

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Studi kasus

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien satu dilakukan pada hari senin, 28 April 2025 pukul 14.20 wita dengan post *sectio caesarea* dan pada pasien dua pada hari senin 28 april 2025 pukul 16.00 dengan *sectio caesarea* di ruang Elisabeth Rumah Sakit karitas weetebula dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi pada klien.

##### a. Data Umum Klien

##### 1) Identitas Klien

Tabel 4.1 Biodata Klien

No	Data	Ibu 1	Ibu 2
1	Nama	Ny. D	Ny. M.D
2	Usia	22 tahun	29 tahun
3	Status perkawinan	Kawin	Kawin
4	Pekerjaan	Petani	Karyawan Swasta
5	Pendidikan terakhir	SD	SMA
6	Nama suami	Tn. K	Tn. E
7	Usia suami	25 tahun	28 tahun
8	Status perkawinan	Kawin	Kawin
9	Pekerjaan suami	Petani	Karyawan Swasta
10	Pendidikan terakhir	SMA	Sarjana Ekonomi

Berdasarkan tabel 4.1. didapatkan bahwa kedua ibu berstatus kawin dengan usia, pekerjaan, tingkat pendidikan yang berbeda.

## 2) Keluhan Utama

Tabel 4.2 Keluhan Utama

<b>Keluhan Utama</b>	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
Keluhan utama saat pengkajian	Ny. D mengatakan nyeri pada abdomen bekas operasi	Ny. M. D mengatakan nyeri pada abdomen bekas operasi

Berdasarkan tabel 4.2 kedua ibu mengalami keluhan yang sama yaitu mengatakan nyeri pada abdomen bekas operasi.

## 3) Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Yang Lalu

Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Yang Lalu

<b>Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang lalu</b>	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
	Ny. D mengatakan ini adalah anaknya yang pertama lahir di tahun 2025, Tipe Persalinan <i>sectio caesarea</i> , ditolong oleh Dokter dan bidan, jenis kelamin Perempuan, BB saat lahir 2900 gr, PB 47 cm, keadaan waktu lahir langsung menangis, masalah saat kehamilan.	Ny. M.D mengatakan ini adalah anaknya yang pertama lahir di tahun 2025, tipe persalinan <i>sectio caesarea</i> , ditolong oleh Dokter dan bidan, jenis kelamin perempuan, BB saat lahir 3000 gr, PB 48 cm keadaan waktu lahir langsung menangis, masalah selama kehamilan susah BAB dan sering merasa nyeri pada pinggang.

Berdasarkan tabel 4.3 riwayat persalinan antara kedua ibu sama, ibu 1 dan ibu 2 dengan persalinan anak pertama. pada ibu 1 tidak mengalami masalah saat hamil sedangkan pada ibu 2 mengalami susah BAB dan sering merasa sakit pinggang.

#### 4) Pengalaman Menyusui

Tabel 4.4 Pengalaman Menyusui

Ibu 1	Ibu 2
Ny. D mengatakan ini pertama kali menyusui tetapi ASI nya tidak keluar dan sudah menyusui bayinya.	Ny. M.D mengatakan ini pertama kali menyusui tetapi ASI nya tidak keluar dan sudah menyusui bayinya.

Berdasarkan tabel 4.4 pengalaman menyusui kedua ibu sama, ibu 1 dan ibu 2 belum pernah menyusui dan ini pertama kalinya.

#### 5) Riwayat Kehamilan Saat Ini

Tabel 4.5 Riwayat Kehamilan Saat Ini

Riwayat Kehamilan Saat Ini	Ibu 1	Ibu 2
Riwayat Kehamilan	Ny. D mengatakan melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali pada Trimester I minggu ke 8, Trimester II minggu ke 16 dan Trimester III minggu ke 35. Selama kehamilan tidak ada masalah.	Ny. M.D mengatakan melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali pada Trimester I minggu ke 9 mendapatkan imunisasi TT 1, Trimester II 2 kali pemeriksaan minggu ke 13 mendapatkan imunisasi TT 2 dan minggu ke 26 dan Trimester III 37 minggu.

Berdasarkan tabel 4.5 pemeriksaan kehamilan kedua ibu sama yaitu sebanyak 4 kali dengan minggu yang berbeda.

## 6) Riwayat Persalinan Saat Ini

Tabel 4.6 Riwayat Persalinan Saat Ini

Riwayat persalinan	Ibu 1	Ibu 2
	<p>Pada hari minggu tanggal 27 April 2025 Ny. D sakit perut bagian bawah dan dibawa oleh keluarga di rumah sakit karitas weetebula dan tiba di Rumah sakit karitas weetebula pukul 22. 40 WITA kemudian Ny. D dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil: TD: 110/80 mmHg, nadi 97x/menit, suhu 36.0°C, RR 20x/menit , pemeriksaan abdomen TFU 32cm</p> <p>His 1x/10 menit lama 15-20 detik, DJJ 132 x/menit, PØ 1 cm, portio tebal, ketuban +, hodge 1, setelah dilakukan observasi pasien dipersiapkan untuk operasi</p> <p>Pada pukul 06.15 masuk ruang operasi persiapan insisi kemudian pada pukul 06.21 bayi lahir segera menangis,berjenis kelamin perempuan dengan berat 2900gram,PB 47,LK 34cm,LD 32 cm, LILA 10cm, APGAR 8/9</p>	<p>Pada hari minggu tanggal 27 April 2025 pukul 16.30 WITA Ny.M. D. merasakan sakit perut bagian bawah, ingin melahirkan anak pertamanya. Karena rasa nyeri yang kuat maka Ny. M.D dibawah oleh keluarganya ke puskesmas Waimangura pukul 17.30. Sesampainya di puskesmas pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah dan nyeri menjalar ke pinggang belakang. Karena keadaan pasien yang mengeluarkan cairan dan lendir sedikit bercampur darah serta keadaan pasien yang tampak lemah dan tidak mampu mengedan maka pasien dirujuk ke rumah sakit karitas weetebula pada pukul 18.30. Pasien tiba di IGD Rumah Sakit Karitas Weetebula pukul 18.55. sesampainya di IGD dilakukan pemeriksaan fisik</p>

<b>Riwayat persalinan</b>	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
	<p>diikuti dengan lahir plasenta lengkap bersama selaput,maassage TFU kontraksi keras,pendarahan ±500cm terjadi robekan bagian abdomen 19cm.sesudah persalinan pasien dipindahkan keruangan ranap elisabeth pada tanggal 28 april 2025 pukul 09.00 Ny.D dilakukan pengkajian mengatakan nyeri pada luka bekas post sectio caesarea dibagian abdomen rasanya seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 8 dengan intensitas hilang timbul</p>	<p>dengan TD: 110/70 mmHg, Suhu 37°C, Nadi 79, SpO2: 97%, RR:22, pemeriksaan abdomen TFU 29cm His 3×/10 menit lama 25-30 detik, DJJ 150 ×/menit, PØ 8 cm, portio tipis lunak, ketuban -,penurunsn kepala hodge 2,LD +,caput sedikit,setelah dilakukan observasi pasien dipersiapkan untuk operas,melayani scintest ceftryaxone 0,1cc,memasang selang kateter nomor 16 sampai dengan membersihkan daerah operasi pukul 02 .00 WITA insisi dimulai,pukul 02.05 bayi lahir segera menangis, berjenis kelamin perempuan dengan berat 3000 gram, PB 48cm,LK 35cm,LD 36cm, LILA 11cm, APGAR 7/8,diikuti dengan lahir plasenta lengkap bersama selaput,maassage TFU kontraksi keras,pendarahan ±500cm terjadi robekan bagian abdomen 19cm.sesudah persalinan</p>

<b>Riwayat persalinan</b>	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
		pasien dipindahkan keruangan ranap elisabeth pada tanggal 28 april 2025 pukul 09.00 Ny.M.D dilakukan pengkajian mengatakan nyeri pada luka bekas post sectio caesarea dibagian abdomen rasanya seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 8 dengan intensitas hilang timbul

Berdasarkan tabel 4.6 riwayat persalinan kedua ibu terjadi pada hari yang sama yaitu pada hari Senin, 28 April 2025 namun jam kelahiran bayi berbeda ibu 1 melahirkan pada pukul 06.21 WITA sedangkan pada ibu 2 pada pukul 12.05 WITA.

## 7) Riwayat Ginekologi

Tabel 4.7 Riwayat Ginekologi

<b>Riwayat Ginekologi</b>	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
Masalah Ginekologi	Ny. D mengatakan tidak pernah mengalami salah satu penyakit yang ditanyakan seperti (infeksi kandungan, kanker rahim, kanker payudara, hipertensi, hepatitis, DM, asma, maupun TBC dan AIDS)	Ny. M.D mengatakan tidak pernah mengalami salah satu penyakit yang ditanyakan seperti (infeksi kandungan, kanker rahim, kanker payudara, hipertensi, hepatitis, DM, asma, maupun TBC dan AIDS)

Berdasarkan tabel 4.7 riwayat ginekologi didapatkan kedua ibu tidak mempunyai riwayat penyakit.

## 8) Riwayat KB

Tabel 4. 8 Riwayat KB

Riwayat KB	Ibu 1	Ibu 2
	Ny. D mengatakan belum pernah memakai alat kontrasepsi jenis apapun dan Ny. D mengatakan belum memikirkan untuk menggunakan KB	Ny. M.D mengatakan belum pernah memakai alat kontrasepsi jenis apapun dan Ny.M.D. mengatakan belum memikirkan untuk menggunakan KB

Berdasarkan tabel 4.8 riwayat KB kedua ibu tidak berbeda, ibu 1 dan ibu 2 tidak pernah memiliki riwayat penggunaan KB.

### a. Data Umum Kesehatan Saat Ini

#### 1) Status Obstretik

Tabel 4.9 Status Obstretik

Status Obstretik	Ibu 1	Ibu 2
Status Obstretik	HPHT: 20-07-2024 TP: 27-04-2025	HPHT: 21-07-2024 TP: 28-04-2025

Berdasarkan tabel 4.9 status obstretik kedua ibu berbeda, ibu 1 HPHT:20 - 07-2024 TP:27-04-2025. Sedangkan ibu 2: 21-07-2024 TP:28 -04-2025.

#### 2) Keadaan umum

Tabel 4.10 Keadaan Umum

	Ibu 1	Ibu 2
Keadaan umum	Baik	Baik

Kesadaran	Compos mentis: 15 E: 4 V: 5 M: 6	Compos mentis: 15 E: 4 V: 5 M: 6
BB/TB Saat hamil	59 kg/146 cm	65 kg/160 Kg
BB/TB Setelah melahirkan	56 kg/146 cm	60 kg/160 cm

Berdasarkan tabel 4.10 keadaan umum didapatkan kedua ibu memiliki persamaan, tetapi BB/TB sebelum melahirkan dan setelah melahirkan berbeda.

### 3) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Tabel 4. 11 Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

<b>Tanda- Tanda Vital</b>	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
Tekanan Darah	100/80 mmHg	100/70 mmHg
Nadi	97x/menit	79x/menit
Suhu	36.0°C	37.0°C
Pernapasan	20x/menit	22x/menit

Berdasarkan tabel 4.11 tanda-tanda vital kedua ibu terdapat perbedaan hasil pada tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu.

#### 4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.12 Pemeriksaan Fisik

No	Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
1	Kepala	Kulit kepala tampak bersih, tidak ada ketombe dan kutu, rambut berwarna hitam, rambut tidak rontok serta tidak ada nyeri tekan.	Kulit kepala tampak bersih, tidak ada ketombe dan kutu, rambut berwarna hitam, rambut tidak rontok serta tidak ada nyeri tekan.
2	Mata	Mata kiri dan kanan simetris dan tampak bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera mata tidak ikterik, pupil isokor serta tidak ada gangguan penglihatan	Mata kiri dan kanan simetris dan tampak bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera mata tidak ikterik, pupil isokor serta tidak ada gangguan penglihatan
3	Hidung	Lubang hidung simetris, hidung tampak bersih, dan tidak ada nyeri tekan	Lubang hidung, hidung tampak bersih dan tidak ada nyeri tekan
4	Mulut	Mukosa bibir lembab, tidak terdapat caries pada gigi, gigi dan lidah terlihat bersih serta tidak ada sariawan	Mukosa bibir lembab, tidak terdapat caries pada gigi, gigi dan lidah terlihat bersih serta tidak ada sariawan
5	Telinga	Telinga kiri dan kanan simetris, tampak bersih dan tidak ada gangguan pendengaran	Telinga kiri dan kanan simetris, tampak bersih dan tidak ada gangguan pendengaran
6	Leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis

No	Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
7	Jantung	Bentuk dada simetris, tidak ada nyeri tekan, perkusi dullness dan suara jantung tunggal reguler	Bentuk dada simetris, tidak ada nyeri tekan, perkusi dullness dan suara jantung tunggal reguler
8	Paru-Paru	Bentuk dada simetris, pergerakan dada reguler, tidak terdapat massa, suara perkusi sonor dan suara paru vesikuler	Bentuk dada simetris, pergerakan dada reguler, tidak terdapat massa, suara perkusi sonor dan suara paru vesikuler
9	Payudara	Payudara simetris, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, pengeluaran kolostrum (ASI) sedikit	Payudara simetris, puting susu tampak kotor, areola hiperpigmentasi, pengeluaran kolostrum (ASI) sedikit
10	Abdomen	Terdapat linea nigra dan striae alba. tinggi fundus uterus: 2 jari dibawah umbikulus, terdapat balutan luka sectio caesarea melintang dengan panjang 19cm, pasien mengeluh nyeri. P: saat bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Abdomen bagian bawah S: 8 T: hilang timbul	Terdapat linea nigra dan striae alba. Tinggi fundus uterus: 2 jari dibawah umbikulus, terdapat balutan luka sectio caesarea melintang dengan panjang 19cm, pasien mengeluh nyeri. P: saat bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Abdomen bagian bawah S: 8 T: hilang timbul

No	Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
		Aktifitas klien ketergantungan sedang	Aktifitas klien ketergantungan sedang
11	Vagina	<p>Pemeriksaan vulva: tidak terjadi oedema dan tidak ada varises</p> <p>Pemeriksaan perineum: pereneum utuh tidak dilakukan episotomy, tidak ada jahitan, dan tidak ada tanda-tanda REEDA</p> <p>Pemeriksaan lokhea: klien 2x1 ganti pembalut dalam 1 hari, jenis/warna rubra/merah terang, konsistensi cair, bau khas</p> <p>Pemeriksaan anus: tidak ada iritasi dan tidak ada hemoroid</p>	<p>Pemeriksaan vulva: tidak terjadi oedema dan tidak ada varises</p> <p>Pemeriksaan perineum: pereneum utuh tidak dilakukan episotomy, tidak ada jahitan, dan tidak ada tanda-tanda REEDA</p> <p>Pemeriksaan lokhea: klien 2x1 ganti pembalut dalam 1 hari, jenis/warna rubra/merah terang, konsistensi cair, bau khas</p> <p>Pemeriksaan anus: tidak ada iritasi dan tidak ada hemoroid</p>
12	Ekstremitas	<p>Ekstermitas atas:</p> <p>Pergerakan terkoordinasi, lesi tidak ada, turgor kulit elastis, edema tidak ada, CRT &lt; 2 detik.</p> <p>Ekstermitas bawah:</p> <p>Pergerakan terkoordinasi, lesi tidak ada, edema tidak</p>	<p>Ekstermitas atas:</p> <p>Pergerakan terkoordinasi, lesi tidak ada, turgor kulit elastis, edema tidak ada, CRT &lt; 2 detik.</p> <p>Ekstermitas bawah:</p> <p>Pergerakan terkoordinasi, lesi tidak ada, edema tidak</p>

No	Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
		<p>ada, varises tidak ada, tanda homan -.</p> <p>Kekuatan otot:</p> $\begin{array}{c} 5 \mid 5 \\ \hline 4 \quad 4 \end{array}$ <p>Keterangan:</p>	<p>ada, varises tidak ada, tanda homan -.</p> <p>Kekuatan otot:</p> $\begin{array}{c} 5 \mid 5 \\ \hline 4 \quad 4 \end{array}$ <p>Keterangan:</p>
		<p>0 : Tidak ada kontraksi otot sama sekali</p> <p>1 : Terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian</p> <p>2 : Dapat digerakkan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitasi</p> <p>3 : Dapat melawan gaya gravitasi tetapi dapat melawan tahanan dari pemeriksa</p> <p>4 : Dapat melawan gaya berat, melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa</p>	<p>0 : Tidak ada kontraksi otot sama sekali</p> <p>1 : Terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian</p> <p>2 : Dapat digerakkan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitasi</p> <p>3 : Dapat melawan gaya gravitasi tetapi dapat melawan tahanan dari pemeriksa</p> <p>4 : Dapat melawan gaya berat, melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa</p>

No	Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
		5 : Seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal ROM pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga	5 : Seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal ROM pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga

Berdasarkan Tabel 4. 12. Dari pengkajian di atas dapat di simpulkan bahwa data antara Ibu 1 dan Ibu 2 memiliki persamaan yaitu pemeriksaan kepala, mata, hidung, mulut, telinga, leher, jantung, paru-paru, payudara, abdomen, perineum dan genitas, ekstremitas. Terdapat balutan luka sectio caesarea melintang dengan panjang 19 cm.

## 5) Pola Eliminasi

Tabel 4. 13 Pola Eliminasi

Eliminasi	Ibu 1	Ibu 2
BAK	Ny. D mengatakan saat hamil biasanya BAK 3-4 kali/hari berwarna kuning jernih, jumlah $\pm$ 800 cc dan bau khas amoniak. Ny. D mengatakan saat kehamilan memasuki bulan ke 7 dan 8 lebih sering BAK 5 -6 kali/hari. Saat pengkajian Ny. D mengatakan BAK sudah 1 kali dan terasa nyeri saat BAK.	Ny.M. D mengatakan saat hamil biasanya BAK 3-4 kali/hari berwarna kuning jernih, jumlah $\pm$ 700 cc dan bau khas amoniak. Ny. M.D mengatakan saat kehamilan memasuki bulan ke 8 dan 9 lebih sering BAK 6-7 kali/hari. Saat pengkajian Ny. M.D mengatakan BAK sudah 2 kali dan terasa nyeri saat BAK.
BAB	Ny. D mengatakan saat hamil biasanya BAB 1-2 kali/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas feses. Saat pengkajian Ny. D mengatakan belum BAB.	Ny. M. D. S mengatakan saat hamil biasanya BAB 1-2 kali/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas feses. Saat pengkajian Ny. M. D mengatakan belum BAB

Berdasarkan tabel 4.13 pola eliminasi (warna, bau, jumlah, konsistensi, frekuensi) BAK dan BAB kedua ibu saat hamil memiliki persamaan yaitu BAK berwarna kuning jernih,  $\pm$  800 cc/hari, bau khas amoniak, frekuensi 5 -6 kali/hari sedangkan BAB berwarna kuning, bau khas feses, konsistensi lembek dan frekuensi 2 kali/hari. Pada saat pengkajian kedua ibu belum BAB.

## 6) Pola Istirahat Dan Kenyamanan

Tabel 4. 14 Pola Istirahat Dan Kenyamanan

Pola Istirahat dan Kenyamanan	Ibu 1	Ibu 2
Pola tidur	<p>Ny. D mengatakan saat hamil tidak ada masalah dalam istirahat dan tidur tetapi memasuki kehamilan bulan ke 8 dan 9 sering terbangun karena BAK. Ny.D mengatakan biasanya tidur pada malam hari pukul 21.00 WITA dan bangun pagi pukul 05.00 WITA dan biasanya tidur siang 2 jam. Saat pengkajian Ny.D mengatakan tidur ± 3-4 jam, Ny.D mengatakan merasa kurang nyaman karena nyeri di perineum, skala nyeri 3, nyeri bertambah ketika Ny. D duduk, Nyeri seperti tertusuk.</p>	<p>Ny. M. D mengatakan saat hamil tidak ada masalah dalam istirahat dan tidur tetapi memasuki kehamilan bulan ke 8 dan 9 sering terbangun karena BAK. Ny. M.D mengatakan biasanya tidur pada malam hari pukul 21.00 WITA dan bangun pagi pukul 05.00 WITA dan biasanya tidur siang 1-2 jam. Saat pengkajian Ny. M.D tidur ± 3-4 jam karena sering bangun. Ny. M.D mengatakan merasa kurang nyaman karena nyeri di perineum, skala nyeri 3, nyeri bertambah ketika Ny. M.D duduk, Nyeri seperti tertusuk.</p>

Berdasarkan tabel 4.14 pola istirahat tidur dan kenyamanan kedua ibu kurang baik karena sering terbangun, frekuensi tidur 3-4 jam dan merasa kurang nyaman karena nyeri diperineum.

## 7) Mobilisasi dan Latihan

Tabel 4. 15 Mobilisasi Dan Latihan

	Ibu 1					Ibu 2				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mobilisasi dan Latihan	Ny. D mengatakan sudah bisa miring kanan/miring kiri, tapi belum bisa bangun dari atas tempat tidur dan pergi ke kamar mandi					Ny. M. D mengatakan sudah bisa miring kanan/miring kiri, tapi belum bisa bangun dari atas tempat tidur dan pergi ke kamar mandi				
Aktivitas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Makan		√					√			
Mandi		√					√			
Berpakaian		√					√			
Eliminasi		√					√			
Mobilisasi		√					√			
Berpindah		√					√			
Naik tangga		√					√			
Ambulasi		√					√			

Keterangan:

0: Mandiri

1: Dibantu

2: Dibantu orang lain

3: Dibantu alat

4: Dibantu orang lain dan alat

Berdasarkan tabel 4.15 mobilisasi dan latihan (makan, mandi, berpakaian, mobilisasi, berpindah, naik tangga, eliminasi, ambulasi) pada kedua ibu dilakukan dengan cara dibantu.

## 8) Nutrisi dan Cairan

Tabel 4. 16 Nutrisi Dan Cairan

Nutrisi Dan Cairan	Ibu 1	Ibu 2
Pola makan	Ny. D Mengatakan saat hamil biasanya makan 3-4 kali sehari dan 1 porsi dihabiskan, sediaan hangat dan dingin, dengan jenis makanan nasi dan lauk, sayur dan buah-buahan. Saat dilakukan pengkajian Ny.D mengatakan makan makanan yang disajikan di Rumah Sakit dengan jenis makanan nasi, sayur, lauk dan buah, satu porsi dihabiskan, Ny, D. tidak memiliki diet khusus.	Ny. M.D mengatakan saat hamil biasanya makan 3-4 kali sehari dan 1 porsi dihabiskan, sediaan hangat dan dingin, dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk. Ny. M. D mengatakan tidak ada alergi makanan. Saat pengkajian Ny. M.D mengatakan makan makanan yang disajikan di Rumah Sakit dengan jenis makanan nasi, sayur, lauk dan buah, satu porsi dihabiskan, Ny.M.D tidak memiliki diet khusus.
Pola minum	Ny. D. mengatakan saat hamil minum air 9-10 gelas dengan jumlah $\pm$ 2000cc dan minum susu untuk Ibu hamil. Saat pengkajian Ny.D mengatakan sudah minum putih 3 gelas dengan jumlah $\pm$	Ny. M. D mengatakan saat hamil minum air 4-5 gelas dengan jumlah $\pm$ 800-1000cc. Ny. M. D minum air hanya setelah makan saja. Saat pengkajian Ny.M.D mengatakan sudah minum air

	600 cc.	putih 2 gelas dengan jumlah ± 400 cc.
--	---------	---------------------------------------

Berdasarkan tabel 4.16 nutrisi dan cairan pada kedua ibu didapatkan data frekuensi makan 3-4x/hari, jenis makanan nasi, lauk, sayur, dan buah-buahan, satu porsi dihabiskan sedangkan frekuensi cairan pada kedua ibu berbeda yaitu ibu 1 minum air putih lebih banyak dari ibu 2.

### 9) Keadaan Mental

Tabel 4.17 Keadaan Mental

<b>Keadaan Mental</b>	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
Adaptasi psikologis	Ny D mengatakan merasa bahagia dan senang setelah penantian selama 9 bulan anaknya lahir dalam keadaan sehat	Ny. M. D mengatakan merasa bersyukur dan bahagia atas kelahiran anak pertama setelah penantian selama 9 bulan.

Berdasarkan tabel 4.17 keadaan mental kedua ibu sangat baik, karena bersyukur sudah melahirkan bayinya, dan ini kelahiran anak pertama dari kedua ibu.

### 10) Keadaan bayi

Tabel 4. 18 Keadaan Bayi

<b>Keadaan bayi</b>	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
	Bayi Ny. D dirawat gabung bersama Ibu diruang Nifas dengan keadaan bayi tidak ada ikterus, warna kulit kemerahan. Saat pengkajian bayi Ny.D tampak rewel dan Ny.D	Bayi Ny. M. D dirawat gabung bersama Ibu diruang Nifas dengan keadaan bayi tidak ada ikterus, warna kulit kemerahan. Saat pengkajian bayi Ny. M.D tampak rewel dan Ny. M. D

	mengatakan anaknya belum BAK dan BAB.	mengatakan belum BAK dan BAB.
--	---------------------------------------	-------------------------------

Berdasarkan tabel 4.18 keadaan kedua bayi sama yaitu dirawat gabung, tampak rewel dan belum BAK dan BAB.

## 11) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4. 19 Pemeriksaan Penunjang Ibu 1 Dan Ibu 2

	<b>Ibu 1</b>	<b>Ibu 2</b>
Hari/tanggal Pukul	Jumat, 8 Maret 2024 pukul 01.34 WITA	Kamis, 4 April 2024 pukul 10.30 WITA

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Nilai Normal</b>	<b>Satuan</b>	<b>Hasil Ibu 1</b>	<b>Hasil Ibu 2</b>
Eritrosit (RBC)	4.0-5.0	JT/UL	4.04	4.36
Hemoglobin (HGB)	12.0-14.0	JT/UL	10,5	13,8
Hematokrit (HTC)	40-50	%	31,0	38,0
Leukosit (WBC)	4.0-10.0	103/UL	7,500	29,800
MCV	76-90	FL	76,8	87,2
MCH	27-31	PG	26,1	31,2
MCHC	32-36	G/DL	34.0	37,5
Trombosit (PLT)	150-400	/ul	230.000	295.000
CLOTTING TIME (CT)	6-12 MNT	Menit	07.15	07.15
BLEEDING TIME (BT)	1-3 MNT	Menit	02.00	02.30
HBSAG (RAPID TEST)	NEGATIF		Negatif	Negatif
Anti-HIV	NON-REAKTIF		NON-REAKTIF	NON-REAKTIF
VDRL	NON-REAKTIF		NON-REAKTIF	NON-REAKTIF

12). Terapi Obat

Tabel 4. 20 Terapi Obat

	Ibu 1				Ibu 2			
Nama Obat	Dosis	Jenis	Rute	Indikasi	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
Infus RL	20 tpm	Obat keras	IV	Infus Ringer Laktat (RL) adalah cairan intravena yang digunakan untuk mengobati dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit	Infus RL	28tpm	IV	Infus Ringer Laktat (RL) adalah cairan intravena yang digunakan untuk mengobati dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit
Ceftriaxon	1gr/4.0via.3 x1	Antibiotik sefalosporin		Mengurangi radang panggu mencegah risiko infeksi pada	Ceftriaxon	1gr/4.0via.3 x1	IV	Mengurangi radang panggu mencegah risiko infeksi pada

	Ibu 1				Ibu 2			
Nama Obat	Dosis	Jenis	Rute	Indikasi	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
				organ reproduksi				organ reproduksi
Dexamethason e	1 Amp 1x1	Kartikoster oit	IV	Membantu meredakan peradangan	Dexamethason e	1 Amp 1x1	IV	Membantu meredakan peradangan
Diphenhydrami ne	1 amp	Antihistami n (obat keras)	IV	Meredakan gejala alergi, hiding berair, hidung tersumbat, mata merah, batuk pilek dan bersin- bersin	Diphenhydrami ne	1 amp	IV	Meredakan gejala alergi, hiding berair, hidung tersumbat, mata merah, batuk pilek dan bersin- bersin
Fetik suppo	1x2	Antiinflama si (obat keras)	rekt al	Membantu mengurang hormon yang	Fetik suppo	1x2	rekt al	Membantu mengurang hormon yang

	Ibu 1				Ibu 2			
Nama Obat	Dosis	Jenis	Rute	Indikasi	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
				menyebabkan peradangan				menyebabkan peradangan
Ketorolak	drip		IV	Membantu mengurangi nyeri dari sedang hingga berat	Ketorolak	drip	IV	Membantu mengurangi nyeri dari sedang hingga berat
Methyl Ergometrine	3x1/1 amp	Alkaloid ergot (obat keras)	IV	Membantu menghentikan pendarah dari rahim	Methyl Ergometrine	3x1/1 amp	IV	Membantu menghentikan pendarah dari rahim
Metronidazole	100 ml ifd 2x1	Antibiotik golongan imidazol	IV	Obat antibiotik mencegah bakteri dan parasit	Metronidazole	100 ml ifd 2x1	IV	Obat antibiotik mencegah bakteri dan parasit
Ranitidine	50mg/2 ml	Antagonis	IV	Menurunkan	Ranitidine	50mg/2 ml	IV	Menurunkan

	Ibu 1				Ibu 2			
Nama Obat	Dosis	Jenis	Rute	Indikasi	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
	amp 3x1	H2 (blocker)		kadar asam lambung		amp 3x1		kadar asam lambung
Ondansetron	4mg/2 ml amp	Antiemetik selektif 5- HT3 Antagonis	IV	Mengurangi rasa mual muntah	Ondansetron	4mg/2 ml amp	IV	Mengurangi rasa mual muntah

## 12) Analisa Data

Tabel 4. 21 Analisa Data Klien 1

Data	Etiologi	Problem
<p>DS:</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah</p> <p>Q: seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: abdomen bawah</p> <p>S: skala nyeri 8</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tampak meringis</li><li>▪ Ny.D.bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)</li><li>▪ Gelisah</li><li>▪ Sulit tidur</li><li>▪ TD: 110/80mmHg</li><li>▪ N: 97x/menit</li><li>▪ S: 36.0°C</li><li>▪ RR: 20x/menit</li></ul>	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut</p>

Tabel 4. 22 Analisa Data Klien 2

Data	Etiologi	Problem
------	----------	---------

<p>DS:</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri</p> <p>Q: seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: abdomen bawah</p> <p>S: skala nyeri 8</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tampak meringis</li> <li>▪ Ny.M.D bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>▪ Gelisah</li> <li>▪ Susah tidur</li> <li>▪ TD: 100/70mmHg</li> <li>▪ N: 79x/menit</li> <li>▪ S: 36.0°C</li> <li>▪ RR: 22x/menit</li> </ul>	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut</p>
---	--	-------------------

### **Diagnosa Keperawatan**

Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi).

## Intervensi Keperawatan

Tabel 4.23 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan (Ny.D)	Intervensi keperawatan (Ny M.D)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x...dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<p><b>Terapi</b> <i>(Back Massage)</i></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memberikan teknik</li> <li>5. nonfarmakologis untuk</li> <li>6. mengurangi rasa nyeri(back</li> </ol>	<p><b>Terapi</b> <i>(Back Massage)</i></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri( <i>back</i></li> </ol>

			<p>massage)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri(mengajarkan tekni relaksasi nafas dalam)</p> <p>8. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (back massage)</p>	<p><i>massage)</i></p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri(mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>6. nyeri(mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>back massage)</i></p>
--	--	--	--	---

**Implementasi Keperawatan**

Tabel 4.24 Implementasi Keperawatan

Tanggal 28 April 2025

<b>Pasien 1</b>				
<b>Pelaksanaan</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Hasil</b>
Hari ke-1	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	09.00 Wita	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasi nyeri pada abdomen bekas operasi sectio caesarea, nyeri hilang timbul dan tertusuk-tusuk
		09.04	2. Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 8
		09.05 wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak meringis
		10.00 wita	4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi back massage)	Pasien tampak merasa nyaman ketika diberikan terapi <i>back massage</i>
		10.12 wita	5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	Pasien merasa nyaman dengan suhu ruangan
		10.15 wita	6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (mengajarkan teknik relaksasi nafas)	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam

<b>Pasien 1</b>				
<b>Pelaksanaan</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Hasil</b>
			dalam)	
		14.05 wita	7. Memberikan obat injeksi ceftriaxone, ketorolac injeksi methyl ergometrine	Melayani pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram, ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.
<b>Tanggal 29 April 2025</b>				
Hari ke-2	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	08.30 Wita	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasi nyeri pada abdomen bekas operasi sectio caesarea, nyeri hilang timbul dan tertusuk-tusuk
		08.32 Wita	2. Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 6
		08.35 Wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak tidak meringis
		09.00 Wita	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(terapi back massage)	Pasien merasa nyaman dan rileks ketika diberikan terapi

<b>Pasien 1</b>				
<b>Pelaksanaan</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Hasil</b>
		09.05 Wita	5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	Pasien merasa nyaman dengan suhu ruangan
		10.38 Wita	6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri(mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam
		14.02 Wita	7. Memberikan obat : Injeksi ceftriaxone, Injeksi ketorolac, Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram,ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.
<b>Tanggal 30 April 2025</b>				
Hari ke 3	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	10.00 Wita	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasi nyeri pada abdomen bekas operasi sectio caesarea,nyeri hilang timbul dan tertusuk-tusuk
		10.02	2. Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 3
		10.5 Wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak tidak rileks

<b>Pasien 1</b>				
<b>Pelaksanaan</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Hasil</b>
		10.20 Wita	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri( <i>terapi back massage</i> )	Pasien merasa aman ketika diberikan terapi
		14.05 Wita	5. Memberikan obat: Injeksi ceftriaxone, Injeksi ketorolac, Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram,ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.

**Tanggal 28 April 2025**

<b>Pasien 2</b>				
<b>Pelaksanaan</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Hasil</b>
Hari ke-1	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	09.45 Wita	1. Mengidentifikasi lokasi, karaktersitik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasi nyeri pada abdomen bekas operasi sectio caesarea,nyeri hilang timbul dan tertusuk-tusuk
		09.46	2. Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 8

<b>Pasien 2</b>				
<b>Pelaksanaan</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Hasil</b>
		09.50 Wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak meringis
		10.00 Wita	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(terapi back massage)	Pasien tampak merasa nyaman ketika diberikan terapi ( <i>terapi back massage</i> )
		10.20 Wita	5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	Pasien merasa nyaman dengan suhu ruangan
		10.25 Wita	6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri(mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam
		14.05 wita	7. Memberikan obat: Injeksi ceftriaxone, Injeksi ketorolac, Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram,ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.
<b>Tanggal 29 April 2025</b>				
Hari ke-2	Nyeri akut	09.00	1. Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 5

<b>Pasien 2</b>				
<b>Pelaksanaan</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Hasil</b>
	b/d agen pencedera fisik	Wita		
		09.02 Wita	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak tidak meringis
		09.04 Wita	3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(terapi back massage)	Pasien merasa aman ketika diberikan terapi <i>back massage</i>
		14.10 wita	4. Memberikan obat - Injeksi ceftriaxone - Injeksi ketorolac - Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram,ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.
<b>Tanggal 30 April 2025</b>				
Hari ke-3	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	11.00 Wita	1. Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 3
		11.02 Wita	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak rileks
		11.04	3. Memberikan teknik nonfarmakologis	Pasien merasa aman ketika diberikan terapi

<b>Pasien 2</b>				
<b>Pelaksanaan</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Hasil</b>
		Wita	untuk mengurangi rasa nyeri(terapi <i>back massage</i> )	<i>back massage</i>
		14.06 Wita	4. Memberikan obat - Injeksi ceftriaxone - Injeksi ketorolac - Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram,ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.

## Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.25 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Jam	Hari Ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari Ke-3
<b>Pasien 1</b>						
Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedera fisik	10.00 Wita	<b>S</b> : Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> , nyeri hilang timbul, nyeri tertusuk-tusuk dengan skala 8  <b>O</b> : Pasien tampak meringis menahan sakit, tekanan darah: 100/80 mmHg, nadi: 97x /menit, RR: 20x/menit, suhu: 36,0°C, SpO2: 90%	10.30 Wita	<b>S</b> : Pasien mengatakan masih nyeri pada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> , nyeri hilang timbul, nyeri tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6  <b>O</b> : Pasien masih tampak meringis menahan sakit, tekanan darah	13.00 Wita	<b>S</b> : Pasien mengatakan merasakan nyeri, dengan skala nyeri 3  <b>O</b> : Pasien tampak rileks, tekanan darah 110/90 mmHg, nadi: 97x/menit, RR: 20x/menit, suhu: 36,5°C, SpO2: 90%  <b>A</b> : Masalah teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan dirumah (pasien pulang)

Diagnosa	Jam	Hari Ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari Ke-3
		<b>A</b> <b>P</b> Masalah belum teratasi Intervensi dilanjutkan		110/90 mmHg, nadi: 97x/menit, RR: 18x/menit, suhu: 36,5°C, SpO2: 90% Masalah teratasi sebagian <b>A</b> : Intervensi dilanjutkan <b>P</b> :		
<b>Pasien 2</b>						
Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedera fisik	10.30 Wita	<b>S</b> : Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> , nyeri hilang timbul, nyeri tertusuk-tusuk	11.00 Wita	<b>S</b> : Pasien mengatakan masih nyeri pada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> , nyeri hilang timbul, nyeri	13.30 Wita	<b>S</b> : Pasien mengatakan merasakan nyeri, dengan skala nyeri 3  <b>O</b> : Pasien tampak rileks, tekanan darah

Diagnosa	Jam	Hari Ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari Ke-3
		<p>dengan skala 8</p> <p><b>O</b> : Pasien tampak meringis menahan sakit, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi: 79x/menit, RR: 22x/menit, suhu: 37,0°C, SpO2: 98%</p> <p><b>A</b> :</p> <p><b>P</b> :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>		<p>tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5</p> <p><b>O</b> : Pasien masih tampak meringis menahan sakit, tekanan darah 100/90 mmHg, nadi: 85x/menit, RR: 22x/menit, suhu: 37,0°C, SpO2 :98%</p> <p><b>A</b> :</p> <p><b>P</b> : Masalah teratasi sebagian</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>		<p>120/90 mmHg, nadi: 85x/menit, RR: 20x/menit, suhu: 37,0°C, SpO2: 98%.</p> <p><b>A</b> :</p> <p><b>P</b> : Masalah teratasi</p> <p>Intervensi dilanjutkan di rumah(pasien pulang)</p>

## **Pembahasan Studi Kasus**

Berdasarkan pengumpulan data di atas, penulis tidak mengalami kesulitan, karena penulis telah melakukan perkenalan terlebih dahulu kepada pasien serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga dapat menerima secara terbuka serta kooperatif selama penulis melakukan asuhan keperawatan dengan benar. Pada tinjauan pustaka dijelaskan pada pengkajian terdiri dari nama, umur/tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan (Lufianti & Vinasajati, 2023)

Pembahasan merupakan proses analisa teori dan aplikasi proses keperawatan secara nyata, pada bab ini menguraikan masalah yang ada antara tinjauan teori, tinjauan kasus dan solusi yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 di Ruang Elisabeth rumah sakit karitas weetabula. Dalam pembahasan ini meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Proses asuhan keperawatan merupakan tugas dan kewajiban seorang perawat dari pasien datang sampai pasien pulang, dimulai dengan pengkajian secara menyeluruh, kemudian menegakkan diagnosa keperawatan dari data pengkajian tersebut, serta melaksanakan intervensi, implementasi dan evaluasi keefektifan diagnosa awal yang sudah ditegakkan (Manalu, 2020).

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 28 April 2025. Didapatkan hasil pengkajian pada pasien Ny. D, tanda dan gejala yang didapatkan pada pasien 1 yaitu nyeri pada abdomen bagian bawah ,seperti tertusuk-tusuk,skala nyeri 8, pasien tampak meringis, dan pasien tampak gelisah,pasien bersikap protektif. Hasil pemeriksaan fisik ttv: tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi:97x/menit, RR: 20x/menit, suhu 36,0°C, SpO2 :95%.

Hasil pengkajian pada pasien 2 pada tanggal 28 April 2025 Ny. M.D tanda dan gejala yang didapatkan pada pasien 2 yaitu pasien merasakan nyeri abdomen bagian bawah, seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 8, pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif , pasien tampak gelisah. Hasil pemeriksaan fisik ttv : tekanan darah: 110/70 mmHg, nadi: 79x/menit, RR: 22x/menit, Suhu 37,0°C, SpO2: 98%.

Studi kasus yang dilakukan peneliti tidak terdapat perbedaan tanda dan

gejala antara pasien 1 dan pasien 2 yaitu nyeri pada abdomen bekas operasi *sectio caesarea*, pasien tampak meringis, dan pasien tampak lemah, pasien tampak gelisah, skala nyeri antara pasien 1 dan pasien 2 dengan skala 8.

Dengan demikian Penulis berpendapat bahwa pengkajian pada pasien penting untuk mengetahui penyebab dari keluhan yang dirasakan pasien. Berdasarkan penjelasan diatas terdapat persamaan antara teori dan studi kasus

## **2. Diagnosa**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian/pernyataan terhadap perubahan status kesehatan pasien berdasarkan data yang telah ada. Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan dan menghasilkan keakuratan apabila didukung oleh kemampuan berpikir kritis seorang perawat dalam menganalisis data yang tersedia, (Ginting, 2020). Menurut SDKI (PPNI, 2018) jenis-jenis diagnosa keperawatan dibagi dalam 3 bagian yaitu Diagnosa aktual, Diagnosa resiko dan Diagnosa promosi kesehatan.

Dari hasil Analisa data yang dilakukan penulis menetapkan diagnosa yang sama antara kedua klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, klien merasakan pengalaman sensorik yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan yang termasuk dalam kategori diagnosa aktual.

Menurut (SDKI DPP PPNI 2017) pada diagnosis keperawatan nyeri akut tanda dan gejala terdiri dari data subjektif yaitu mengeluh nyeri, sedangkan data objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif ( mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Adapun dari hasil pengkajian ditemukan tanda dan gejala pada kedua klien yaitu klien merasa nyeri pada abdomen bawah, kesulitan dalam bergerak, serta kesulitan tidur dan juga kedua klien tampak meringis dan gelisah.

## **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi adalah berbagai bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat, yang didasarkan pada pengetahuan serta pertimbangan klinis, dengan tujuan untuk

meningkatkan, mencegah, dan memulihkan kesehatan klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas. Sementara itu, tindakan keperawatan merupakan aktivitas atau perilaku spesifik yang dilakukan perawat sebagai pelaksanaan dari intervensi keperawatan (PPNI, 2018)

Intervensi teori yang akan diberikan adalah Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek samping penggunaan analgetik, Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk jangka waktu tiga hari pada pasien 1 (Ny.D) dan pasien 2 (Ny M.D), yaitu 1). Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri, 2). Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri nonverbal, terapeutik 4) berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi back massage), edukasi 5) menjelaskan strategi meredakan nyeri (menganjurkan relaksasi napas dalam), mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi back massage) (PPNI 2018)

Penyusunan rencana keperawatan untuk pasien 1 dan 2 didasarkan pada prioritas masalah yang teridentifikasi, namun tidak seluruh rencana tindakan dalam tinjauan kasus diterapkan, melainkan disesuaikan dengan keluhan dan kondisi masing-masing pasien.

#### **4. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang dikerjakan oleh perawat dalam menangani permasalahan kesehatan pada pasien untuk mendapatkan kondisi kesehatan jauh lebih baik dari sebelumnya dengan menjelaskan kriteria hasil yang diinginkan (Khotimah et al, 2023)

Penulis melaksanakan implementasi pada pasien 1 Ny.D dan pasien 2 Ny. M.D selama 3 hari. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan untuk pasien dengan gangguan rasa nyaman b/d adaptasi kehamilan adalah 1). Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri (lokasi nyeri pada tengkuk, nyeri hilang timbul dan nyeri seperti tertusuk-tusuk) 2). Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 8), 3) mengidentifikasi respon nyeri nonverbal, (pasien tampak meringis), 4) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi pijat punggung/ back massage), 5) Menjelaskan strategi meredakan nyeri (menganjurkan relaksasi napas dalam), 6) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (pijat punggung/back massage). Dapat disimpulkan bahwa seluruh tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan intervensi yang tercantum dalam buku SIKI (2018).

Terapi Back massage adalah kombinasi terapi tradisional dan modern. Penekanan jaringan lunak dengan tangan dikenal sebagai massage. Setelah operasi caesar, back massage yang lembut akan membuat ibu merasa lebih segar, rileks, dan nyaman. Back massage merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa yang dikenal sebagai endorphen, yang berfungsi sebagai pereda sakit alami. (Metasari & Hidayat, 2023).

Teknik terapi pijat yang dilakukan kepada pasien 1 dan 2 secara sederhana yaitu yang pertama : Eufleurage dilakukan dengan posisi ibu duduk dikursi dengan memeluk bantal, tuangkan minyak untuk memijat ketelapak tangan, Letakkan tangan dipunggung bagian bawah, jarak antara punggung kiri dan kanan kurang lebih 3 jari lakukan gerakan memijat mulai dari pinggang bawah sampai ke pundak dengan menggunakan kedua telapak tangan sebanyak 6 kali, kedua: Thumb Walking/Jempol berjalan lakukan pada lokasi yang sama menggunakan ibu jari tangan kanan dan kiri dengan gerakan menekan-nekan punggung bagian bawah sampai ke pundak dilakukan sebanyak 6 kali, ketiga : Thumb Dancing (Jempol Menarik) dengan menggunakan kedua jari juga, lakukan gerakan menari secara berkisanambungan dimulai pada daerah yang sama dengan gerakan sebelumnya, dilakukan sebanyak 6 kali, keempat :

Pijat Skapula yaitu dilakukan dengan anjurkan ibu untuk menekuk tangan kanan kebelakang sampai terlihat tulang belikat ibu, kemudian tentukan titik pada daerah tulang belikat dengan cara menarik garis horizontal dari ketiak ibu kedaerah samping tulang belikat, lakukan penekanan pada satu titik kurang lebih 30 detik kemudian lakukan penekanan yang sama dengan memberi jarak 1 ibu jari diatas titik sebelumnya, kemudian lakukan gerakan yang sama pada titik yang lain sebanyak 6 kali, selanjutnya posisi tangan ibu masih menekuk, gunakan ibu jari untuk memijat daerah tulang belikat ibu mulai dari arah pundak kebawah ketiak mengikuti tulang belikat, tangan yang lain menahan pundak ibu, lakukan secara bergantian pada posisi yang lain sebanyak 6 kali keenam : Pijat pundak dilakukan dengan anjurkan ibu menegakkan badan, tangan pemijat yang lain menahan dahi ibu, gerakan dimulai dengan memijat belakang telinga ibu secara melingakat pada satu titik, lalu tangan digerakkan kearah pundak memakai telunjuk dan ibu jari yang lebar dan lakukan gerakan yang sama dimulai dari pertengahan teinga dan bahu selanjutnya tentukan tulang leher yang menonjol, kedua ibu jari digerakkan secara berlawanan arah membentuk segi tiga dari satu titik pada tulang leher yang menonjol kedaerah punggung gerakan terakhir kedua tangan mencengkram dan melepas pundak ibu secara bersamaan sebanyak 3 kali. Selama melakukan pemijatan pasien 1 dan pasien 2 tampak rileks, dan merasa nyaman.

## **5. Evaluasi**

Dua jenis evaluasi adalah evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan segera setelah perawat menerapkan rencana sebelumnya. Evaluasi sumatif dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai. Tujuan dari evaluasi sumatif ini adalah untuk mengevaluasi dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang diberikan (Purba, 2022).

Evaluasi keperawatan merupakan sebuah penilaian dengan cara membandingkan perubahan-perubahan kondisi atau keadaan klien yaitu hasil yang telah diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap intervensi. Tujuan dari evaluasi ini yaitu mengakhiri perencanaan tindakan keperawatan yang telah tercapai, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta merumuskan perencanaan. Komponen format penulisan evaluasi yang digunakan adalah berdasarkan format SOAP.

Hasil evaluasi yang di dapatkan pada kedua klien setelah diberikan perawatan selama 3 kali dalam 24 jam ialah pada hari pertama klien 1 mengatakan masih merasa nyeri dan mau menerapkan terapi back massage, klien masih tampak lemah, klien mengatakan merasa lebih nyaman dan lebih rileks saat dilakukan terapi, intervensi terapi back massage dilanjutkan, masalah belum teratasi. Pada hari kedua klien mengatakan merasa nyaman dengan sentuhan yang di berikan, klien mengatakan bahwa terapi yang diberikan sedikit mengurangi nyeri dan merasa lebih nyaman, klien mengatakan merasa nyaman setiap kali dilakukan penekanan, ibu klien juga dapat menerapkan terapi back massage setelah diajarkan, masalah teratasi sebagian pada hari ketiga klien mengatakan ternyata kalau di pijat dapat mengurangi nyeri, klien mengatakan merasa lebih rileks masalah teratasi intervensi dihentikan karena pasien pulang pada klien 2 mengatakan masih merasa nyeri, klien dan suami juga mampu memahami tindakan terapi back massage yang diterapkan serta akan menerapkannya, klien tampak segar dan belum bisa melakukan aktivitas sendiri, klien mengatakan merasa lebih rileks saat diterapi masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan pada hari kedua klien mengatakan sedikit mengurangi nyeri dan merasa lebih nyaman, serta lebih rileks saat dilakakukan penekanan suami klien juga dapat melakukan terapi setelah di ajarkan masalah teratasi sebagian intervensi dilanjutkan. Pada hari ketiga klien mengatakan bahwa ternyata terapi back massage dapat mengurangi nyeri, klien mengatakan lebih rileks saat dilakukan terapi masalah teratasi intervensi dihentikan karena pasien pulang