

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian ini mulai dilakukan pada hari Rabu 11 Februari 2026 pada jam 17.00 WIB di ruang Dewi Sinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi secara alloanamnesa dan autoanamnesa

1. Identitas

a. Identitas klien

Nama : Ny.D

Umur : 26 Tahun

Alamat : Sedadi 08/02 Kec.Penawangan

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Tanggal Jam masuk : 10 Februari 2026

Diagnosa medis : *Post Sectio Caesarea* indikasi KPD

Nomer register :43xxxx

b. Identitas penanggung Jawab

Nama: Tn.W

Umur: 28 Tahun

Alamat : Sedadi 08/02 Kec.Penawangan

Hub. Dgn Klien: Suami

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri abdomen pada area luka *Post Sectio Caesarea*

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang di IGD Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi rujukan dari Puskesmas Penawangan pada tanggal 10 Februari 2026 jam 20.00 WIB dengan G₁ P₀ A₀ hamil 38 minggu dengan KPD. Klien mengatakan pada tanggal 10 Februari 2026 jam 15.00 WIB perutnya kencang-kencang dan keluar cairan ketuban berwarna putih jernih sebanyak kurang lebih 50 cc. Klien dibawa oleh keluarga ke puskesmas jam 16.00 didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu sebagai berikut:

TD:130/80 mmHg, N : 110x/menit, RR : 24 x/menit, S :36°C, SPO2: 99 %, DJJ : 138x/menit, TFU :32 cm, VT : 1 cm, kemudian klien dirujuk ke Rumah Sakit Permata Bunda jam 20.00 WIB dengan didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 130/80 mmHg, N : 110 x/menit, RR:20 x/menit, Suhu : 36 °C, SpO2 : 99 %, DJJ : 145x/menit, perutnya terasa kencang-kencang dan ada rembesan sejak jam 15.00 WIB.Selama klien diruang pondek mendapatkan motivasi untuk kontraksi HIS namun tidak ada tanda-tanda persalinan.Klien dilakukan operasi *sectio caesarea* pada tanggal 11 Februari 2026 jam 11.30 -12.15 WIB. Bayi lahir dengan jenis kelamin Laki-laki, berat : 3090 gr, panjang : 48 cm, Lingkar Kepala :35,00 cm. klien dan bayi masuk ruang Dewi Sinta pada tanggal 11 Februari 2026 jam 12.30 WIB.Pada saat dikaji klien

mengatakan nyeri pada luka *Post Sectio* timbul dan bertambah saat klien bergerak beraktivitas, klien mengatakan sulit tidur, klien tampak meringgis dan gelisah serta tampak menghindari posisi/bergerak agar nyeri tidak muncul, dengan bagian abdomen *Caesarea* rasanya seperti di sayat-sayat, skala nyeri 6, nyeri hilang maupun tanda-tanda vital TD : 120/80 mmHg, N : 105 x/menit, RR: 22x/menit Suhu: 36,3°C, SpO2: 99 %.

P : Penyebab nyeri karena *Post Sectio Caesarea*

Q: Nyeri seperti disayat-sayat

R: Abdomen area luka *post section caesarea*

S: Skala nyeri 6

T: Nyeri hilang timbul dan bertambah saat klien bergerak maupun beraktivitas

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki 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 keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes mellitus dan asma. Meskipun penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS dan hepatitis, klien mengatakan tidak ada keluarga yang menjalankan operasi *sectio caesarea* saat melahirkan.

4. Riwayat Pernikahan

Klien mengatakan menikah 1 kali pada tahun 2022 dengan status pernikahan sah.

5. Riwayat Obsterti

a. Riwayat Haid

Menarche : 16 tahun

Lama haid : 7 hari

Jumlah darah yang keluar : 3 kali ganti pembalut

Konsistensi : warna merah,berbau khas

Siklus haid : 28 hari

HPHT : 10 Mei 2025

HPL: 11 Februari 2026

b. Riwayat Kehamilan

1) Klien mengatakan kehamilan yang pertama dengan status G₁ P₀ A₀

Pemeriksaan ANC

Klien mengatakan selama hamil memeriksakan kehamilannya pada bidan setiap sebulan sekali sebanyak 8 kali dan kehamilan sudah direncanakan.

2) Keluhan selama hamil

Klien mengatakan tidak ada masalah kesehatan selama hamil, klien hanya mual muntah saat 1-3 bulan awal kehamilan.

3) Upaya mengatasi keluhan dan pengobatan

Klien mengatakan rutin memeriksakan kehamilannya di posyandu desa dan mengonsumsi obat sesuai anjuran bidan.

6. Riwayat Persalinan

a. Riwayat Persalinan Saat Ini

1) Timbul His

Klien mengatakan perutnya kencang-kencang sejak tanggal 10 Februari 2026.

2) Keadaan ketuban

Pada pemeriksaan tanggal 10 Februari 2026 jam 15.00 WIB ketuban sudah rembes.

3) Lama persalinan

Lama persalinan secara section caesarea berlangsung sekitar 45 menit dimulai dari jam 11.30 -12.15 WIB

4) Tidak dilakukan episiotomy, kondisi perineum dan sekitar vagina utuh.

5) Dilakukan anestesi karena persalinan operasi section caesarea dengan SAB (Spinal Anestesi/barachniod Blok).

6) Pengeluaran plasenta 5 menit dan pendarahan 200 cc

b. Laporan Persalinan Operasi Sectio Caesarea

Nama :Ny.D

Umur: 26 tahun

No. register : 43xxxx

Nama ahli anestesi : Dr. Harry Sp.An

Jenis anestesi : SAB (Spinal Anestesi/barachniod Blok)

Jenis operasi : SC

Diagnose prabedah : G₁ P₀ A₀ hamil 38 minggu dengan KPD

Diagnose pasca bedah : *Post Sectio Caesarea*

Nama operasi : *Sectio caesarea*

Jaringan yang di insisi : Uterus

Tanggal operasi : 11 Februari 2026

Jam mulai operasi : 11.30 WIB

Waktu selesai operasi 12.15 WIB

Pasien tidur terlentang dalam lumbar anestesi Asepsis dan antisepsis
pasang duk steril

Insisi pfannenstiel perdalam sd cavum abdomen terbuka

Buka plica vesco uterina, insisi SBR semilunar Pecah KK, keluar
ketuban jernih

Dengan meluksir kepala lahirkan bayi,

Jenis Kelamin : Laki-laki berat 3090 gr, AS 8 9 10

Plasenta dilahirkan, kotiledon lengkap, infark (-) hematoma (-)

Jahit SBR. kontraksi uterus kuat

Kedua Adneksa dalam batas normal Cuci cavum abdomen dengan

NACL dan povidon iodine

Evaluasi perdarahan ()

Jahit lapis demi lapis dinding abdomen

Jahit kulit SCR subkutikuler

Tindakan selesai.

Pengkajian luka

Pengkajian luka dilakukan pada tanggal 11 Februari 2026 jam 17.00

WIB

- 1) Ukuran luka:(terbalut kasa/perban)
- 2) Permukaan luka : terbalut kasa,rapi, tidak ada rembesan
- 3) Nyeri: skala 6
- 4) Kulit sekitar luka : tidak kemerahan

c. Riwayat Psikososial Kultur

1) Pola koping

Klien mengatakan hubungannya dengan suami dan keluarga besarnya baik, selalu membicarakan masalahnya secara musyawarah dengan keluarga, klien selalu mendapatkan dukungan dari suami dan keluarga.

2) Kultur yang dianut

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

d. Riwayat Keluarga Berencana

Klien mengatakan sebelum hamil belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Setelah melahirkan anak pertama, klien mengatakan belum ada rencana untuk melakukan KB.

7. Data Infant

- a. Jenis kelamin : Laki-laki
- b. Berat badan : 3090 gram
- c. Panjang badan:48 cm
- d. Kesulitan saat lahir: Tidak ada
- e. Dilakukan resusitasi atau tidak: tidak
- f. Bayi lahir dengan sectio caesarea, APGAR score: 8,9,10

Table 3.1 APGAR Score

APGAR	1	5	10	Nilai
Score	Menit	Menit	Menit	Normal
Denyut	2	2	2	2
jantung				
Pernapasan	2	2	2	2
Tonus Otot	1	1	2	2
Peka	1	2	2	2
rangsangan				
Warna	2	2	2	2
Jumlah	8	9	10	10

- g. Keberadaan sucking, rooting, dan swallowing reflek baik serta kuat
- h. Tidak ada kelainan kongenital
- i. Rencana diberikan Air Susu Ibu (ASI)

8. Pengkajian pola fungsional menurut virginia henderson, sebagai berikut:

a. Kebutuhan bernafas dengan normal

Selama hamil :klien mengatakan bernafas dengan normal,irama,kedalaman saat bernafas dengan frekuensi normal tidak menggunakan alat bantu pernafasan,tidak ada gangguan.

Saat dikaji:klien mengatakan bernafas dengan normal dan seperti sebelumnya tanpa ada gangguan.

b. Kebutuhan nutrisi adekuat

Selama hamil:klien mengatakan nafsu makan normal,tetapi kadang merasakan mual,tidak ada kesulitan menelan.

Saat dikaji:klien mengatakan nafsu makan masih normal,makan nasi lemes,sayur lauk pauk dari RS.

A	TB :	B	HB : 12,7	C	Rambut:hitam	D	Pasien
	158				lurus teraba		makan
	cm				lembab,bibir		lauk
	BB :		LEUKOSIT	:	lembab		pauk
	68 kg		12.320				sayur
	IMT :		TROMBOSIT:				sesuai
	28		268.000				diit
	LILA		Hematokrit : 38				dari
	: 26						RS
	cm/						

c. Kebutuhan eliminasi

Selama hamil:klien mengatakan biasanya BAB 1x sehari dan BAK 4-6x sehari

Saat dikaji:klien mengatakan belum BAB namun sudah flatus dan BAK 5-7x sehari

d. Kebutuhan keseimbangan dan gerak

Selama hamil:klien mengatakan sebelum sakit biasanya sehari-hari dirumah mencuci baju dan piring,menyapu lantai,mandi,toileting,makan dan tidur secara mandiri.

Saat dikaji:klien saat dirumah sakit klien bisa duduk dibantu oleh keluarga

e. Kebutuhan istirahat dan tidur

Selama hamil : klien mengatakan selama hamil tidur malam 6-7 jam tetapi sering terbangun karena ingin BAK dan tidur siang tidak menentu sekitar 1-2 jam setiap hari

Saat dikaji : klien mengatakan setelah melahirkan kesulitan untuk tidur, tadi malam hanya tidur 2-3 jam. Klien mudah terbangun karena merasakan nyeri pada luka *Post Sectio Caesarea*, saat bayi rewel lingkungan ruangan di Rumah Sakit Klien tidur siang kurang lebih hanya 30 menit..

f. Kebutuhan mempertahankan temperatur tubuh

Selama hamil:klien mengatakan memakai pakaian tipis saat panas dan memakai pakaian tebal saat dingin.

Saat dikaji:klien mengatakan memakai daster karena lebih simpel dan mudah digunakan.

g. Kebutuhan personal hygiene

Selama hamil:klien mengatakan mandi dan gosok gigi 2x sehari,keramas 3x seminggu tanpa bantuan

Saat dikaji:klien mengatakan hanya disibin saja ketika di rumah sakit

h. Kebutuhan berkomunikasi

Selama hamil:klien mengatakan komunikasi normal dengan intonasi yang jelas tanpa ada gangguan

Saat dikaji:klien mengatakan komunikasi normal dengan intonasi yang jelas tanpa ada gangguan.

i. Kebutuhan Spiritual

Selama hamil : klien mengatakan beragama islam dan menjalankan kewajiban sholat 5 waktu sebagai umat muslim

Saat dikaji : klien mengatakan selama persalinan Caesarea dan masa nifas tidak menjalankan ibadah 5 waktu, namun *Post Sectio* klien tetap berdoa terhadap Tuhan.

j. Kebutuhan berpakaian dan memilih pakaian

Selama hamil:klien mengatakan bisa berpakaian sehari tanpa bantuan

Saat dikaji:klien mengatakan berpakaian dibantu oleh keluarga karena ada gangguan gerak tangan kiri terpasang infus.

k. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Selama hamil : klien mengatakan tidak merasa nyeri

Saat dikaji: klien mengatakan nyeri luka *Post Sectio Caesarea* untuk pengkajian nyeri nya didapatkan :

P : Penyebab nyeri karena *Post Sectio Caesarea*

Q: Nyeri seperti disayat-sayat

R:Abdomen area luka *post section caesarea*

S: Skala nyeri 6

T: Nyeri hilang timbul dan bertambah saat klien bergerak maupun beraktivitas

l. Kebutuhan bekerja

Selama hamil:klien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga

Saat dikaji: klien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga

m. Kebutuhan rekreasi

Selama hamil:klien mengatakan biasanya jalan-jalan setiap pagi dan makan-makan di restoran saat weekend

Saat dikaji:klien mengatakan mengobrol dengan mertua ketika di rumah sakit

n. Kebutuhan belajar

Selama hamil:klien mengatakan belum mengetahui tentang cara perawatan luka *post operasi caesarea*

Saat dikaji:klien tampak cemas dan sering bertanya tentang perawatan lukanya.

9. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- 1) Penampilan : Lemah
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) GCS : 15 (E:4,M:6,V:5)

b. Tanda-tanda Vital

- 1) TD: 120/80 mmHg
- 2) N: 105x/menit
- 3) RR: 22 x/menit
- 4) Suhu : 36,3 °C
- 5) SpO2 : 99 %

c. Kepala

- 1) Bentuk kepala normal, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan.
- 2) Rambut : warna hitam, tidak ada ketombe dan lesi.
- 3) Wajah : tidak ada edema, tampak chloasma,.
- 4) Alis : simetris, tebal dan berwarna hitam.
- 5) Mata : simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik,tidak menggunakan alat bantu penglihatan, pupil isokor.

- 6) Hidung : simetris, pencium baik tidak ada secret dan tidak ada pembesaran polip, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, tidak tampak cuping hidung,
- 7) Mulut : simetris, mulut bersih, mukosa bibir lembab dan tidak ada stomatitis, lidah bersih
- 8) Gigi: bersih, tidak ada karies, tidak ada gingivitis
- 9) Telinga : simetris, bersih tidak ada penumpukan serumen, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening serta tidak mengalami kaku kuduk, tidak ada edema.

e. Mamae

Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, sudah terasa keras hari ke 1 *post sc* , kolostrum sudah keluar keluar, tidak bengkak, dan ASI sudah keluar

f. Puting

Puting menonjol keluar, kondisi puting bersih coklat kehitaman, areola menghitam.

g. Paru-paru

Inpeksi : bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada keluhan sesak napas, tidak ada benjolan massa, frekuensi napas 20 x/menit.

Palpasi: vocal fremitus getaran sama kanan kiri, tidak : ada kelainan

Perkusi : bunyi sonor

Auskultasi suara nafas vesikuler dan tidak ada suara tambahan.

h. Jantung

Inpeksi : ictus cordis tidak tampak pada ICS ke 4 dan ICS ke 5 mid clavicula

Palpasi : ictus cordis teraba pada ICS ke 4 dan ICS ke 5 mid clavikula

Perkusi: bunyi pekak

Auskultasi : bunyi suara jantung S1 dan S2 reguler.

i. Abdomen

Inpeksi : terdapat luka *post section caesarea* terdapat balutan,tertutup rapi dengan kasa,terdapat tampak ada linea nigra,balutan tidak rembes,tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka *post SC*,striae gravidarum tampak warna kehitaman.

Auskultasi : peristaltik usus 20 x/menit

Perkusi:bunyi timpani

Palpasi : ada nyeri tekan pada area sekitar luka *Post Sectio Caesarea*,tidak ada pembesaran hati,TFU 2 jari dibawah umbilicus(pusar),linea nigra nampak,kontraksi uterus keras.

j. Ekstermitas

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

Inferior: Simetris, gerakan terbatas, tidak ada oedema, tidak ada varises, dan lesi, kekuatan otot.

k. Genetalia : Tidak ada robekan dan tidak ada jahitan perineum. tidak ada edema, darah berwarna merah (loche rubra) 40cc dan bau khas amis darah, terpasang kateter.

l. Kulit dan kuku

Inspeksi : warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, kuku bersih, turgor elastis, CRT 2 detik.

10. Data Penunjang

a. Laboratorium

Nama: Ny.D

Tanggal Periksa: 10 Februari 2026

No. Reg: 43xxxx

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Ket
HEMATOLOGI				
<u>DARAH LENGKAP</u>				
Hemoglobin	12,7	12-16	g/Dl	
Lekosit	12320	3600-11000	/uL	
Trombosit	268000	150000-450000	/uL	
Hematokrit	38	37-43	%	
Masa Pembekuan(CT)	03.15	2-6	menit	
Masa perdarahan	01.20	1-3	menit	

b. Terapi obat

Tabel 3.3 Terapi Obat

No	Nama obat	Dosis	Rate	Indikasi
1	Infus RL	20 tpm	IV	Terapi digunakan untuk menambah cairan tubuh
2	Ceftriaxon	2 x1 gr	IV	Terapi digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri, obat ini bekerja dengan menghambat pertumbuhan bakteri dan tubuh.
3	ketorolac	3x 30 mg	IV	Terapi digunakan untuk meredakan nyeri berat hingga nyeri ringan
4	Metronidazol	2x500 mg	Oral	Terapi digunakan untuk mengangani infeksi parasit tertentu

B. Analisa data

Table 3.4 analisa data

No	Hari/tgl	Data fokus	Problem	Etiologic	paraf
1	Rabu,11 Februari 2026 17.00	Ds:Klien mengatakan nyeri pada area luka <i>post</i> <i>Sectio Caesarea</i> dan sulit tidur P:Penyebab nyeri karena <i>post section caesarea</i> Q:Nyeri seperti tersayat- sayat R: Perut area luka <i>post</i> <i>section caesarea</i> S: Skala nyeri 6(nyeri sedang) T:Hilang timbul dan bertambah saat beraktivitas/bergerak,klien mengeluh sulit tidur. DO:Klien tampak gelisah,meringgis,menahan	Nyeri Akut (D.0077)	Agen pencedera fisik	indri

nyeri,serta tampak
menghidari posisi/bergerak
agar nyeri tidak muncul
dan tampak mata panda
pada kelopak mata klien
serta klien sering menguap
saat komunikasi.
TD:120/80 mmHg
N:105x/menit
RR:22x/menit
S:36,3°C
SPO2:99%

2	Rabu,11	Ds:	Gangguan	Hambatan	indri
	Februari	- Klien mengatakan	pola tidur	Lingkungan	
	2026	dan mengeluh sulit	(D.0055)		
	17.00	tidur			
		- Klien mengatakan			
		tidur malam hanya			
		tidur 2-3 jam			
		- Klien mengatakan			
		kemampuan			
		beraktivitas			
		menurun karena			

kurang tidur dan
karena *post section*
caesarea

- Klien mengatakan
pola tidur berubah
saat malam hari
sering terbangun
karena merasakan
nyeri luka *post*
section caesarea

- Klien mengeluh
istirahat tidak
cukup karena bayi
nangis

- Klien mengatakan
tidak bisa tidur
karena lingkungan
kurang nyaman

Do:

- Klien tampak
lemah dan sering
menguap saat di
ajak berbicara
-

			- Tampak mata panda pada kelopak mata klien		
3	Rabu,11 Februari 2026 17.00	Ds:	- Klien mengatakan ada luka <i>post section caesarea</i>	Resiko infeksi (D.0143)	Efek prosedur invasive
			- Klien mengatakan luka tertutup perban		
			- Klien mengatakan tidak tahu cara merawat lukanya		
		DO:	— terdapat luka <i>post section caesarea</i> terdapat balutan,tertutup rapi dengan kasa,		
			— balutan tidak rembes,		

— tidak ada tanda-
tanda infeksi pada
luka *post SC*,

C. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post operasi*)
dibuktikan dengan mengeluh nyeri dan meringgis, gelisah, nadi
meningkat, mengeluh sulit tidur, dan bersikap protektif (menghindari area
yang nyeri) (D.0077)
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan
dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas
tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)
3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jahitan atau kerusakan kulit
dibuktikan dengan efek prosedur invasif (*post sectio caesarea*) (D.0142).

D. Intervensi keperawatan

Table 3.5 Intervensi Keperawatan

No	Hari/tgl	Luaran keperawatan (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)	Paraf
DP				
1	Rabu,11 Februari 2026 17.00	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil 1. Keluhan menurun nyeri(5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5)	Manajemen nyeri(I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Monitor samping penggunaan analgetik efek. Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk	Indri

-
- | | |
|-------------------------------------|--|
| 4. Kesulitan
menurun(5)
tidur | mengurangi rasa nyeri (mis
TENS, hipnosis, akupresur,
terapi musik, <i>biofeedback</i> , |
| 5. Sikap
menurun
protektif(5) | terapi pijat (<i>foot massage</i>),
aromaterapi, teknik imajinasi
terbimbing kompres
hangat/dingin, terapi bermain) |

2. Kontrol lingkungan yang
memperberat rasa nyeri (mis
suhu ruangan, pencahayaan,
kebisingan)
3. Pertimbangkan jenis dan
sumber nyeri. dalam pemilihan
strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode,
dan pemicu nyeri.
 2. Jelaskan strategi meredakan
nyeri.
 3. Anjurkan memonitor nyeri
secara mandiri
 4. Anjurkan menggunakan
analgetik secara tepat
-

			5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk rasa nyeri mengurangi.	
			Kolaborasi	
			1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
II	Rabu,11 Februari 2026 17.00	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi pengganggu faktor tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.	Indri
		1. keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun	Terapeutik	

-
- | | |
|--|--|
| 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun | <ol style="list-style-type: none">1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)

Batasi waktu tidur siang, jika perlu2. Fasilitasi – menghilangkan stres sebelum tidur3. Tetapkan jadwal tidur rutin4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur).5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. |
|--|--|

Edukasi

1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur,
-

			3. Anjurkan menghindari makanan/minuman mengganggu tidur yang 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya, hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau nonfarmakologi lainnya cara	
III	Rabu,11 Februari 2026 17.00	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:	Pencegahan infeksi(I.14039) Observasi 1. Monitor taanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi pengunjung jumlah 2. Berikan perawatan kulit pada area edema.	Indri

1. Kemerahan menurun (5)	3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
-----------------------------	--

2. Bengkak menurun (5)	Edukasi
---------------------------	----------------

3. Drainase menurun (5)	1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
----------------------------	--

	2. Ajarkan cuci tangan dengan benar
--	--

	3. Ajarkan etika batuk
--	------------------------

Kolaborasi

	1. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu
--	---

E. Implementasi keperawatan

Table 3.6 Implementasi Keperawatan

No	Hari/tgl/jam	Tindakan	Respon hasil	paraf
DP				
I	Rabu, 11 Februari 2026 17.00	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	Ds:Klien mengatakan nyeri <i>post section caesarea</i> P:penyebab nyeri dikarenakan luka <i>post section caesarea</i> Q:nyeri seperti tersayat-sayat R:abdomen area luka <i>post section caesarea</i> S:skala nyeri 6 T:hilang timbul dan bertambah jika klien beraktivitas atau bergerak Do:Klien tampak gelisah, meringgis, menahan nyeri, menghindari posisi (agar nyeri tidak	Indri

			muncul),nadi meningkat:105x/menit	
I	17.10	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Ds:Klien mengatakan nyeri hilang timbul Do:Klien tampak meringgis dan menahan nyeri saat bergerak dan beraktivitas	Indri
I,III	17.30	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Ds:Klien mengatakan sering terbangun dari tidur apabila nyeri timbul,mendengar bayinya menangis dan disaat lingkungan kurang nyaman. Do:Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur dan mengantuk karena kurang tidur pada malam hari.	Indri
I	18.05	Mengidentifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri	Ds:Klien mengatakan kurang memahami pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.	Indri

			Do:Klien tampak kebingungan dan sedikit menjawab karena kurangnya informasi mengenai nyeri yang dirasakan.
I,II,	18.15	Memberikan injeksi	Ds:Klien mengatakan Indri
III		:Ceftriaxone 1 gr (IV)	bersedia
		Dan obat oral : Metronidazol 500 mg (Oral)	Do:Klien tampak kooperatif
III	18.50	Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Ds:Klien mengatakan Indri masih merasakan nyeri diluka <i>post section caesarea</i> dan klien mengatakan belum mengetahui cara merawat luka
			Do:luka <i>post section caesarea</i> klien tampak masih dibalut perban dan tidak ada tanda gejala infeksi

II	19.10	Mengidentifikasi pengganggu tidur dan/atau psikologis)	faktor (fisik	Ds:Klien istirahat tidak cukup karena merasakan nyeri,timbul,mendengar bayinya menangis dan disaat lingkungan kurang nyaman. Do:Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur dan mengantuk dipagi hari	mengeluh	Indri
I	19.25	Menjelaskan meredakan nyeri	strategi	Ds:Klien bersedia dijelaskan oleh perawat mengenai strategi untuk meredakan nyeri Do:Klien tampak mendengarkan apa yang dijelaskan oleh perawat dengan baik	mengatakan	Indri
III	19.50	Mengajarkan cuci tangan 6 langkah yang benar kepada pasien dan keluarga	6	Ds:Klien dan keluarga mengatakan bersedia dan akan melakukan Tindakan mencuci tangan secara benar		Indri

				Do:Klien dan keluarga tampak kompak melakukannya	
I,II	20.10	Memfasilitasi istirahat dan tidur		Ds:Klien mengatakan tadi tidur hanya 2-3 jam,karena nyeri pada luka <i>post section caesarea</i> dan suara tangisan bayinnya Do:Klien tampak lemah terbaring ditempat tidur dan tampak ngantuk,sering menguap saat diajak berbicara.	Indri
II	20.05	Memodifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan,suhu,matras dan tempat tidur)		Ds:Klien mengatakan bersedia untuk memodifikasi lingkungan Do:Klien tampak lebih nyaman setelah lingkungan dimodifikasi oleh perawat	Indri
I,II	20.10	Memfasilitasi istirahat dan tidur		Ds:Klien mengatakan tadi tidur hanya 2-3 jam,karena nyeri pada luka <i>post section</i>	Indri

				<i>caesarea</i>	dan	suara	
						tangisan bayinnya	
				Do:Klien	tampak	lemah	
					terbaring	ditempat tidur	
					dan tampak ngantuk,sering		
					menguap	saat diajak	
					berbicara.		
II	20.15	Memberikan nonfarmakologis mengurangi nyeri(mis.terapi pijat : <i>foot massage</i>)	Teknik untuk rasa	Ds:Klien mengatakan bersedia untuk diberikan Tindakan <i>foot massage</i> .setelah implementasi klien mengatakan lebih rileks,nyeri berkurang skala nyeri 5		Indri	
				Do:Klien	tampak		
				kooperatif	dan	lebih	
				nyaman	setelah	di	
				implementasikan Tindakan <i>foot massage</i>			
I	20.20	Mengajarkan nonfarmakologis pada klien dan keluarga (<i>foot massage</i>)	Teknik	Ds:Klien dan keluarga mengatakan memahami Langkah-		Indri	

		Untuk mengurangi rasa nyeri	langkah	Teknik	<i>foot massage</i>	
				Do:Klien dan keluarga	tampak kooperatif	
II	20.35	Memodifikasi lingkungan (mis.pencahayaan,kebisingan, Suhu,matras,dan tempat tidur)	DS:Klien bersedia memodifikasi lingkungan	mengatakan	Indri	
			DO:Klien kooperatif dan membantu oleh keluarga	untuk		
II	20.40	Membatasi jumlah pengunjung	Ds:Klien dan keluarga mengatakan bersedia untuk membatasi pengunjung	Do:Klien dan keluarga tampak memahami apa yang dibutuhkan untuk kenyamanan klien	Indri	
II	20.45	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	Ds:Klien paham dengan yang dijelaskan oleh perawat	mengatakan	Indri	

			Do:Klien tampak paham apa yang dijelaskan oleh perawat
I	21.50	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri.	Ds:Klien mengatakan Indri masih merasakan nyeri <i>post section caesarea</i> P:penyebab nyeri dikarenakan luka <i>post section caesarea</i> Q:nyeri seperti tersayat-sayat R:abdomen area luka <i>post section caesarea</i> S:skala nyeri 5 T:hilang timbul dan bertambah jika klien beraktivitas atau bergerak Do:Klien masih tampak gelisah,meringgis,menahan nyeri,menghindari posisi (agar nyeri tidak muncul), TD:120/80mmHg N:97x/menit

			RR:22x/menit		
			S:36,3°C		
			SpO2:99%		
II	21.55	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mengatur posisi)	Ds:Klien mengatakan memahami apa yang dijelaskan oleh perawat dan mengetahui apa yang akan dilakukannya Do:Klien tampak mengatur posisi istirahat senyaman mungkin	Indri	
I,II, III	21.00	Memberikan injeksi obat : Ketorolac 30 mg (IV)	Ds:Klien bersedia Do:Klien tampak kooperatif	Indri	
I	Kamis,12 Februari 2026 07.00	Mengidentifikasi Lokasi,karakteristik,durasi, Frekuensi,kualitas,intensitas nyeri	Ds:Klien mengatakan merasakan nyeri <i>post section caesarea</i> P:penyebab nyeri dikarenakan luka <i>post section caesarea</i> Q:nyeri seperti tersayat-sayat	Indri	

			R:abdomen area luka <i>post section caesarea</i>	
			S:skala nyeri 4 (nyeri sedang)	
			T:hilang timbul dan bertambah jika klien beraktivitas atau bergerak	
			Do:Klien tampak meringgis dan gelisah berkurang	
I	07.45	Mengidentifikasi faktor Yang memperberat dan memperingan nyeri	DS:klien mengatakan Indri mengurangi pergerakan karena takut nyerinya bertambah jika banyak bergerak dan berkurang saat istirahat tidur	
			DO:Klien tampak meringgis dan menahan nyeri saat bergerak dan beraktivitas	
I,II	07.50	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Ds:Klien mengatakan Indri sering terbangun dari tidur apabila nyerinya	

				timbul, mendengar bayinya menangis dan klien mulai dapat beradaptasi dengan lingkungan Do: Klien tampak terbaring di tempat tidur	
I, II,	08.30	Memberikan	injeksi:	DS: Klien mengatakan	Indri
III		Cefriaxone 1 gr (IV)		bersedia untuk diberikan	
		Dan memberikan obat oral:	obat		
		Metronidazol 500 mg (Oral)	DO: Klien	tampak	
				kooperatif	
III	09.00	Memonitor tanda dan gejala	DS: Klien	mengatakan	Indri
		infeksi local dan sistemik	masih merasakan nyeri		
			diluka <i>post section</i> <i>caesarea</i>		
			DO: Luka <i>post section</i> <i>caesarea</i> klien tampak		
			masih dibalut perban dan		
			tidak ada tanda gejala		
			infeksi		
I	09.15	Menjelaskan	strategi	DS: Klien mengatakn	Indri
		meredakan nyeri	bersedia dijelaskan oleh		

				perawat mengenai strategi untuk meredakan nyeri		
				DO:Klien tampak paham apa yang dijelaskan oleh perawat		
I	10.10	Mengajarkan nonfarmakologis pada klien dan keluarga (<i>foot massage</i>) untuk mengurangi rasa nyeri	Teknik	DS:Klien dan keluarga mengatakan dapat memahami Langkah-langkah teknik <i>foot massage</i>	Indri	
				DO:Klien dan keluarga tampak kooperatif		
I	10.15	Memberikan nonfarmakologis mengurangi nyeri(mis.terapi pijat: <i>foot massage</i>)	Teknik	DS:Klien mengatakan bersedia diberikan Tindakan <i>foot massage</i> Setelah implementasi klien mengatakan lebih rileks,nyeri berkurang dengan skala nyeri 3	Indri	
				DO:Klien tampak rileks dan nyaman,serta kooperatif		

I	10.35	Mengidentifikasi	DS:Klien mengatakan Indri
		Lokasi,karakteristik,durasi, Frekuensi,kualitas,intensitas nyeri.	merasakan nyeri <i>post section caesarea</i> P:penyebab nyeri dikarenakan luka <i>post section caesarea</i> Q:nyeri seperti tersayat-sayat R:abdomen area luka <i>post section caesarea</i> S:skala nyeri 3 (nyeri sedang) T:hilang timbul dan bertambah jika klien beraktivitas atau bergerak DO: Klien tampak rileks dan nyaman,serta kooperatif Nadi :88x/menit
III	11.00	Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	DS:Klien mengatakan Indri masih merasakan nyeri diluka <i>post section caesarea</i>

			DO:Luka <i>post section caesarea</i> klien tampak masih dibalut perban dan tidak ada tanda gejala infeksi	
III	11.20	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan,mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	DS:Klien mengatakan Indri bersedia DO:Klien tampak kooperatif	
I,II	12.20	Menciptakan lingkungan yang nyaman dan hangat	DS : Klien mengatakan Indri nyaman DO:Klien tampak nyaman beristirahat,berbaring ditempat tidur	
II	13.00	Memodifikasi lingkungan (mis.pencahayaan,kebisingan, Suhu,matras,dan tempat tidur)	DS:Klien mengatakan Indri bersedia untuk memodifikasi lingkungan DO:Klien tampak kooperatif dan memodifikasi lingkungan dibantu oleh keluarga	

I,II,	13.45	Memberikan	injeksi:	DS:Klien	mengatakan	Indri
III		Ketorolac 30 mg (IV)		bersedia		
				DO:Klien	tampak	
				kooperatif		
I,II	14.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur klien	dan	DS:Klien	mengatakan tadi	Indri
				malam bisa tidur 5-6 jam,karena klien merasakan keadaannya sudah membaik dan sudah terbiasa dengan lingkungan barunya memiliki bayi		
				DO:Klien	tampak	
				berbaring ditempat tidur		

F. Evaluasi keperawatan

Table 3.7 Evaluasi Keperawatan

No.dp	Hari/tgl/jam	Evaluasi	paraf
I	Rabu, 11 Februari 2026 21.00	S:Klien mengatakan nyeri masih terasa	Indri
		P:Saat bergerak dan beraktivitas	
		Q:Tersayat-sayat	
		R:Abdomen area luka <i>post section caesarea</i>	
		S:Skala nyeri 5 (nyeri sedang)	
		T:Hilang timbul	
		O:Klien tampak meringgis, gelisah, kesadaran	
		CM, tampak lemah	
		TD:120/80mmHg	
		N:97x/menit	
		RR:22x/menit	
		S:36,3°C	
		SpO2:99%	
		A:Masalah nyeri akut belum teratasi	
		P:Lanjutkan intervensi	
		- Identifikasi	
		Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,	
		Kualitas, dan intensitas nyeri	
		- Identifikasi faktor yang memperberat dan	
		memperingan nyeri	

		- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan Teknik nonfarmakologis pada klien dan keluarga (<i>foot massage</i>) untuk mengurangi nyeri - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik <i>foot massage</i>) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
II	Rabu, 11 Februari 2026 21.00	S: Klien mengatakan sering terbangun dari tidur apabila nyerinya timbul, mendengar bayinya menangis dan merasa kurang nyaman dengan lingkungan barunya O: Klien tampak terbaring lemas ditempat tidur A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis)	Indri

		- Modifikasi lingkungan (mis.pencahayaan,kebisingan,suhu,matras,dan tempat tidur) - Fasilitasi istirahat dan tidur klien	
III	Rabu,11 Februari 2026 21.00	S:Klien mengatakan kurang mengerti tanda dan gejala infeksi,klien dan keluarga bersedia melakukan 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar,bersedia meningkatkan asupan nutrisi dan cairan O:Klien tampak kooperatif,tampak luka masih terbalut,balutan luka tampak kering,tidak ada rembesan,tidak ada bengkak disekitar luka A:Masalah resiko infeksi belum teratasi P:Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sitemik - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan,mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Lakukan perawatan luka - Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu	Indri
I	Kamis,12 Februari 2026	S:Klien mengatakan nyeri masih terasa P:Saat bergerak dan beraktivitas Q:Tersayat-sayat	Indri

	14.00	R:Abdomen area luka <i>post section caesarea</i> S:Skala nyeri 3 T:Hilang timbul O:Klien tampak rileks dan tampak lebih nyaman kesadaran CM. A:Masalah nyeri akut teratasi P: Intervensi dihentikan	
II	Kamis,12 Februari 2026 14.00	S:Klien mengatakan tadi malam bisa tidur 5-6 jam ,karena klien merasakan keadaannya sudah membaik dan sudah terbiasa dengan lingkungan barunya memiliki bayi O:Klien tampak terbaring ditempat tidur A: Masalah gangguan pola tidur teratasi P:Intervensi dihentikan	Indri
III	Kamis,12 Februari 2026 14.00	S:Klien mengatakan sudah mengerti tanda dan gejala infeksi,klien dan keluarga bersedia melakukan 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar,bersedia meningkatkan asupan nutrisi dan cairan O:Klien tampak kooperatif,,terbaring ditempat tidur,tampak luka masih terbalut,balutan luka tampak kering,tidak ada rembesan,tidak ada bengkak disekitar luka A:Masalah resiko infeksi teratasi	indri

P:Intevensi di lanjutkan oleh keluarga/perawat

homecare

- Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
 - Lakukan perawatan luka atau Ganti balut secara mandiri
-