sampai dengan kolaborasi.

5. Evaluasi keperawatan

Pada tahap akhir pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan peneliti mendapatkan hasil keperawatan selama 3 hari secara berturut-turut pada Ny. A yang dibuat dalam pengkajian dengan istilah SOAP. Dimana hasil yang didapatkan bahwa 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 dipertahankan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih saya ucapkan kepada Kepla Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang dan Pembimbing saya Ibu Ns. Neneng Fitria Ningsih, S. Kep. M. Biomed

DAFTAR PUSTAKA

- Anggria, Vevi Delta. 2022. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.O dengan Post SC."
- Dinas Kesehatan Provinsi Riau. 2021. "Data Angka Kelahiran Melalui Post Sectio Caesarea."
- Hakim, Farina Atpunnisa. t.t. "Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Prodi D-III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung."
- Helmi, Nurhelmi, dan Zulmeriza Rasyid. 2020. "Determinan Persalinan Sectio Caesarea Pada Ibu Bersalin Di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2019." *Jurnal Kesehatan Komunitas* 6(1):115-21. doi: 10.25311/keskom.Vol6.Iss1.403.
- Hidayati, Rahma. 2019. "Teknik Pengumpulan Data Auskultasi."
- Juwita, Zeva. t.t. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi Post Sectio Caesarea."
- Komarjah, Nurul, dan Yuni Khoirul Waroh. t.t. "Determinan Kejadian Persalinan Sectio Caesarea (Sc) Di Rsud Syamrabu Bangkalan."
- Lestari, Icha Dian. 2022. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Rshd Harapan Dan Doa Kota Bengkulu".
- Mispaharianti, Eka Juliana. 2021. "Gambaran Persalinan Secara Sectio Caesarea Di Rsud Dr.Rm.Pratomo Bagan Siapiapi Tahun 2021."
- M.makbul, Andi Setiawan, Anik Inayati, dan Senja Atika Sari. 2023. "Penerapan Terapi Murottal Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Op. Appendiktomi." *Jurnal Cendikia Muda* 3:55-61.
- Rahmawati, Agustini Liviana Dwi, dan Nada Nailah. t.t. "Studi Kasus Deskriptif Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD)." 7.
- RSUD Bangkinang. 2023. "Data Persalinan Dengan Sectio Caesarea Di RSUD Bangkinang."
- SDKI. 2018. *Standar diagnosa keperawatan indonesia*. 2018 ed.
- SDKI. 2018. *Standar intervensi keperawatan indonesia*. 2018 ed.
- SDKI. 2018. *Standar luaran keperawatan indonesia*. 2018 ed.
- Sudarsih, Irwan. 2023. "Volume 5 Nomor 4, November 2023 e-ISSN 2715-6885; p-ISSN 2714-9757 <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>." 5(4).