

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian ini mulai dilakukan pada hari sabtu, tanggal 06 April 2024 pada jam 14.30 WIB di ruang Dahlia RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

1. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. N
Agama	: Islam
Umur	: 24 Tahun
Alamat	: Ploso Rt.02/Rw.08 Simo Kec.Kradenan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Tanggal Masuk	: 06 April 2024
Dx. Masuk	: <i>Sectio caesarea</i> indikasi Ketuban Pecah Dini
No. RM	: 00605380

b. Identitas Penanggung jawab

Nama	: Tn. K
Agama	: Islam
Umur	: 25 Tahun
Alamat	: Ploso Rt.02/Rw.08 Simo Kec.Kradenan

Jenis Kelamin : Laki-laki
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Hub, dengan klien : Suami

2. KELUHAN UTAMA

Klien mengatakan nyeri pada perut akibat operasi *Sectio Caesarea*

3. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tanggal 5 April jam 09.00-17.00 WIB klien mengatakan air ketuban merembes, merasakan kontraksi, nyeri pada perut dan perut terasa kencang-kencang. Kemudian klien dibawa ke RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi klien tiba di IGD pada jam 17.30 WIB. Klien diperiksa tanda-tanda vital TD : 135/76 mmHg, N : 86 x/menit, SPO₂ : 94%, RR : 20 x/menit. Klien mengatakan nyeri pada perut, terasa kencang-kencang, air ketuban merembes dan kedua kaki klien tidak bisa digerakkan. Kemudian pada pukul 19.30 klien dipindah ke ruang VK dan diperiksa air ketuban pecah dengan pembukaan 2, klien diperiksa tanda-tanda vital TD : 140/92 mmHg, Nadi : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,5 C, SPO₂ 99%. Pada pukul 01.00 WIB klien diperiksa sudah pembukaan 4. Kemudian pada pukul 05.00 WIB klien kembali di periksa namun masih pembukaan 4, klien mengeluh nyeri pada perutnya, klien tampak meringis kesakitan. Sehingga klien meminta untuk dilakukan persalinan secara SC. Klien melakukan persalinan SC pada tanggal 6 April 2024 pukul 08.20-09.10 WIB.

Setelah itu klien langsung dipindahkan ke ruang Dahlia untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Kemudian dilakukan pengkajian pada tanggal 06 April 2024 pukul 14.30 WIB. Klien mengatakan nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri yang dirasakan saat klien melakukan gerakan, nyeri meningkat saat pasien melakukan alih baring.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan ini kehamilan pertamanya. Pada kehamilan pertama klien melahirkan secara SC dengan indikasi ketuban pecah dini pada usia kehamilan 37 minggu. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, dan tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes mellitus dan asma.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menurun apalagi penyakit menular seperti hipertensi, diabetes mellitus, maupun penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, hepatitis.

4. RIWAYAT PERNIKAHAN

Klien mengatakan menikah satu kali, pernikahan pada usia 23 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	37	SC	Dokter	P	3600	40	Sehat
	Soedjati		Minggu				gr	cm	
	Soemodiardjo								
	Purwodadi								

c. Pemeriksaan ANC

Pasien mengatakan selama kehamilan trimester 1 mengalami keluhan mual, muntah selama 2 bulan awal kehamilan dan tidak nafsu makan. Pasien mengatakan memeriksakan kehamilannya pada bidan dan dokter sebanyak 8 kali selama hamil, yaitu 2 kali pada trimester 1, 3 kali pada trimester ke II, dan 3 kali pada trimester ke III.

d. Keluhan selama kehamilan baik fisik maupun psikologi pasien

Pasien mengatakan ini adalah kehamilan 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

Pada tanggal 5-6 April jam 09.00 WIB klien mengatakan perut terasa kencang-kencang. Kemudian saat di VK dilakukan pemeriksaan kemudain klien di pindah ke ruang operasi jam 08.20

2) Lama persalinan

Pada persalinan *sectio caesaria* berlangsung sekitar 50 menit dari pukul 08.20 WIB sampai 09.10 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 : 3600 gram
- c. PB : 40 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,

puskesmas dan juga ke 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 $\pm$ 7-8 gelas yang berukuran 220 cc/hari.

Saat dikaji : Klien mengatakan makan 5 sendok makan dan minum setengah gelas air putih.

Clinis/ klinikal sign

1) Antropometri : TB : 158 cm

BB : 85 kg

$IMT = BB/TB^2$

$85 \text{ kg} / 1,58 \text{ m}^2 = 34,1 \text{ kg} / \text{m}^2$

2) Biomedikal : Hemoglobin : 6.6 g/dl

Leukosit : 13,900 /ul

Hematokrit : 35 %

Trombosit : 234,000 /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 6-7x sehari.

Saat dikaji : Klien mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit BAB 1x sebelum operasi, dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, klien sudah tidak terpasang kateter, dan sudah BAK 1 kali dengan konsistensi cair, berwarna kuning keruh bercampur darah.

d. Pola istirahat tidur

Selama hamil : Klien mengatakan selama masa kehamilan tidur malam pukul 21.00 WIB, sampai dengan pukul 05.00 WIB, klien tidur 7-8 jam.

Saat dikaji : Klien mengatakan setelah melahirkan tidurnya terganggu klien tidur $\pm$ 5 jam bangun saat merasa nyeri 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.

Tabel 3.3 Pengkajian Aktivitas dan Latihan

No	Aktivitas	0	1	2	3	4
1.	Bernafas	√				
2.	Makan dan minum	√				
3.	Berjalan	√				
4.	Mandi	√				
5.	Berpakaian	√				
6.	Toileting	√				

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Di bantu orang lain

2 : Di bantu alat

3 : Di bantu orang lain dan alat

4 : Tergantung total

Saat dikaji : Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, semua aktivitas di bantu oleh suami dan perawat. Klien mengatakan di sibin 2x sehari, belum sempat keramas selama di rumah sakit.

Table 3.4 Pengkajian Aktivitas dan Latihan

No	Aktivitas	0	1	2	3	4
1.	Bernafas	√				
2.	Makan dan minum		√			
3.	Berjalan					√
4.	Mandi		√			
5.	Berpakaian		√			
6.	Toileting			√		

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Di bantu orang lain

2 : Di bantu alat

3 : Di bantu orang lain dan alat

4 ; Tergantung total

Kesimpulan : Klien mampu bernafas secara mandiri, sedangkan mandi, berpakaian, dan makan minum dibantu keluarga/suami sedangkan toileting dibantu orang lain dan alat, serta untuk berjalan ketergantungan total karena klien harus bedrest.

f. Pola persepsi dan kognitif

Selama hamil : Klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan lancar tanpa adanya gangguan, dan menggunakan bahasa jawa

Saat di kaji : Klien mengatakan merasa nyeri pada perut yaitu luka pembedahan post SC, nyeri saat bergerak.

Klien mengatakan rencananya anaknya akan di berikan ASI. Fungsi penginderaan seperti penciuman, penglihatan, pendengaran, tidak ada gangguan.

g. Pola konsep diri

Selama hamil : Klien mengatakan perannya sebagai seorang istri dan ibu dari 1 anaknya, klien merasa bersyukur atas kelengkapan anggota tubuh yang diberikan tuhan kepadanya. Klien merasa badannya sehat, walaupun terkadang flu, batuk dan pusing.

Saat dikaji : Klien mengatakan merasa senang bisa melahirkan bayinya dengan selamat walaupun harus di lakukan SC.

1) Identitas diri

Klien dapat menyebutkan identitasnya yaitu Ny. N umur 24 tahun.

2) Gambaran diri

Klien mengatakan dirinya adalah seorang ibu dan mempunyai 1 anak perempuan dan akan merawat anaknya dengan baik serta kasih sayang.

3) Harga diri

Klien mengatakan senang dengan kelahiran anak pertamanya yang berjenis kelamin perempuan

4) Aktualisasi diri

Klien mengatakan akan mengikuti saran dari dokter dan perawat agar cepat sembuh, dan akan menjalankan perannya sebagai ibu dengan baik. 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 14 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 : 140/92 mmHg
- 2) Nadi : 84 x/menit
- 3) Respiratory Rate : 20 x/menit
- 4) Suhu : 36,5 %
- 5) SpO2 : 99%

c. Tinggi Badan : 158 cm

Berat Badan : 85 kg

d. Kepala

1) Bentuk : Mesocephal

2) Rambut

Inspeksi : Hitam, bersih, tidak ada ketombe dan lesi

Palpasi : Rambut tebal, halus

Perkusi : -

Auskultasi : -

3) Muka

Inspeksi : Tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidrum

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : -

4) Alis

Inspeksi : Simetris, tebal, hitam

Palpasi : Tidak mudah dicabut

Perkusi : -

Auskultasi : -

5) Mata

Inspeksi : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, pupil isokor.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : -

6) Hidung

Inspeksi : Simetris, penciuman baik, tidak ada sekret, tidak ada pembesaran polip, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, tidak tampak cuping hidung.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : -

7) Mulut

Inspeksi : Simetris, mulut bersih, mukosa bibir lembab, dan tidak ada stomatitis, lidah bersih.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : -

8) Gigi

Inspeksi : Bersih, tidak ada karies pada gigi, tidak ada ginggivitas

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : -

9) Telinga

Inspeksi : Simetris, bersih tidak ada penumpukkan serumen, pendengaran baik, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : -

10) Leher

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening serta peningkatan vena jugularis.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : -

11) 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

12) Mamae

Inspeksi : Tidak ada pembengkakan, ASI keluar sedikit, puting menonjol, areola hiperpigmentasi, kelenjar montgomery hitam kecil di sekitar puting.

Palpasi : Teraba lunak, tidak ada benjolan

Perkusi : -

Auskultasi :-

13) Abdomen

Inspeksi : Datar, terdapat luka post *sectio caesarea* dengan panjang luka $\pm$ 10 cm, tampak linea nigra, balutan

tidak rembes dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka post SC, striae gravidarum tampak warna kehitaman.

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

3	3
3	3

15) Genetalia

Inspeksi : Utuh tidak ada jahitan, terpasang pembalut keluar darah warna merah (lochea rubra) 40cc dan bau khas

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : -

16) Kulit dan kuku

Inspeksi : Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, kuku bersih

Palpasi : Turgor kulit elastis, CRT 2 detik

Perkusi : -

Auskultasi : -

12) PENGUKURAN SKALA NYERI

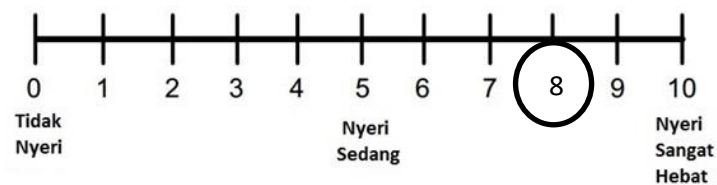
Pengkajian nyeri dilakukan pada tanggal 06 April 2024, menurut Tanra (2020), kepada :

Nama : Ny. N

Umur : 24 tahun

Dx. Medis : *Post sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini

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.

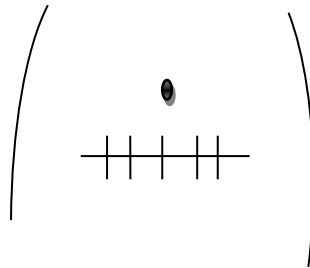
S (*Skala*) : Skala nyeri yang dirasakan pasien 8

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

12) 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. Permukaan luka : masih basah
- c. Nyeri : skala 8
- d. Kulit sekitar luka : kemerahan

13) LAPORAN OPERASI

Nama : Ny. N

No. RM : 00605380

Umur : 24 tahun

Nama ahli anestesi : Dr. A

Jenis anestesi : Spinal

Jenis operasi : Besar

Diagnosa prabedah : KPD

Diagnosa pasca bedah : *Sectio Caesarea* supra vaginal atas
indikasi kpd

Nama operasi : *Sectio caesarea*

Jaringan yang diinsisi : Uterus
 Tanggl operasi : 06 April 2024
 Jam mulai operasi : 08.20 WIB
 Waktu selesai operasi : 09.10 WIB

Klien tidur terlentang dalam spinal anastesi. Di lakukan tindakan antiseptik pada daerah abdomen dan sekitarnya, dibuat insisi diatas simpisis pubis dengan arah melintang sepanjang $\pm 10\text{cm}$.

Kesan : KPD

Rencana : *sectio caesarea*

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

14) DATA PENUNJANG DAN THERAPY

a. Hasil laboratorium

Tabel 3.5 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hemoglobin	6.6	12-16	g/dl
Leukosit	13,900	3600-11000	/ul
Hematokrit	35	37-43	%
Trombosit	234,000	150000-450000	/ul
Eritrosit	3.67	3.90-5.20	/ul

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.	Metronidazol	2x500 mg	Oral	Untuk menangani infeksi parasit tertentu.
3.	Ketorolac	3x30 mg	IV	Untuk meringankan nyeri sedang sampai berat dengan jangka waktu terapi pendek.
4.	Antalgin	2x500 mg	Oral	Untuk mengatasi nyeri
5.	Ceftriaxone	1x1 gr	IV	Untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri, obat ini bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh.
6.	Etabion	1x500 mg	Oral	Suplemen mineral dan vitamin untuk mencegah anemia

B. ANALISA DATA

Tabel 3.7 Analisa Data

NO	HARI/TGL	DATA FOKUS	PROBLEM	TTD
1.	Sabtu, 06 April 2024	DS : Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi P : luka operasi daerah abdomen, panjang jahitan $\pm$ 10 cm Q : seperti di sayat-sayat R : Abdomen bagian bawah kuadran 3 dan 4 S : Skala 8 T : Saat bergerak DO : Klien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif, sulit tidur, nadi meningkat TTV : TD : 140/92 mmHg N : 84x/mnt RR : 20x/mnt S : 36,5°C Spo2 : 99%	Nyeri akut (D.0077)	Yugi
2	Sabtu, 06 April 2024	DS :Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri. DO :Klien tampak lemah, aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Yugi
3.	Sabtu, 06 April 2024	DS : Klien mengatakan luka post operasi nyeri dan klien takut menggerakkan badanya. DO : Adanya luka post operasi abdomen kuadran 3 dan 4, Panjang luka $\pm$ 10 cm, lebar luka $\pm$ 2 cm, daerah	Resiko Infeksi (D.0142)	Yugi

		sekitar luka tampak basah dan tampak kemerahan TTV TD : 140/92 mmHg N : 84x/mnt RR : 20x/mnt S : 36,5°C Spo2 : 99% Hasil Lab : a. Leukosit : 13,900/ul		
4.	Sabtu, 06 April 2024	DS : Klien mengatakan tidak nyaman pada tubuhnya, karena belum mandi, gosok gigi, dan ganti pembalut, namun klien lemah tidak mampu ke kamar mandi untuk membersihkan diri. DO : Klien tampak lemah, badan bau keringat dan pembalut tampak rembes.	Defisit perawatan diri (D.0109)	Yugi

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.8 Diagnosa Keperawatan

NO	HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TTD
1.	Sabtu, 06 April 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis.prosedur operasi) ditandai dengan tampak meringis,bersikap protektif (mis.bersikap protektif) (D.0077).	Yugi
2.	Sabtu, 06 April 2024	Ganggaun Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kerja otot ditandai dengan kekuatan obyek menurun, rentan gerak (ROM) menurun (D.0054)	Yugi
3.	Sabtu, 06 April 2024	Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (D.0142)	Yugi
4.	Sabtu, 06 April 2024	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelelahan ditandai dengan tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ketoilet, berhias secara mandiri (D.0109)	Yugi

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. 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 dengan intensitas 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.	berat dan konstan. Ekspetasi : Menurun 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Berfokus pada diri	Teraupetik 1. Berikan tehnik nonfarmakologi 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

	sendiri menurun	analgetik, <i>perlu</i>	<i>jika</i>
2. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kerja otot (D.0054)	Mobilitas Fisik L.05042	Dukungan Ambulasin I. 06171	
1. 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	
2. Gejala dan tanda mayor	Ekspetasi : Meningkatkan	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	
Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	Kriteria hasil :	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	
Objektif : kekuatan otot menurun, rentan gerak (ROM) menurun	1. Pergerakan ekstermitas meningkat	Teraupetik	
	2. Kekuatan otot meningkat	1. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i>	
	3. Rentang gerak (ROM)	2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	
	4. Kaku sendi menurun	Edukasi	
	5. Kecemasan menurun	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 berhubungan dengan trauma jaringan. Resiko infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.14137) Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi. Ekspektasi : Menurun Kriteria hasil : 1. Kebersihan badan meningkat 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Bengkak menurun	Pencegahan Infeksi I.14539 Observasi 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistemik Teraupeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan Defisit perawatan diri (D.0109)	Perawatan Diri (L.11103) Definisi : kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri Ekspektasi : meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. memonitor tingkat kemandirian

Subjektif : menolak melakukan perawatan diri	Kriteria hasil :	3. mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
Objektif : tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet /berhias secara mandiri	1. kemampuan mandi meningkat	
	2. verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	Teraupetik
	3. mempertahankan kebersihan diri meningkat	1. menyediakan lingkungan yang hangat, rileks
		2. menyiapkan keperluan pribadi
		3. mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
		Edukasi
		1. anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

E. IMPELEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan

NO	HARI/TGL	TINDAKAN	RESPON HASIL	TTD
I,II	Sabtu, 06 April 2024 Jam 09.30	Mengkaji keadaan klien	DS : klien mengatakan nyeri pada perut diluka bekas operasi, dan belum bisa beraktivitas secara mandiri karena masih nyeri dan takut berakibat dengan penyembuhan luka operasinya. P : luka bekas operasi Q : seperti disayat- sayat R : di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : skala 8 T : saat bergerak DO : Klien tampak lemas, wajah tampak meringis dan berbaring di atas tempat tidur. TD : 140/92 mmHg N : 84 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,5 % SpO2 : 99%	Yugi

I,II,III,IV	Sabtu, 06 April 2024 Jam 09.55	Mengganti cairan Infus RL 20 tpm	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus telah diganti, tetesan lancar dengan 20 tpm	Yugi
II	Sabtu, 06 April 2024 Jam 10.00	Mengajarkan klien ambulasi dini melakukan gerakkan ekstermitas bawah	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Klien tampak bisa menggerakkan kaki dan mengangkat kaki.	Yugi
IV	Sabtu, 06 April 2024 Jam 10.45	Mengganti pembalut dan vulva hygiene	DS : Klien mengatakan bersedia dilakukan vulva hygiene DO : Lochea rubra volume $\pm$ 40 cc, bau ,Klien tampak mengikuti arahan dan nyaman.	Yugi
I, II,III	Sabtu, 06 April 2024 Jam 12.20	Memberikan obat injeksi IV lewat selang infus ketoralac 30 mg, ceftriaxon 1 g oral antalgin, etabion dan metronidazol.	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Obat injeksi dan oral telah diberikan kepada klien.	Yugi
I,II,III	Sabtu, 06 April 2024 Jam 13.00	Menganjurkan klien untuk istirahat	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Klien tampak mengikuti anjuran dari perawat.	Yugi

I,II	Sabtu, 06 April 2024 Jam 15.00	Mengganti cairan infus RL	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus telah diganti dengan RL dengan tetesan infus lancar 20 tpm.	Yugi
I,II	Sabtu, 06 April 2024 Jam 15.05	Menganjurkan melakukan ambulasi dini untuk berlatih miring kanan dan kiri	DS : Klien mengatakan bersedia diajarkan DO : Klien tampak bisa mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat.	Yugi
I	Sabtu, 06 April 2024 Jam 15.35	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik massage effleurage)	DS:Klien mengatakan bersedia diajarkan teknik <i>massage effleurage</i> DO : Klien bersedia untuk diajarkan teknik <i>massage effleurage</i>	Yugi
III,IV	Sabtu, 06 April 2024 Jam 16.30	Memandikan klien dan melakukan vulva hygiene	DS : Klien mengatakan bersedia untuk disisbin dan dilakukan <i>vulva hygiene</i> DO : pembalut penuh dengan lochea rubra dengan volume $\pm$ 50 cc, klien tampak rapi, wangi dan bersih.	Yugi
I,II,III	Sabtu, 06 April 2024	Mengkaji vital sign	DS : Klien mengatakan	Yugi

	Jam 17.00		bersedia untuk dilakukan TTV. DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : TD : 130/82 mmHg N : 92 x/mnt S : 37,4°C RR : 20 x/mnt	
I,II,III	Sabtu, 06 April 2024 Jam 17.00	Mengkaji keadaan klien	DS:Klien mengatakan masih terasa nyeri. DO : Klien tampak lemas P : luka bekas operasi Q : seperti disayat-sayat R : di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : skala 5 T : saat digerakan	Yugi
I,II,III	Sabtu, 06 April 2024 Jam 23.40	Memberikan obat injeksi IV lewat selang infus ketorolac 1 mg, ceftriaxone 500 mg.	DS:Klien mengatakan bersedia DO : Obat injeksi telah diberikan secara IV melalui selang infus.	Yugi
I,III	Sabtu, 06 April 2024 Jam 23.45	Mengganti cairan infus RL	DS : Klien mengatakan bersedia DO : infus telah diganti tetesan lancar 20 tpm	Yugi
III,IV	Minggu, 07 April 2024 Jam 05.00	Memandikan Klien dan Dilakukan vulva hygiene	DS : Klien mengatakan bersedia disibin	Yugi

			dan dilakukan vulva hygiene.	
			DO : Klien tampak mengeluarkan lochea rubra sekitar $\pm$ 50 cc dan klien tampak sudah rapi, bersih serta wangi.	
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 08.00	Mengkaji keadaan umum klien	DS : Klien mengatakan masih merasa nyeri DO : Klien tampak lemas P : luka bekas operasi Q : seperti disayat-sayat R : di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : skala 5 T : saat bergerak	Yugi
I	Minggu, 07 April 2024 Jam 08.10	Memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik <i>massage effleurage</i>)	DS : Klien mengatakan bersedia diajarkan tehnik <i>massage effleurage</i> , Klien mengatakan nyeri pada perut DO : Klien tampak sedikit meringis akibat nyeri post SC, skala nyeri 6	Yugi
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 09.00	Mengkaji vital sign	DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV	Yugi

			DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : TD : 128/78 N : 92 x/mnt S : 36,6°C RR : 21 x/mnt	
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 09.00	Mengganti cairan infus	DS:Klien mengatakan bersedia DO : Infus klien sudah di ganti, tetesan lancar 20 tpm	Yugi
II	Minggu, 07 April 2024 Jam 10.00	Mengajarkan klien untuk latihan duduk	DS : Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan DO : Klien tampak mengikuti apa yang diajarkan perawat.	Yugi
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 10.10	Menganjurkan klien untuk makan yang teratur dan bergizi	DS : Klien mengatakan bersedia DO : klien tampak kooperatif	Yugi
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 12.50	Memberikan obat injeksi IV lewat selang infus ketoralac 30 mg, ceftriaxon 1 g, oral antalgin 500 mg dan Etabion 500 mg	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Obat injeksi dan oral sudah diberikan	Yugi
III,IV	Minggu, 07 April 2024 Jam 12.55	Mengobservasi pengeluaran lochea	DS : Klien mengatakan masih keluar darah warna merah.	Yugi

			DO : Tampak keluar lochea rubra, bau khas dengan volume	
II,IV	Minggu, 07 April 2024 Jam 15.00	Menganjarkan klien untuk berjalan duduk dan kaki diturunkan	DS : Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan DO : Klien tampak mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat	Yugi
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 15.15	Mengganti cairan infus RL	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus klien sudah di ganti, tetesan lancar 20 tpm	Yugi
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 16.00	Memberikan obat injeksi IV selang infus Ketorolac 30 mg, ceftriaxon 1 g, oral antalgin 500 mg dan Etabion 500 mg.	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Obat sudah masuk	Yugi
I	Minggu, 07 April 2024 Jam 17.00	Membrikan teknik nonfarmakologis untuk mnurunkan nyeri (teknik <i>massage effleurage</i>)	DS : Klien mengatakan bersedia untuk diberikan teknik <i>massage effleurage</i> DO : Klien tampak sedikit rileks skala nyeri 5	Yugi
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 19.00	Memonitor tanda-tanda vital	DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV	Yugi

			DO : TTV telah dilakukan dengan hasil :	
			TD : 120/80 mmHg	
			N : 82 x/mnt	
			S : 36,5°C	
			RR : 20 x/mnt	
I,II,III	Minggu, 07 April 2024 Jam 19.05	Mengkaji keadaan klien	DS : Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang DO : Klien masih tampak lemas P : luka bekas operasi Q : seperti disayat-sayat R : di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : skala 4 T : saat bergerak	Yugi
I,II,III,IV	Minggu, 07 April 2024 Jam 19.10	Menciptakan lingkungan yang nyaman dan hangat	DS : Klien mengatakan nyaman DO : Klien tampak nyaman dan beristirahat.	Yugi
I,II,III,IV	Senin, 08 April 2024 Jam 05.00	Memonitor tanda-tanda vital	DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV DO : TTv telah dilakukan, dengan hasil : TD : 120/80 mmHg N : 80 x/mnt S : 36,8°C	Yugi

I,II,III,IV	Senin, 08 April 2024 Jam 05.05	Mengaganti cairan Infus RL	RR : 20 x/mnt	Yugi
			DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus klien sudah diganti, tetesan lancar 20 tpm	
I,II,III,IV	Senin, 08 April 2024 Jam 06.00	Mendampingi klien dalam melakukan perawatan diri	DS : Klien mengatakan bersedia didampingi DO : Klien tampak mampu melakukan perawatan diri dengan baik.	Yugi
			DS : Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan DO : Klien tampak mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat	
II,IV	Senin, 08 April 2024 Jam 08.20	Mengajarkan ambulasi sederhana berjalan-jalan didalam ruangan	DS : Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan DO : Klien tampak mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat	Yugi
III	Senin, 08 April 2024 Jam 09.00	Melakukan perawatan luka	DS : Klien mengatakan bersedia dilakukan perawatan luka DO : Luka tampak bersih, warna sekitar luka normal, tidak ada tanda-tanda infeksi dengan panjang ± 10 cm, keadaan luka lembab	Yugi
I,II,III	Senin, 08 April 2024 Jam 11.30	Menganjurkan klien untuk makan yang teratur dan bergizi	DS : Klien mengatakan bersedia	Yugi

I,II,III,IV	Senin, 08 April 2024 Jam 12.45	Memonitor tanda- tanda vital	DO : Klien tampak kooperatif	Yugi
			DS : Klien mengatakan bersedia dilakukan TTV DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : TD : 120/82 mmHg N : 87 x/mnt S : 36,5°C RR : 20 x/mnt	
I,II,III,IV	Senin, 08 April 2024 Jam 06.00	Mengakaji keadaan klien	DS : Klien mengatakan sudah nyaman, nyeri berkurang dan bisa jalan ke kamar mandi untuk BAK DO : Klien tampak tenang dan rileks P : luka bekas operasi Q : seperti disayat- sayat R : Abdomen bagian bawah S : skala 3 T : hilang timbul dan saat bergerak	Yugi
I	Senin, 08 April 2024 Jam 08.00	Memberikan teknik <i>massage</i> <i>effleurage</i>	DS : Klien mengatakan bersedia untuk diberikan teknik <i>massage</i> <i>effleurage</i> DO: Klien merasa rileks skala nyeri 3	Yugi

I, III	Senin, 08 April 2024 Jam 12.55	Memberikan obat etabion, metronidazol dan antalgin	DS : Klien mengatakan bersedia DO : Obat diminum sesudah makan	Yugi
I,II,III,IV	Senin, 08 April 2024 Jam 13.30	Mempersiapkan pasien pulang	DS : Klien mengatakan bersedia untuk pulang DO : Klien tampak senang	Yugi

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.11 Evaluasi Keperawatan

NO	HARI/TGL/JAM	EVALUASI	TTD
I	06 April 2024 Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan nyeri perut saat bergerak P : Luka bekas operasi Q : Seperti di sayat-sayat R : Di abdomen bagian bawah kuadaran 3 dan 4 S : skala nyeri 8 T : Hilang timbul, saat bergerak O : Klien tampak merintih A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi a. Berikan tehnik nonfarmakologi (relaksasi) b. Pemberian analgetik	Yugi
2.	Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan sudah bisa melakukan miring kanan dan kiri O : Klien tampak tenang, aktivitas masih di bantu A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi a. Mengajarkan ambulasi dini	Yugi

3	Jam 17.00 WIB	b. Mengajarkan ambulasi sederhana	Yugi
		S : Klien mengatakan terdapat luka bekas operasi di perut bagian bawah O : Tampak ada luka pada perut bagian luka ± 10 cm, bawah kuadran 3 dan 4 dengan panjang kulit sekitar luka kemerahan, luka tampak basah, kondisi uterus keras dengan hasil TTV : TD : 130/82 mmHg N : 92 x/mnt S : 37,4°C RR : 20 x/mnt A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Pertahankan tehnik antiseptik. - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.	
4	Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan tidak nyaman pada tubuhnya karena belum mandi, kulit lengket dan berkeringat, dan masih nyeri pada bagian perut serta tubuh terasa lemah. O : Pasien tampak berkeringat dan kotor A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Mendampingi dalam melakukan perawatan diri	Yugi
1	07 April 2024 Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang P : Luka bekas operasi Q : Seperti di sayat-sayat R : Abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : Skala 4 T : Hilang timbul saat bergerak O : Klien tampak merintih, dengan TTV : TD : 120/80 mmHg N : 82 S : 36,5°C RR : 20 x/mnt A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Yugi

		a. Berikan tehnik nonfarmakologi (massage effleurage) b. Pemberian analgetik c. Fasilitasi istirahat	
2	Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan disekitar tempat tidur. O : Klien tampak tenang, aktivitas masih dibantu sebagian A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Mengajarkan ambulasi sederhana	Yugi
3	Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan ada luka bekas operasi pada perut O : Kontraksi uterus baik, dengan kondisi uterus baik. A : Masalah teratasi sebagaian P : Lanjutkan intervensi a. Pertahankan tehnik antiseptik. b. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.	Yugi
4	Jam 17.00 WIB	S : Klien mengatakan sudah lebih nyaman, segar dan klien mandi masih membutuhkan bantuan. O : Klien terlihat masih membutuhkan dampingan untuk perawatan diri. A : Masalah teratasi sebagian P : pertahankan intervensi	Yugi
1	08 April 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 3 T : Hilang timbul, saat bergerak O : Klien tampak lebih nyaman TD : 120/82 mmHg N : 87 x/mnt S : 36,2°C RR : 20 x/mnt A : Masalah teratasi	Yugi

2	Jam 13.30 WIB	P : Hentikan intervensi S : Klien mengatakan sudah bisa duduk dan mampu berjalan sekitar tempat tidur. O : Klien tampak mampu berjalan sekitar tempat tidur aktivitas masih dibantu sebagian A : Masalah teratasi	Yugi
3	Jam 13.30 WIB	P : Hentikan intervensi 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 dengan TTV : TD : 120/82 mmHg N : 87 x/mnt S : 36,5°C RR : 20 x/mnt A : Masalah teratasi	Yugi
4	Jam 13.30 WIB	P : Hentikan intervensi S : Klien mengatakan sudah lebih nyaman, segar dan klien sudah mampu melakukan perawatan diri. O : Klien terlihat bisa ke toilet, tidak ada hambatan saat beraktifitas, pasien tampak lebih segar. A : Masalah teratasi P : pertahankan intervensi.	Yugi
