

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian ini mulai dilakukan pada hari sabtu, tanggal 01 Juli 2024 pada jam 14.00 WIB di ruang Dahlia RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi secara Alloanamnesa dan Autoanamnesa.

1. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. S
Agama : Islam
Umur : 31 Tahun
Alamat : Ngerebo 05/ 01 Kedungrejo Purwodadi
Pendidikan : -
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Tanggal Masuk : 06 April 2024
Dx. Masuk : *Sectio caesarea* indikasi *Pre Eklamsia* Berat (PEB)
No. RM : 00610531

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn.P
Agama : Islam
Umur : 29 Tahun
Alamat : Ngerebo 05/ 01 Kedungrejo Purwodadi
Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Petani

Hub, dengan klien : Suami

2. KELUHAN UTAMA

Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka akibat operasi
Sectio Caesarea

3. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan dari jam 21.00 WIB perutnya sudah terasa kejang-kejang dan di bawa ke puskesmas nambuhan jam 23.00 WIB dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 177/111 mmHg, N: 85x/menit, S: 36,5 C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%,TFU: 24cm, DJJ: 136x/menit, sudah terpasang infus RL 20 tpm,oksigen nasal canul 3 lpm, MGSO4 1g melalui iv, belum ada pembukaan sampai jam 24.15 WIB kemudian dirujuk ke RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

Klien tiba di IGD pada jam 01.00 WIB dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 169/100 mmHg, N: 93, S: 36,6 C, SPO2: 96%, RR: 20x/menit, sudah terpasang infus RL 20 tpm,oksigen nasal canul 3 lpm, dan di pindah ke ruang VK jam 01.30 WIB dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 179/99mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5C, SPO2: 100%, HIS: 1x10/10, DJJ: 141, TFU: 25 cm, pembukaan

1. Klien mengeluh perutnya terasa nyeri dan kejang-kencang,tampak meringis, tekanan darah masih tinggi, sehingga klien dianjurkan untuk

melahirkan secara *section caesarea*. *Section caesrea* di lakukan pada tanggal 1 juli 2024 jam 11.55 WIB sampai jam 12.30 WIB.

Klien langsung di pindah pada jam 13.00 ke ruangan dahlia untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut dengan hasil pengkajian klien mengatakan nyeri pada luka post section caesarea di perut, nyeri seperti di sayat-sayat secara terus menerus, klien tampak lemas, meringis, bersifst protektif menghindari nyeri, gelisah, gelisah, dan hasil tanda-tanda vital TD: 161/103 mmHg, N: 127x/menit, SPO2: 96%, RR: 24x/menit, S: 36,2C.

P : Luka post operasi

Q : Seperti di sayat-sayat*

R : abdomen bagian bawah kuadran 3 dan 4

S : 7

T : Hilang timbul

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan ini kehamilan pertamanya. Pada kehamilan pertama klien melahirkan secara SC dengan indikasi *pre eklamsia* berat pada usia kehamilan 38 minggu. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit keturunan hipertensi, dan tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya mempunyai penyakit keturunan hipertensi dan tidak memiliki penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, hepatitis.

4. RIWAYAT PERNIKAHAN

Klien mengatakan menikah satu kali, pernikahan pada usia 30 tahun lama pernikahan 2 tahun, dengan status pernikahan yang sah secara agama dan Negara.

5. RIWAYAT KEHAMILAN

a. Pasien mengatakan ini kehamilan pertama

b. Status G1P0A0

Tabel 3.1 Riwayat Persalinan.

Tahun	Tempat bersalin		Usia	Jenis persalinan	Penolong	Jenis kelamin	BB	PB	Ket
2024	RSUD	Dr.R	38	SC	Dokter	P	2300	46	Sehat
	Soedjati		Minggu				gr	cm	
	Soemodiardjo								
	Purwodadi								

c. Pemeriksaan ANC

Pasien mengatakan selama kehamilan trimester 1 dan trimester 2 tidak mengalami mual, muntah, pada trimester 3 klien mengatakan mengalami kenaikan nafsu makan. Klien mengatakan memeriksakan sebanyak 8 kali di bidan dan dokter. Trimester 1 sebanyak 2 kali, trimester 2 sebanyak 3 kali, trimester 3 sebanyak 3 kali.

d. Keluhan selama kehamilan baik fisik maupun psikologi pasien

Pasien mengatakan kehamilan ini yang pertama dan sedikit cemas karena tidak tepat HPL.

e. Upaya untuk mengatasi keluhan dan pengobatan

Pasien mengatakan rajin memeriksakan kehamilannya serta berkonsultasi mengenai proses persalinan yang baik nanti secara normal maupun secara operasi

6. RIWAYAT PERSALINAN

a. Riwayat persalinan yang lalu

Klien mengatakan bahwa ini adalah persalinan pertamanya.

b. Riwayat persalinan saat ini

Klien mengatakan ini adalah persalinann dan nifas yang pertama.

Riwayat persalinan saat ini

1) Timbulnya HIS

Klien mengatakan perut terasa kencang-kencang pada 30 juni 2024. Kemudian saat di VK dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 179/99mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5C, SPO2: 100%, HIS: 1x10/10, DJJ: 141, TFU: 25 cm, pembukaan 1. kemudian klien di pindah ke ruang operasi jam 11.55 WIB.

2) Lama persalinan

Pada persalinan *sectio caesaria* berlangsung sekitar 35 menit dari pukul 11.55 WIB sampai 12.30 WIB.

3) Tidak dilakukan episiotomy

- 4) Kondisi perinium dan sekitar vagina utuh
- 5) Pengeluaran plasenta kurang lebih 5 menit.
- 6) Dilakukan anastesi, karena persalinan secara *sectio caesarea* dengan menggunakan anastesi spinal.
- 7) Jumlah perdarahan sekitar 200 cc.

c. Riwayat psikososial kultural

1) Pola koping

Klien mengatakan hubungannya dengan suami dan keluarga besarnya baik, klien mengatakan selalu membicarakan masalahnya secara musyawarah dengan keluarga dan memberi solusi yang terbaik bersama-sama keluarga, klien juga selalu mendapatkan dukungan dari keluarganya.

2) Kultur yang dianut

Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada pantangan apapun setelah melahirkan, seperti tidak boleh makan telur dan sebagainya.

7. DATA INFANT

- a. Jenis kelamin : Perempuan
- b. BB : 2300 gram
- c. PB : 46 cm
- d. Bayi lahir dengan *sectio caesaria*, APGAR score 8-9-10

Tabel 3.2 Kriteria Penilaian APGAR score

Apgar	1 menit	5 menit	10 menit	Harga normal
Denyut jantung	2	2	2	2
Pernafasan	2	2	2	2
Tonus otot	1	1	2	2
Peka rangsangan	2	2	2	2
Warna	1	2	2	2
Jumlah	8	9	10	10

- e. Saat lahir bayi menangis
- f. Ada reflek sucking, rooting
- g. Tidak ada kelainan konginetal
- h. Rencana diberikan ASI

8. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil selalu memeriksakan kadunganya ke bidan, dan dokter kandungan. Karena klien berpikir kalau dengan memeriksakan kandungannya klien bisa mengetahui perkembangan janin yang di kandungnya.

Saat dikaji : Klien mengatakan senang karena bayinya lahir dengan sempurna tidak cacat.

b. Pola nutrisi dan metabolic

Selama hamil : Klien mengatakan makan 3x sehari sehari dengan komposisi nasi, lauk, sayur, dan

kadang-kadang buah, minum $\pm$ 6-9 gelas yang berukuran 200 cc/hari.

Saat dikaji : Klien mengatakan makan 3x sehari habis $\frac{1}{2}$ porsi dari makanan yang disediakan dirumah sakit. Dan minum air putih 2-3 gelas/hari.

Clinis/ klinikal sign

1) Antropometri : TB : 155 cm

BB : 63 kg

$IMT = BB/TB^2$

$63 \text{ kg} / 1,55 \text{ m}^2 = 40,6 \text{ kg} / \text{m}^2$

2) Biomedikal : Hemoglobin : 12.8 g/dl

Leukosit : 9440 /ul

Trombosit : 179000 /ul

Eritrosit : $4.44 \cdot 10^6 / \text{uL}$

3) Klinikal : Penyebaran rambut merata, gigi lengkap, mukosa lembab, mata simetris.

4) Diet : Nasi, makanan tinggi protein, tinggi serat dan buah-buahan.

c. Pola eliminasi

Selama hamil : Klien mengatakan mengatakan sebelum sakit/melahirkan biasanya BAB 1 kali sehari, konsistensi lunak, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 5-8x sehari.

Saat dikaji : Klien mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit BAB 1x sebelum operasi, dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, klien terpasang kateter, urin 1000 cc, konsistensi cair, berwarna kuning keruh bercampur darah.

d. Pola istirahat tidur

Selama hamil : Klien mengatakan selama masa kehamilan tidur malam pukul 20.00 WIB, sampai dengan pukul 04.00 WIB, klien tidur 8-9 jam.

Saat dikaji : Klien mengatakan setelah melahirkan sulit tidur, klien tidur $\pm$ 5 jam bangun saat merasa nyeri, tampak meringis dan bayinya menangis.

e. Pola aktivitas dan latihan

Selama hamil : Klien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain seperti saat makan, minum, toileting, berpakaian dan berhias.

Saat dikaji : Klien mengatakan nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergaerak, aktivitas dibantu keluarga saat ganti baju, pasien disibin 2 kali sehari pagi dan sore, pasien belum berani banyak bergerak hanya bisa miring kanan dan kiri yang lain di bantu oleh keluarga dan perawat.

Tabel 3.3 Pengkajian Aktivitas dan Latihan

No	Aktivitas	0	1	2	3	4
1.	Makan	√				
2.	Mandi		√			
3.	Berpakain		√			
4.	Eliminasi		√			
5.	Mobilisasi		√			

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Di bantu orang lain

2 : Di bantu alat

3 : Di bantu orang lain dan alat

4 ; Tergantung total

Kesimpulan : Klien mengatakan aktivitasnya di bantu sebagian oleh keluarganya seperti berpakain, mandi, eliminasi dan mobilisasi dan mengatakan nyeri saat bergerak, skala nyeri 7 klien belum bisa miring kanan dan kiri.

f. Pola persepsi dan kognitif

Selama hamil : Klien dapat berbicara dengan baik dan jelas, berespon baik.

Saat di kaji : Klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan baik, intensitas komunikasi lemah, klien sudah mengetahui teknik menyusui yang benar dan cara merawat bayi, adaptasi psikologisnya sudah baik.

g. Pola konsep diri

Selama hamil : Klien mengatakan perannya sebagai seorang istri, pasien bersyukur atas kelengkapan anggota tubuhnya yang diberikan tuhan kepadanya, klien merasa badannya sehat, terkadang sakit seperti demam.

Saat dikaji : Klien merasa senang bisa melahirkan bayinya dengan selamat walaupun dilakukan *sectio caesarea*.

1) Body image

Klien mengatakan perutnya belum bisa kembali seperti saat sebelum hamil.

2) Harga diri

Klien merasa senang karena sudah melahirkan seorang bayi perempuan.

3) Ideal diri

Klien merasa sehat dan keadaannya membaik sehingga ingin cepat pulang dan merawat bayinya di rumah.

4) Peran diri

Klien mengatakan hanya berperan sebagai istri dan ibu rumah tangga.

Tahap perubahan psikologis pada ibu yaitu :

a) Taking in

Klien mengatakan senang atas kelahiran anaknya yang pertama melalui SC dan klien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi. Klien masih berfokus pada diri sendiri, klien belum bisa merawat bayinya sendiri. Klien meminta bantuan suami dan orang tuanya untuk merawat bayinya.

h. Pola koping

Selama Hamil : Klien mengatakan dalam keadaan apapun keluarga selalu mendukungnya dan jika ada masalah selalu dibicarakan secara musyawarah.

Saat dikaji : Klien mengatakan sempat panik dengan kehamilannya yang belum memasuki hari perkiraan lahir, klien mencoba tidak panik karena dukungan dari suami dan keluarga. Klien mengatakan setiap ada masalah dibicarakan dengan suaminya.

i. Pola seksual dan reproduksi

Riwayat Haid : Menarche 12 tahun, lamanya haid 7 hari, siklus haid 30 hari

Selama hamil : Klien mengatakan biasa melakukan hubungan intim tanpa ada keluhan.

Saat dikaji : Klien mengatakan tidak bisa melakukan hubungan intim karena masa nifas dan dalam proses pemulihan.

j. Pola peran dan hubungan

Selama hamil : Klien mengatakan di masyarakat ia berperan sebagai anggota masyarakat dan dalam keluarga berperan sebagai istri dan ibu.

Saat dikaji : Klien mengatakan merasa senang dengan kelahiran anaknya yang pertamanya

k. Pola nilai dan kepercayaan

Selama hamil : Klien mengatakan beragama islam, setiap hari menjalankan sholat 5 waktu

Saat dikaji : Klien mengatakan selama post partum klien tidak bisa sholat tetapi tetap berdoa diatas tempat tidur dan berdzikir.

9. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum

- 1) Penampilan : Lemah
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) GCS : 15

E: 4, V: 5, M: 6

b. Tanda-tanda vital

- 1) Tekanan Darah : 161/103 mmHg
- 2) Nadi : 127 x/menit
- 3) Respiratory Rate : 24 x/menit
- 4) Suhu : 36,2 %

5) SpO₂ : 96%

c. Tinggi Badan : 155 cm

Berat Badan : 63 kg

d. Kepala

1) Bentuk : Mesocephal

2) Rambut : Warna hitam, tidak ada lesi, bersih, tidak ada uban, lembab

3) Alis : Tidak mudah dicabut, tebal dan berwarna hitam

4) Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan normal dan tidak memakai alat bantu penglihatan.

5) Hidung : Simetris, tidak ada pembesaran polip, fungsi penciuman baik.

6) Mulut : Mulut simetris, tidak ada stomatis, mukosa bibir lembab.

7) Gigi : Gigi bersih, tidak ada karies gigi.

8) Telinga : Simetris, bersih tidak ada penumpukkan serumen, pendengaran baik.

9) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah tyroid

10) Mamae : Teraba lunak, hiperpigmentasi areola hari ke 1 post *sectio caesarea* sudah keluar kolostrum.

11) Puting : Simetris, mongomeri melebar, aerola, dan puting bersih menonjol.

12) Dada dan axial

Inspeksi : Dada simetris, tidak ada jejas

Palpasi : Tidak ada pembesaran limfe

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vesikuler

1) Paru-paru

Inspeksi : Simetris, tidak tampak retraksi intercosta.

Palpasi : Vocal premitus kanan dan kiri simetris.

Perkusi : Bunyi sonor.

Auskultasi : Vesikuler dan tidak ada suara tambahan.

2) Jantung

Inspeksi : Ictus kordis tidak tampak pada ics ke 4 dan ke 5 mid clavikula.

Palpasi : Ictus kordis teraba pada ics ke 4 dan ke 5 mid clavikula

Perkusi : Pekak

Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 reguler

13) Abdomen

Inspeksi : Datar, terdapat luka post *sectio caesarea* dengan panjang luka ± 10 cm, tampak linea nigra, balutan tidak rembes dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka post *sectio caesarea*.

Auskultasi : Peristaltik usus 10x/menit.

Perkusi : Timpani.

Palpasi : Adanya nyeri tekan pada luka post *sectio caesarea*,
linea nigra nampak, kontraksi uterus keras.

14) Ekstermitas

a. Superior : Simetris, tidak ada oedema, terpasang infus RL 20
tpm pada tangan kiri.

b. Inferior : Simetris, gerakan terbatas, tidak ada oedema, dan
varises, skala nyeri otot

5	5
5	5

15) Genetalia : Utuh tidak ada jahitan, terpasang DC dengan jumlah
urine 1000 cc, dan pembalut keluar darah warna merah (lochea
rubra) 40cc dan bau khas, tidak ada benjolan di anus.

16) REEDA

Tabel 3.4 Skla REEDA

Tanda REEDA	Skor			
	0	1	2	3
Redness (Kemerahan)	Tidak Ada	0,25 cm di luar kedua sisi luka	Antara 0,25-0,5 cm di luar kedua sisi luka	>0,5 cm di luar kedua sisi luka
Echymosis (Perdarahan Bawah Kulit)	Tidak Ada	Mencapai 0,25 cm di kedua sisi	0,25-1 cm di kedua sisi luka atau 0,5-2 cm di	> 1 cm di kedua sisi luka

		luka atau 0,5 cm di salah satu sisi luka	salah satu sisi luka	atau > 2 cm di salah satu sisi luka
Edema (Pembengkakan)	Tidak Ada	< 1 cm dari luka insisi	1-2 cm dari luka	> 2 cm dari luka insisi
Discharge (Perubahan Lochea)	Tidak Ada	Serum	Serosanguineous	Berdarah, purulent
Approximation (Penyatuan Jaringan)	Tertutup	Kulit tampak terbuka < 3 cm	Kulit dan lemak subkutan tampak terpisah	Kulit subkutan dan fascia tampak terpisah

Skala REEDA (*Redness, Echymosis, Edema, Discharge, Approximation*)
(Davidson 1974 dalam Sumiasih *et al* 2016)

Kesimpulan pengkajian REEDA :

- a **Redness** (Kemerahan) (3) : >0,5 cm di luar kedua sisi luka
- b **Echymosis** (Perdarahan Bawah Kulit) (0) : Tidak Ada
- c **Edema** (Pembengkakan) (0) : Tidak Ada
- d **Discharge** (Perubahan Lochea) (0) : Tidak Ada
- e **Approximation** (Penyatuan Jaringan) (0) : Tertutup

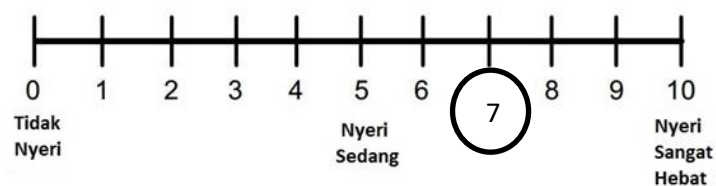
17) Kulit dan kuku : Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, kuku bersih, turgor kulit elastis, CRT 2 detik.

10. PENGKAJIAN NYERI

Pengkajian nyeri dilakukan pada tanggal 06 April 2024, menurut Tanra (2020), kepada :

Nama : Ny. S
 Umur : 31 tahun
 Dx. Medis : *Post sectio caesarea* dengan indikasi *pre eklamsia*
 berat

Gambar 3.1 pengkajian skala nyeri



P (*Provoking*) : Penyebab nyeri adanya luka operasi pada daerah abdomen bagian bawah diatas simpisis panjang jahitan ± 10 cm.

Q (*Quality*) : Klien merasakan nyeri seperti disayat-sayat.

R (*Region*) : Daerah nyeri pada operasi yaitu abdomen bagian bawah kuadran 3-4.

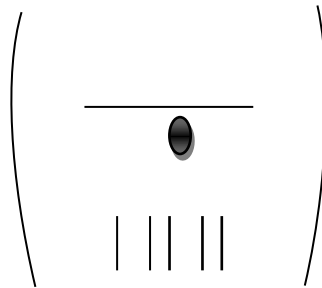
S (*Skala*) : Skala nyeri yang dirasakan pasien 7

T (*Time*) : Klien mengatakan nyeri hilang timbul dan bertambah jika klien bergerak.

11. PENGKAJIAN LUKA

Pengkajian luka dilakukan pada tanggal 06 April 2024

Gambar 3.2 lokasi luka



- a. Ukuran luka : (PxL x kedalaman) = 10x2 x 0 = 20 cm
- b. Sebab luka : Luka karena insisi post *sectio caesarea* bagian perut bawah.
- c. Keadaan luka : Luka masih tertutup heparik dan belum di buka.
- d. Jenis luka : Luka jahitan dengan bentuk memanjang horizontal dengan panjang $\pm$ 10cm dan lebar 2cm.
- e. Permukaan luka : Warna merah, permukaan luka lembab.
- f. Nyeri : Skala 7
- g. Kulit sekitar luka : Kemerahan

12. LAPORAN OPERASI

Nama : Ny. S
 No. RM : 00610531
 Umur : 31 tahun
 Nama ahli anestesi : Dr. A
 Jenis anestesi : Spinal

Jenis operasi : Besar

Diagnosa prabedah : *Pre eklamsia* berat (PEB)

Diagnosa pasca bedah : *Sectio Caesarea* supra vaginal atas indikasi *pre eklamsi* berat(PEB)

Nama operasi : *Sectio caesarea*

Jaringan yang diinsisi: Uterus

Tanggal operasi : 01 Juli 2024

Jam mulai operasi : 11.55 WIB

Waktu selesai operasi: 12.30 WIB

Klien tidur terlentang dalam spinal anastesi. Di lakukan tindakan antiseptik pada daerah abdomen dan sekitarnya, daerah operasi dipersempit dengan duk steril, dibuat insisi diatas simpisis pubis dengan arah melintang sepanjang ± 10 cm dan luka tertutup hepafik.

Kesan : *Pre eklamsia* berat (PEB)

Rencana : *Sectio caesarea*

Setelah di yakini tidak terjadi perdarahan lagi maka dinding abdomen dijahit lapis demi lapis.

13. DATA PENUNJANG DAN THERAPY

a. Hasil laboratorium

Tabel 3.5 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12.8	11.7~15.5	g/dL
Leukosit	9440	3600~11000	/uL
Trombosit	179000	150000~40000	/uL

Eritrosit	4.44	3.9~5.2	10 ⁶ /ul
HEMOSTASIS			
Masa Pembekuan(CT)	4`37``	2~6	Menit
Masa Pendarahan(BT)	1`02``	0~6	Menit
KIMIA KLINIK			
AST(SGOT)	15.5	13~35	U/L
ALT(SGPT)	8.7	0~35	U/L
Kalium(K)	3.18	3.6~5.5	mmol/L
Natrium (N)	142.5	131~145	mmol/L
Klorida(CI)	105.4	92~108	mmol/L
Glukosa darah	83	70~140	mg/dL
sewaktu			
URINE			
Protein urine	Negatif	Negatif	

b. Therapy obat

Table 3.6 Terapi Obat

No	Nama obat	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Infus RL	20 tpm	IV	Terapi digunakan untuk penambahan cairan tubuh.
2.	Ranitidin	2x1 gm	IV	untuk mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih. Beberapa kondisi yang dapat ditangani dengan ranitidin adalah tukak lambung, penyakit maag, penyakit asam lambung (GERD), dan sindrom Zollinger-Ellison.
3.	Ketorolac	3x30 mg	IV	Untuk meringankan nyeri sedang sampai

				berat dengan jangka waktu terapi pendek.
4.	Asam tranexamat	3x500 mg	IV	Untuk menghentikan perdarahan pada beberapa kondisi, seperti mimisan yang tidak kunjung berhenti, perdarahan yang berat saat menstruasi, maupun perdarahan setelah operasi atau prosedur cabut gigi.
5.	Ceftriaxone	2x1 gr	IV	Untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri, obat ini bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh.
6.	MGSO ₄	1g/jam	IV	Mengatasi kadar magnesium rendah dan mencegah kejang akibat eclampsia.
7.	Lisinopril	1x10 mg	IV	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi.obat ini dapat membantu mencegah stroke,serangan jantung, masalah ginjal, serta mengobati gagal jantung dan meningkatkan angka keselamatan setelah serangan jantung.

B. ANALISA DATA

Tabel 3.7 Analisa Data

NO	HARI/TGL	DATA FOKUS	PROBLEM	TTD
1.	Sabtu, 01 Juli 2024	DS : Klien mengatakan sulit tidur dan mengeluh nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i>. P : Luka operasi <i>sectio caesarea</i> daerah abdomen. Q : Seperti di sayat-sayat R : Abdomen bagian bawah kuadran 3 dan 4 S : Skala 7 T : Hilang timbul DO : Klien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif /menghindari nyeri, tampak ada balutan luka pada abdomen kuadran 3 dan 4 TTV : TD : 161/103 mmHg N : 127x/mnt RR : 20x/mnt S : 36,2°C Spo2 : 96%	Nyeri akut (D.0077)	Tya
2	Sabtu, 01 Juli 2024	DS : Klien mengatakan nyeri saat bergerak, mresa cemas saat bergerak, dan belum bisa miring	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Tya

			kanan dan miring kiri karena nyeri yang di rasakan pada luka post <i>sectio caesarea</i> .		
		DO :	Klien tampak lemah,gerakan terbatas, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat melakukan pergerakan.		
3.	Sabtu, 01 Juli 2024	DS :	Klien mengatakan adanya bekas luka yang masih kemerahan di abdomen post operasi saat di gerakan terasa nyeri.	Resiko Infeksi (D.0142)	Tya
		DO :	klien terlihat meringis kesakitan,adanya bekas luka <i>post sectio caesarea</i> yang masih kemerahan, saat bergerak atau alih baring terasa nyeri.		
		a.	Tampak luka operasi di daerah abdomen dengan luka horizontal, panjang 10 ±cm.		
		b.	Luka tampak kemerahan, permukaan luka lembab.		
		c.	Leukosit: 9440 /ul		
		TTV :			
		TD :	161/103 mmHg		
		N :	127x/mnt		
		RR :	20x/mnt		
		S :	36,2°C		
		Spo2 :	96%		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.8 Diagnosa Keperawatan

NO	HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TTD
1.	Sabtu, 01 Juli 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis.prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri pada luka post <i>section caesarea</i> , tampak meringis,bersikap protektif (mis.bersikap protektif) (D.0077).	Tya
2.	Sabtu, 01 Juli 2024	Ganggaun Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri luka <i>sectio caesarea</i> ditandai dengan nyeri saat bergerak,merasa cemas saat bergerak,fisik lemah(D.0054)	Tya
3.	Sabtu, 01 Juli 2024	Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma jaringan ditandai dengan Luka tampak kemerahan, permukaan luka lembab. (D.0142)	Tya

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITEIRIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(mis,prosedur operasi) Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, insensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
2.	Gejala dan tanda mayor Secara subjektif : mengeluh nyeri. Secara objektif : tampak meringis, bersikap proktektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat.	keperawatan selama 3x24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Frekuensi nadi mebaik (5) 5. Tekanan darah membaik (5)	Teraupetik 1. Berikan tehnik nonfarmokakologi untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian

			analgetik, <i>jika perlu</i>
2.	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kerja otot (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042)	Dukungan Ambulasin (I. 06171)
	Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri	Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.	Observasi
1.	Gejala dan tanda mayor	Setelah dilakukan tindakan	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
	Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak.	keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
	Objektif : rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, fisik lemah.	1. Pergerakan ekstermitas meningkat (5)	Teraupetik
		2. Kekuatan otot meningkat (5)	1. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i>
		3. Rentang gerak (ROM) (5)	2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
		4. Nyeri menurun (5)	Edukasi
		5. Kecemasan menurun (5)	1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
			2. Anjurkan melakukan ambulasi dini
			3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan untuk membantu dari tempat tidur ke kamar mandi)

3.	Resiko	Infeksi	Tingkat	Infeksi	Pencegahan	Infeksi
	berhubungan	dengan	(L.14137)		(I.14539)	
	trauma jaringan.		Definisi : Derajat		Observasi	
	Resiko infeksi (D.0142)		infeksi		1. Memonitor tanda	tanda
1.	Definisi : Beresiko		berdasarkan		dan gejala infeksi	
	mengalami		observasi atau		lokasi dan sistemik	
	peningkatan terserang		sumber informasi.		Teraupeutik	
	organisme patogenik		Setelah dilakukan		1. Batasi jumlah	
2.	Faktor resiko		tindakan		pengunjung	
	a) Penyakit kronis		keperawatan		2. Pertahankan tehnik	
	(mis.diabetes		selama 3x24 jam		aseptik pada pasien	
	melitus)		tingkat infeksi		beresiko tinggi	
	b) Efek prosedur		menurun dengan		3. Cuci tangan	
	invasif		kriteria hasil:		sebelum dan	
	c) Malnutrisi		a. Kebersihan		sesudah kontak	
	d) Peningkatan		badan		dengan pasien dan	
	paparan organisme		meningkat(5)		lingkungan pasien	
	patogen		b. Kemerahan		Edukasi	
	lingkungan		menurun (5)		1. Jelaskan tanda dan	
	e) Ketidakadekuatan		c. Nyeri		gejala infeksi	
	pertahanan tubuh		menurun(5)		2. Ajarkan cara	
	primer				mencuci tangan	
					dengan benar	
					3. Ajarkan	
					meningkatkan	
					asupan nutrisi	
					4. Ajarkan cara	
					memeriksa kondisi	
					luka atau luka	
					operasi.	

E. IMPELEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan

NO	HARI/TGL	TINDAKAN	RESPON HASIL	TTD
I	Senin, 01 Juli 2024 Jam 14.15	1. Mengkaji tingkat nyeri klien	1. DS : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> , P : Nyeri luka bekas operasi Q : Seperti disayat-sayat R : Di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : Skala 7 T : Hilang timbul DO : Klien tampak meringis kesakitan, keadaan klien lemah.	Tya
I	14.30	Memonitor klien	TTV DS: Klien mengatakan bersedia. DO: TD : 161/103 mmHg N : 127x/mnt RR : 20x/mnt S : 36,2°C Spo2 : 96%	Tya
I	14.45	Memberikan obat injeksi katerolax 30mg	DS : Klien mengatakan bersedia diberikan obat melalui selang infus. DO : Obat masuk, tidak ada tanda-tanda alergi terhadap obat.	Tya

2	15.00	Memandikan dan mengganti pembalut klien	DS : Klien mengatakan bersedia untuk di sbin dan diganti pembalutnya. DO : Klien tampak segar dan bersih, pembalut berisikan darah $\pm$ 100 cc, warna darah merah segar.	Tya
1	15.30	Mengajarkan menggunakan metode non farmakologi (<i>guided imagery</i>)	DS: Klien mengatakan bersedia diajarkan teknik non farmakologi(<i>guided imagery</i>) DI: Klien tampak mengikuti yang diajarkan dan bisa melakukannya.	
1,2,3	16.00	Mengontrol keadaan umum klien dan mengganti cairan infus	DS : Klien mengatakan nyeri bekas operasi. DO : Klien tampak lemas, tetesan infus 20 tpm.	Tya
2	16.15	Menentukan penyebab hambatan mobilitas fisik	DS : Klien mengatakan takut bergerak karena nyeri pada saat bergerak. DO : Klien tampak takut bergerak karena ada luka post <i>sectio caesarea</i> pada abdomen.	Tya
2	16.45	Menganjurkan pasien untuk beristirahat dan beraktifitas secara bergantian	DS : Klien mengatakan bersedia untuk berlatih miring kanan dan miring kiri.	Tya

				DO : Klien mengatakan bersedia untuk latihan bergerak miring kanan dan kiri.	
1,2,3	17.00	Memberikan MgSO ₄ 6gr raditidin	obat dan	DS : Klien mengatakan bersedia diberikan obat melalui selang infus. DO : Klien tampak kooperatif, dan tenang, tidak ada tanda-tanda alergi obat.	Tya
1	18.00	Monitor TTV klien		DS : Klien mengatakan bersedia di ukut tanda-tanda vital. DO : - TD : 153/94 mmHg N : 110 S : 36,1°C RR : 20 x/mnt	Tya
1,2,3	18.30	Memberikan tindakan injeksi keterolak 30mg, dan asam tranexamat 500mg		DS : Klien mengatakan bersedia di berikan obat melalui selang infus. DO : Klien tampak kooperatif, obat masuk melalui selang infus.	Tya
1,2,3	19.30	Anjurkan klien untuk beristirahat		DS : Klien mengikuti anjuran dari pearwat untuk istirahat DO : Klien tampak kooperatif.	Tya
1	Selasa 02 Juli 2024 08.30	Mengkaji karakteristik nyeri		DS : Klien mengatakan nyeri hilang timbul saat di	Tya

			buat bergerak di bekas luka operasi. DO : Klien tampak lemas, dan meringis saat di buat bergerak P : Luka bekas operasi Q : Seperti disayat-sayat R : Di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : Skala 3 T : Hilang timbul
3	09.00	Mengobsevasi luka	DS : Klien Tya mengatakan nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i> DO : Klien tampak meringis kesakitan, balutan luka tampak bersih, tidak ada tanda-tanda kemerahan.
123	09.30	Memberikan obat injeksi katerolax 30mg	DS : Klien Tya mengatakan bersedia diberikan obat melalui selang infus. DO : Obat masuk, tidak ada tanda-tanda alergi terhadap obat.
1	10.00	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i>)	DS : Klien Tya mengatakan bersedia untuk melakukan <i>guided imagery</i> DO : Klien tampak kooperatif saat di ajarkan teknik <i>guided imagery</i> .

2	10.30	Meningkatkan aktifitas secara berangsur-angsur, membantu klien untuk memposisikan ambulasi	DS : Klien mengatakan bersedia mengikuti anjuran dari perawat agar cepat sembuh DO : Klien tampak kooperatif	Tya
I,2,3	11.00	mengganti cairan infus RL	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus klien sudah di ganti, tetesan lancar 20 tpm	Tya
1,2,3	11.30	Monitor TTV	DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : TD : 145/98 N : 92 x/mnt S : 36,2°C RR : 20x/mnt	Tya
1,2,3	12.00	Memberikan tindakan injeksi ceftriaxone 1gr	DS: Klien bersedia untuk diberikan obat melalui selang infus DO: Obat masuk dan tidak ada tanda-tanda alergi obat	Tya
2	12.30	Menganjurkan pasien untuk beristirahat dan beraktifitas secara bergantian	. DS : Klien mengatakan sudah bisa berlatih miring kanan dan miring kiri dengan berahti hati. DO : Klien tampak mampu miring kanan dan miring kiri dan di bantu keluarga.	Tya
1,3	13.00	Monitor TTV	DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV	Tya

			DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : TD : 140/99 N : 96 x/mnt S : 36,2°C RR : 20x/mnt	
1,2,3	14.00	Memberikan tindakan injeksi Lisinopril 10mg	DS : Klien mengatakan bersedia di berikan obat melalui selang infus. DO : Klien tampak kooperatif, obat masuk melalui selang infus.	Tya
1,2,3	16.30	Memandikan dan mengganti pembalut klien	DS : Klien mengatakan bersedia untuk di sibin dan diganti pembalutnya. DO : Klien tampak segar dan bersih, pembalut berisikan darah $\pm$ 50 cc, warna darah merah segar.	Tya
1,2,3	17.00	Memberikan obat MgSO46gr dan raditidin	DS : Klien mengatakan bersedia di berikan obat melalui selang infus. DO : Klien tampak kooperatif, obat masuk melalui selang infus.	Tya
2	18.30	Menentukan penyebab hambatan mobilitas fisik	DS : Klien mengatakan sudah bisa bergerak secara hati-hati DO : Klien tampak takut bergerak karena ada luka post <i>sectio</i>	Tya

			<i>caesarea</i> pada abdomen.	
1,2,3	20.30	Anjurkan klien untuk beristirahat	DS : Klien mengikuti anjuran dari pearwat untuk istirahat DO : Klien tampak kooperatif.	Tya
I	Rabu 03 Juli 2024 08.30	Mengkaji karakteristik nyeri	DS: Klien mengatakan nyeri hilang timbul saat di buat bergerak di bekas luka operasi. DO : Klien tampak lemas, dan meringis saat di buat bergerak P : Luka bekas operasi Q : Seperti disayat-sayat R : Di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : Skala 2 T : Hilang timbul	Tya
1,2,3	09.00	Memonitor tanda-tanda vital	DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : 135/99 mmHg N : 89x/mnt S : 36,2°C RR : 20 x/menit	Tya
3	09.30	Mengobsevasi luka	DS : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i>	Tya

			DO : Klien tampak meringis kesakitan, balutan luka tampak bersih, tidak ada tanda-tanda kemerahan.	
1,2,3	10.00	Memandikan dan mengganti pembalut klien	DS : Klien mengatakan bersedia untuk di sbin dan diganti pembalutnya. DO : Klien tampak segar dan bersih, pembalut berisikan darah $\pm$ 50 cc, warna darah merah segar	Tya
1	10.30	Memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i>)	DS : Klien mengatakan bersedia untuk melakukan <i>guided imagery</i> DO : Klien tampak kooperatif saat di ajarkan tehnik <i>guided imagery</i> .	Tya
1,2,3	10.45	Mengaganti cairan Infus RL	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus klien sudah diganti, tetesan lancar 20 tpm	Tya
1,2,3	11.00	Memberikan obat injeksi katerolax 30mg	DS : Klien mengatakan bersedia diberikan obat melalui selang infus. DO : Obat masuk, tidak ada tanda-tanda alergi terhadap obat.	Tya
2	11.30	Mengajarkan ambulasi sederhana berjalan-jalan didalam ruangan	DS : Klien mengatakan bersedia untuk di arjarkan DO : Klien tampak mengikuti apa yang	Tya

			diajarakan oleh
			perawat
3	11.50	Menganjurkan klien untuk makan yang teratur dan bergizi	DS : Klien Tya mengatakan bersedia DO : Klien tampak kooperatif
1,2,3	12.00	Memonitor tanda-tanda vital	DS : Klien Tya mengatakan bersedia dilakukan TTV DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : 130/95 mmHg N : 90 x/mnt S : 36,2°C RR : 20 x/menit
1,2,3	13.30	Mengontrol keadaan umum klien dan mengganti cairan infus	DS : Klien Tya mengatakan nyeri hilang timbul. DO : klien tampak sudah tidak lemas, tetesan infus 20 tpm.
1,2,3	14.00	Anjurkan klien untuk beristirahat	DS : Klien mengikuti Tya anjuran dari perawat untuk istirahat DO : Klien tampak kooperatif.

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.11 Evaluasi Keperawatan

NO	HARI/TG L/JAM	EVALUASI	TTD
I	Senin 01 Juli 2024 Jam 16.30 WIB	S : Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> P : Luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> Q : Nyeri seperti di sayat-sayat R : Di abdomen bagian bawah kuadran 3 dan 4 S : Skala nyeri 6 T : Hilang timbul, saat bergerak O : Klien tampak merintih kesakitan saat bergerak. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Kaji tingkat nyeri klien - Berikan tehnik nonfarmakologi (<i>guided imagery</i>) - Pemberian analgetik	Tya
2.	Jam 16.30 WIB	S : Klien mengatakan masih takut untuk miring kanan dan miring kiri dan aktivitasnya di bantu oleh keluarga, saat di buat gerak gerak masih terasa nyeri. O : Klien belum bisa miring kanan dan miring kiri secara mandiri, aktivitas masih di bantu keluarganya. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Mengajarkan ambulasi dini - Mengajarkan ambulasi sederhana	Tya
3	Jam 16.30 WIB	S : Klien mengatakan terdapat luka pada bekas operasi di abdomen bagian bawah O : Klien tampak lemas, ada luka pada perut bagian luka ± 10 cm, bawah kuadran 3 dan 4 dengan panjang kulit sekitar luka kemerahan, luka tampak lembab, dengan hasil TTV : TD : 161/103 mmHg N : 12 7x/mnt	Tya

		S : 36,2°C RR : 20 x/mnt A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi a. Pertahankan tehnik antiseptik. b. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.	
1	Selasa 02 Juli 2024 Jam 14.00 WIB	S : Klien mengatakan nyeri berkurang saat di buat gerak. P : Luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> Q : Seperti di sayat-sayat R : Abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : Skala 3 T : Hilang timbul O : Klien tampak meringis, dan lemas dengan hasil TTV : TD : 153/94 mmHg N : 110 S : 36,1°C RR : 20 x/mnt A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Berikan tehnik nonfarmakologi (guided imagery) b. Pemberian analgetik c. Fasilitasi istirahat d. Memonitor tekanan darah	Tya
2	Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan sudah mampu miring kanan dan miring kiri dan belum mampu duduk. O : Klien tampak miring dengan nyaman dan hati-hati A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Mengajarkan ambulasi sederhana b. Anjurkan klien untuk beristirahat dan beraktivitas secara bergantian.	Tya

3	Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan ada luka bekas operasi section caesarea di abdomen. O : Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka bersih tidak ada nanah, kontraksi uterus baik, dengan kondisi uterus baik. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Pertahankan tehnik antiseptik. b. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.	Tya
1	Rabu 03 Juli 2024 Jam 13.30 WIB	S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang P : Luka bekas operasi Q : Seperti di sayat-sayat R : Abdomen bagian bawah dikuadran 3 dan 4 S : Skala 2 T : Hilang timbul, saat bergerak O : Klien tampak lebih nyaman TD : 130/95 mmHg N : 90 x/mnt S : 36,2°C RR : 20 x/mnt A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	Tya
2	Jam 14.30 WIB	S : Klien mengatakan sudah mampu miring ke kanan dan miring ke kiri, dan berlatih duduk di bantu oleh keluarganya. O : Klien tampak berlatih miring kanan dan miring kiri, gerakan klien berhati-hati. A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	Tya
3	Jam 14.30 WIB	S : Klien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada perut O : Tampak luka pada abdomen, dengan panjang ±10 cm, lebar 2 cm, keadaan luka basah tidak ada eksudat, warna sekitar luka normal tidak ada tanda-tanda infeksi . TTV :	Tya

TD : 130/95 mmHg

N : 90 x/mnt

S : 36,2°C

RR : 20 x/mnt

A : Masalah teratasi

P : Hentikan intervensi
