

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

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 weetabula 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. I	Ny. M. D. S
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. M	Tn. E. U
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

Keluhan Utama	Ibu 1	Ibu 2
Keluhan utama saat pengkajian	Ny. D.I mengatakan nyeri pada abdomen bekas operasi	Ny. M.D.S 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

Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang lalu	Ibu 1	Ibu 2
	Ny. D. Imengatakan ini adalah anaknya yang pertama lahir di tahun 2025, tipe untuk persalinan yaitu <i>sectio caesarea</i> , di tolong oleh dokter dan bidan, jenis kelamin perempuan, BB saat lahir 2900 gr, PB 47 cm, keadaan waktu lahir langsung menangis, masalah saat kehamilan tidak ada.	Ny. M. D. S 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 pada pinggang.

Berdasarkan tabel 4.3 riwayat persalinan antara kedua ibu sama, ibu 1 dan ibu 2 dengan persalinan anak pertama.

4) Pengalaman Menyusui

Tabel 4.4 Pengalaman Menyusui

Ibu 1	Ibu 2
Ny. D.I mengatakan ini pertama kali menyusui tetapi ASI nya tidak keluar dan sudah menyusui bayinya.	Ny. M.D.S 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. I 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. S 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
	Pada hari minggu tanggal 27 April 2025 Ny. D. I sakit perut bagian bawah dan di bawah oleh keluarga di Rumah Sakit Karitas Weetabula dan tiba di Rumah Sakit Karitas Weetabula pukul 22.40 WITA. Kemudian Ny. D. I dilakukan pemeriksaan dan di dapatkan hasil: TD: 110/80 mmHg, Nadi 97x/menit, suhu 36.0°C, RR 20x/menit, pemeriksaan Abdomen TFU 32cm His 1x /10 menit lama 15-20 detik, DJJ 132 x/menit, PØ 1 cm, portio tebal ketuban +, hodge1, setelah dilakukan observasi pasien di persiapkan untuk operasi pukul 06.15, masuk ruang operasi persiapan insisi, kemudian pada pukul 06.21 bayi lahir segera menangis, berjenis kelamin perempuan dengan berat 2900 gram, PB 47, LK 34 cm, LD 32 cm, LILA 10 cm, APGAR 8/9 di ikuti	Pada hari minggu tanggal 27 April 2025 pukul 16.30 WITA Ny. M. D. S merasakan sakit perut bagian bawah, ingin melahirkan anak pertamanya. Karena rasa nyeri yang kuat maka ny. M. D. S dibawa oleh keluarganya ke puskesmas Waimangura pukul 17.30. Sampainya di puskesmas pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah dan nyeri menjalar kepinggang belakang. Karena keadaan pasien yang mengeluarkan cairan dan lendir sedikit bercampur darah serta keadaan pasien yang tampak lemah dan tidak mampu mengedang maka pasien dirujuk ke rumah sakit karitas weetabula pada pukul 18.30. Pasien tiba di IGD Rumah Sakit Karitas Weetabula pukul 18.55. sesampainya di IGD dilakukan pemeriksaan fisik dengan TD: 110/70 mmHg, Suhu 37°C, Nadi 79, SpO2: 97%, RR:22, pemeriksaan abdomen TFU 29cm His 3x/10 menit lama 25-30 detik, DJJ

Riwayat persalinan	Ibu 1	Ibu 2
	dengan lahir plasenta lengkap bersama selaput, maassage TFU kontraksi keras, pendarahan ± 500 cm, terjadi robekan bagian abdomen 19 cm. sesudah sudah persalinan, pasien di pindahkan keruangan Ranap Elisabeth pada tanggal 28 april 2025 pukul 09.00 Ny. D. I dilakukan pengkajian mengatakan nyeri pada luka bekas post <i>sectio caesarea</i> dibagian abdomen rasanya seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 8 dengan intensitas hilang timbul.	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 sampaidengan 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 abdome 19cm.sesudah persalinan pasien dipindahkan keruangan ranap Elisabeth pada tanggal 28 april 2025 pukul 09.00 Ny. M. D. S dilakukan pengkajian dan mengatakan nyeri pada luka bekas post <i>sectio caesarea</i> 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 yang beda pada jam kelahiran bayi yaitu, 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

Riwayat Ginekologi	Ibu 1	Ibu 1
--------------------	-------	-------

Masalah Ginekologi	Ny. D. I mengatakan bahwa tidak pernah mengalami salah satu penyakit yang di tanyakan seperti (infeksi kandungan, kanker rahim, kanker payudara, hipertensi, hepatitis, DM, asma, maupun TBC dan AIDS)	Ny. M. D. S mengatakan tidak pernah mengalami salah satu penyakit yang di tanyakan 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. I mengatakan belum pernah memakai alat kontrasepsi jenis apapun dan Ny. D. I mengatakan belum memikirkan untuk menggunakan KB	Ny. M. D. S mengatakan belum pernah memakai alat kontrasepsi jenis apapun dan Ny.M. D. S 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 Obstetrik

Tabel 4.9 Status Obstetrik

Status Obstetrik	Ibu 1	Ibu 2
Status Obstetrik	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

Tanda- Tanda Vital	Ibu 1	Ibu 2
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

Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
-------------------	-------	-------

Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
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.
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
Hidung	Lubang hidung simetris, hidung tampak bersih, dan tidak ada nyeri tekan	Lubang hidung, hidung tampak bersih dan tidak ada nyeri tekan
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
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
Leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis
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
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
Payudara	Payudara simetris danputing susu menonjol, areola hiperpigmentasi, pengeluaran kolostrum (ASI) sedikit	Payudara simetris dan puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, pengeluaran kolostrum (ASI) sedikit

Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
Abdomen	<p>Terdapat linea nigra striae alba. Tinggi fundus uterus: 2 jari dibawah umbilikus,terdapat balutan luka <i>sectio caesarea</i> melintang dengan panjang 19cm,pasien mengeluh nyeri.</p> <p>P: saat bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Abdomen S:7 T: hilang timbul</p> <p>Aktifitas klien ketergantungan sedang</p>	<p>Terdapat linea nigra striae alba.Tinggifundus uterus: 2 jari dibawah umbilikus,terdapat balutan luka <i>sectio caesarea</i> melintang dengan panjang 19cm,pasien mengeluh nyeri.</p> <p>P: saat bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Abdomen S:7 T: hilang timbul</p> <p>Aktifitas klien ketergantungan sedang</p>
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>
Ekstremitas	<p>Ekstermitas atas: Pergerakan terkoordinasi, lesi tidak ada, turgor kulit elastis, edema tidak ada, CRT < 2 detik.</p> <p>Ekstermitas bawah: Pergerakan terkoordinasi, lesi tidak ada, edema tidak ada, varises tidak ada, tanda homan -.</p>	<p>Ekstermitas atas: Pergerakan terkoordinasi, lesi tidak ada, turgor kulit elastis, edema tidak ada, CRT < 2 detik.</p> <p>Ekstermitas bawah: Pergerakan terkoordinasi, lesi tidak ada, edema tidak ada,</p>

Pemeriksaan Fisik	Ibu 1	Ibu 2
	<p data-bbox="735 376 911 405">Kekuatan otot:</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ </div> <p data-bbox="735 577 884 607">Keterangan:</p> <p data-bbox="735 613 1059 674">0: tidak ada kontraksi otot sama sekali</p> <p data-bbox="735 680 1059 808">1: Terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian</p> <p data-bbox="735 815 1059 943">2: Dapat digerakkan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitasi</p> <p data-bbox="735 949 1059 1077">3: Dapat melawan gaya gravitasi tetapi dapat melawan tahanan dari pemeriksa</p> <p data-bbox="735 1084 1059 1211">4: Dapat melawan gaya berat, melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa</p> <p data-bbox="735 1218 1059 1312">5: Seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal</p> <p data-bbox="735 1319 1059 1379">ROM pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga</p>	<p data-bbox="1082 376 1369 436">varises tidak ada, tanda homan -.</p> <p data-bbox="1082 443 1262 472">Kekuatan otot:</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ </div> <p data-bbox="1082 645 1230 674">Keterangan:</p> <p data-bbox="1082 680 1369 741">0: tidak ada kontraksi otot sama sekali</p> <p data-bbox="1082 748 1369 875">1: Terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian</p> <p data-bbox="1082 882 1369 1010">2: Dapat digerakkan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitasi</p> <p data-bbox="1082 1016 1369 1144">3: Dapat melawan gaya gravitasi tetapi dapat melawan tahanan dari pemeriksa</p> <p data-bbox="1082 1151 1369 1279">4: Dapat melawan gaya berat, melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa</p> <p data-bbox="1082 1285 1369 1379">5: Seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal</p> <p data-bbox="1082 1386 1369 1480">ROM pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga</p>

Berdasarkan Tabel 4. 12. Dra 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, ekstimitas. Terdapat balutan luka sectio caesarea melintang dengan panjang 19 cm.

5) Polaeliminasi

Tabel 4.13 Pola Eliminasi saat ini

Eliminasi	Ibu 1	Ibu 2
BAK	Ny. D. I mengatakan saat ini dirinya belum BAK dan Ny. D. I tidak terpasang kateter	Ny. M. D. S mengatakan saat ini doirinya belum BAK dan Ny. D. I tidak terpasang kateter.
BAB	Ny. D. I mengatakan saat inidirinya belum BAB	Ny.M. D.mengatakan saat inidirinya 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, ± 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	Ny. D. I mengatakan saat ini dirinya merasa kurang nyaman karena nyeri di abdomen bagian bawah pasca operasi, skala nyeri 8, nyeri bertambah ketika Ny. D. I duduk, Nyeri seperti tertusuk.	Ny.M.Dmengatakan saat ini dirinya merasa kurang nyaman karena nyeri di abdomen bagian bawah pasca operasi, skala nyeri 8, nyeri bertambah ketika Ny. D. I duduk, Nyeri seperti tertusuk.

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

Mobilisasi dan Latihan	Ibu 1					Ibu 2				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mobilisasi dan Latihan	Ny. D. I mengatakan sudah bisa miring kanan/miring kiri, tapi belum bisa bangun dari atas tempat tidur dan pergi ke kamar mandi					Ny. M. D. S 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 di bantu.

8) Nutrisi dan Cairan

Tabel 4.16 Nutrisi dan Cairan

Nutrisi Dan Cairan	Ibu 1	Ibu 2

Pola makan	Ny. D. I Mengatakan saat ini biasanya makan 3-4 kali sehari dan 1 porsi dihabiskan, sediaan hangat dan dingin, dengan jenis makanan nasi dan daging, sayur dan buah-buahan. Saat dilakukan pengkajian Ny. D. I mengatakan tidak ada alergi makanan. Saat pengkajian Ny. D. I mengatakan makan makanan yang disajikan di Rumah Sakit dengan jenis makanan nasi, sayur, lauk dan buah, satu porsi dihabiskan, Ny. D. I tidak memiliki diet khusus.	Ny. M.D.mengatakan saat ini biasanya makan 3-4 kali sehari dan 1 porsi dihabiskan, sediaan hangat dan dingin, dengan jenis makanan nasi dan daging, sayur dan buah-buahan. Saat dilakukan pengkajian 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 prosi dihabiskan, Ny.M. D.tidak memiliki diet khusus.
Pola minum	Ny. D. I mengatakan saat ini minum air 9-10 gelas dengan jumlah \pm 2000cc dan minum susu untuk Ibu hamil. Saat pengkajian Ny. D. I mengatakan sudah minum putih 3 gelas dengan jumlah \pm 600 cc.	Ny. M. D. mengatakan saat ini 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 putih 2 gelas dengan jumlah \pm 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

Keadaan Mental	Ibu 1	Ibu 2
Adaptasi psikologis	Ny D. I mengatakan merasa bahagia dan senang setelah penantian selama 9 bulan anaknya lahir dalam keadaan sehat	Ny. M. D. S 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

Keadaan bayi	Ibu 1	Ibu 2
	Bayi Ny. D. I dirawat gabung bersama Ibu diruang Nifas dengan keadaan bayi tidak ada ikterus, warna kulit kemerahan. Saat pengkajian bayi Ny. D. I tampak rewel dan Ny. D. I mengatakan anaknya belum BAK dan BAB.	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 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

	Ibu 1		Ibu 2	
Hari/tanggal Pukul	Jumat, 8 Maret 2024 pukul 01.34 WITA		Kamis, 4 April 2024 pukul 10.30 WITA	
Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Hasil Ibu 1	Hasil Ibu 2
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

1) Terapi obat

Tabel 4. 20 Terapi Obat

Nama Obat	Ibu 1				Ibu 2			
	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.3x1	Antibiotik sefalosporin		Mengurangi radang panggu mencegah risiko infeksi pada organ reproduksi	Ceftriaxon	1gr/4.0via.3x1		Mengurangi radang panggu mencegah risiko infeksi pada organ reproduksi
Dexamethasone	1 Amp 1x1	Kartikosteroit	IV	Membantu meredakan peradangan	Dexamethasone	1 Amp 1x1	IV	Membantu meredakan peradangan
Diphenhydramine	1 amp	Antihistamin (obat keras)	IV	Meredakan gejala alergi, hidung berair, hidung tersumbat, mata merah, batuk pilek dan bersin-bersin	Diphenhydramine	1 amp	IV	Meredakan gejala alergi, hidung berair, hidung tersumbat, mata merah, batuk pilek dan bersin-bersin

Nama Obat	Ibu 1				Ibu 2			
	Dosis	Jenis	Rute	Indikasi	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
Fetik suppo	1x2	Antiinflamasi (obat keras)	rektal	Membantu mengurangi hormon yang menyebabkan peradangan	Fetik suppo	1x2	rektal	Membantu mengurangi hormon yang 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 amp 3x1	Antagonis H2 (blocker)	IV	Menurunkan kadar asam lambung	Ranitidine	50mg/2 ml amp 3x1	IV	Menurunkan 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 dan Klien 2

Analisa data Klien 1

Data	Etiologi	Problem
DS: P: Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah Q: seperti tertusuk-tusuk R: abdomen bawah S: skala nyeri 7 T: hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Ny. D. I bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) • Gelisah • Sulit tidur 	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

Analisa Data Klien 2

Data	Etiologi	Problem
DS: P: Pasien mengatakan nyeri Q: seperti tertusuk-tusuk R: abdomen bawah S: skala nyeri 8 T: hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Ny. M. D. Sbersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) • Gelisah • Susah tidur 	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

2. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.22 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi
Pasien 1			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x... dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun	<p>(relaksasi benson)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, <i>relaksasi benson</i>) 10. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 11. Fasilitasi istirahat tidur 12. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p>

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuandan KH	Intervensi
			14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Pasien 2			
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: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun	(relaksasi benson) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuandan KH	Intervensi
			<p>Terapeutik:</p> <p>9. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri mis:(<i>relaksasi benson</i>).</p> <p>10. Kontrol lingkungan yang memperberatrasanyi(mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>11. Fasilitasiistirahattidur</p> <p>12. Pertimbangkan jenis dan sumbernyeridalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>13. Jelaskanpenyebab,periode,dan pemicu nyeri</p> <p>14. Jelaskanstrategimeredakan nyeri</p> <p>15. Anjurkanmemonitornyeri secara mandiri</p> <p>16. Anjurkanmenggunakan analgetik secara tepat</p> <p>17. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>18. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>

13) Analisa Data

Tabel 4. 21 Analisa data Klien 1 dan Klien 2

Analisa data Klien 1

Data	Etiologi	Problem
DS: P: Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah Q: seperti tertusuk-tusuk R: abdomen bawah S: skala nyeri 7 T: hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Ny. D. I bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) • Gelisah • Sulit tidur 	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

Analisa Data Klien 2

Data	Etiologi	Problem
DS: P: Pasien mengatakan nyeri Q: seperti tertusuk-tusuk R: abdomen bawah S: skala nyeri 8 T: hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Ny. M. D. Sbersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) • Gelisah • Susah tidur 	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

4. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

5. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.22 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi
Pasien 1			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x... dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 5. Keluhan nyeri menurun 6. Meringis menurun 7. Sikap protektif menurun 8. Kesulitan tidur menurun	<p>(relaksasi benson)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 14. Identifikasi skala nyeri 15. Identifikasi respon nyeri verbal 16. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri 17. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 18. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 19. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 20. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, <i>relaksasi benson</i>) 22. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 23. Fasilitas istirahat tidur 24. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuandan KH	Intervensi
			<p>Edukasi:</p> <p>20. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>21. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>22. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>23. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>24. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>25. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Pasien 2			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x... dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>5. Keluhan nyeri menurun</p> <p>6. Meringis menurun</p> <p>7. Sikap protektif menurun</p> <p>8. Kesulitan tidur menurun</p>	<p>(relaksasi benson)</p> <p>Observasi:</p> <p>19. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>20. Identifikasi skala nyeri</p> <p>21. Identifikasi respon nyeri verbal</p> <p>22. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</p> <p>23. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>24. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>25. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>26. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang</p>

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuandan KH	Intervensi
			<p>sudah diberikan</p> <p>Terapeutik:</p> <p>27. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri mis:(<i>relaksasi benson</i>).</p> <p>28. Kontrol lingkungan yang memperberatrasanyeri(mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>29. Fasilitasiistirahattidur</p> <p>30. Pertimbangkan jenis dan sumbernyeridalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>31. Jelaskanpenyebab,periode, dan pemicu nyeri</p> <p>32. Jelaskanstrategimeredakan nyeri</p> <p>33. Anjurkanmemonitornyeri secara mandiri</p> <p>34. Anjurkanmenggunakan analgetik secara tepat</p> <p>35. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>36. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>

14) Analisa Data

Tabel 4. 21 Analisa data Klien 1 dan Klien 2

Analisa data Klien 1

Data	Etiologi	Problem
DS: P: Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah Q: seperti tertusuk-tusuk R: abdomen bawah S: skala nyeri 7 T: hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Ny. D. I bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) • Gelisah • Sulit tidur 	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

Analisa Data Klien 2

Data	Etiologi	Problem
DS: P: Pasien mengatakan nyeri Q: seperti tertusuk-tusuk R: abdomen bawah S: skala nyeri 8 T: hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Ny. M. D. Sbersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) • Gelisah • Susah tidur 	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

6. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

7. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.22 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuandan KH	Intervensi
Pasien 1			
1.	Nyeriakutberhubu ngan denganagen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakankeperaw atan selama 3x...dalam 24 jam diharapkan tingkatnyerimenu run dengan kriteria hasil: 9. Keluhan nyeri menurun 10. Meringis menurun 11. Sikap protektif menurun 12. Kesulitan tidur menurun	<p>(relaksasi benson)</p> <p>Observasi:</p> <p>25. lokasi,karaktersitik, durasi, frekuensi,kualitas,in tesitas nyeri</p> <p>26. Identifikasiskalanyeri</p> <p>27. Identifikasiresponnye rinon verbal</p> <p>28. Identifikasi factor yang memperberatdanmempe ringan nyeri</p> <p>29. Identifikasipengetahu andan keyakinan tentang nyeri</p> <p>30. Identifikasi pengaruh budaya terhadapterhadaprespon nyeri</p> <p>31. Identifikasipengaru hnyeri nyeri pada kualitas hidup</p> <p>32. Monitorkeberhasila nterapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>Terapeutik:</p> <p>33. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, <i>relaksasi benson</i>)</p> <p>34. Kontrol lingkungan yang memperberatrasanyer i(mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>35. Fasilitasiistirahattidur</p> <p>36. Pertimbangkan jenis dan sumbertyeridalampemilih an strategi meredakan nyeri</p>

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuandan KH	Intervensi
			<p>Edukasi:</p> <p>26. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>27. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>28. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>29. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>30. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>31. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Pasien 2			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x... dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>9. Keluhan nyeri menurun</p> <p>10. Meringis menurun</p> <p>11. Sikap protektif menurun</p> <p>12. Kesulitan tidur menurun</p>	<p>(relaksasi benson)</p> <p>Observasi:</p> <p>37. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>38. Identifikasi skala nyeri</p> <p>39. Identifikasi respon nyeri verbal</p> <p>40. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</p> <p>41. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>42. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>43. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>44. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang</p>

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuandan KH	Intervensi
			<p>sudah diberikan</p> <p>Terapeutik:</p> <p>45. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri mis:(<i>relaksasi benson</i>).</p> <p>46. Kontrol lingkungan yang memperberatrasanyeri(mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>47. Fasilitasiistirahattidur</p> <p>48. Pertimbangkan jenis dan sumbernyeridalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>49. Jelaskanpenyebab,periode, dan pemicu nyeri</p> <p>50. Jelaskanstrategimeredakan nyeri</p> <p>51. Anjurkanmemonitornyeri secara mandiri</p> <p>52. Anjurkanmenggunakan analgetik secara tepat</p> <p>53. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>54. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>

8. Implementasi Keperawatan

**Tabel 4.23 Implementasi Keperawatan Tanggal
28 April 2025**

Pasien 1				
Pelaksanaan	Diagnosa	Jam	Implementasi	Hasil
Harike-1	Nyeriakut b/d agen pencedera fisiologis	14.00 Wita	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasinyeripada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> , nyeri hilang timbul dan tertusuk-tusuk
		14.02 Wita	2. Mengidentifikasi skala nyeri	Skalanyeri 8
		14.04 Wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasientampak meringis
		14.06 Wita	4. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>relaksasi benson</i>)	Pasientampak merasanyamanketikadiberikan terapi <i>relaksasi benson</i>
		14.21 Wita	5. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	Pasienmerasanyamandengansuhu ruangan
		14.23 Wita	6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)	Pasienmampumelakukanteknikrelaksasinafas dalam
		14.25 Wita	7. Memberikan obat Injeksi ceftriaxone Injeksi ketorolac Injeksi methyl ergometrine	Pasien minum obat, Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram, ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.

Harike-2	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis	Tanggal 29 April 2025		
		17.28 Wita	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasi nyeri pada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> , nyeri hilang timbul dan tertusuk-tusuk
		17.30 Wita	2. Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 6
		17.32 Wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak tidak meringis
		17.34 Wita	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>relaksasi benson</i>)	Pasien merasa aman ketika diberikan terapi <i>relaksasi benson</i>
		17.36 Wita	5. Mengontrol lingkungan yang memperburuk nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	Pasien merasa nyaman dengan suhu ruangan
		17.38 Wita	6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam
17.42 Wita	7. Memberikan obat Injeksi ceftriaxone Injeksi ketorolac Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram, ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.		
Tanggal 30 April 2025				
Harike3	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis	08.10 Wita	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasi nyeri pada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> , nyeri hilang timbul dan tertusuk-tusuk
		08.12 Wita	2. Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 3
		08.14 Wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak tidak rileks

		08.16 Wita	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>relaksasi benson</i>)	Pasien merasa aman ketika diberikan terapi <i>relaksasi benson</i>
		08.31 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				
Pasien 2				
Pelaksanaan	Diagnosa	Jam	Implementasi	Hasil
Hari ke-1	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis	09.00 Wita	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasinyeripadaabdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> ,nyeri hilang timbul dan tertusuk-tusuk
		09.02 Wita	2. Mengidentifikasi skala nyeri	Skalanyeri 8
		09.04 Wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasientampak meringis
		09.06 Wita	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>relaksasi benson</i>)	Pasientampak merasanyamanketikadiberikan terapi (<i>relaksasi benson</i>)
		09.21 Wita	5. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	Pasien merasanyamandengansuhu ruangan
		09.23 Wita	6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam
		09.25 Wita	7. Memberikan obat Injeksi ceftriaxone Injeksi ketorolac Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram, ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.

Tanggal 29 April 2025				
Harike-2	Nyeriakut b/d agen pencedera fisiologis	16.00 Wita	1. Mengidentifikasi skala nyeri	Skalanya 5
		16.02 Wita	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak tidak meringis
		16.04 Wita	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak meringis
		16.06 Wita	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>relaksasi benson</i>)	Pasien merasa aman ketika diberikan <i>relaksasi benson</i>
		16.21 Wita	5. Memberikan obat Injeksi ceftriaxone Injeksi ketorolac Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram, ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul
Tanggal 30 April 2025				
Harike-3	Nyeriakut b/d agen pencedera fisiologis	10.00 Wita	1. Mengidentifikasi skala nyeri	Skalanya 3
		10.02 Wita	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak rileks
		10.04 Wita	3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>terapi relaksasi benson</i>)	Pasien merasa aman ketika diberikan <i>terapi relaksasi benson</i>
		10.19 Wita	4. Memberikan obat Injeksi ceftriaxone Injeksi ketorolac Injeksi methyl ergometrine	Melayani Pemberian injeksi ceftriaxone 3x1 gram, ketorolac drip, methyl ergometrine 3x1 ampul.

9. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.24 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
Pasien 1						
Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedera fisik	10.00	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i>, nyeri hilang timbul, nyeri tertusuk-tusuk dengan skala 8</p> <p>O: Pasien tampak meringis</p> <p>menahansakit, tekanan darah: 160/90 mmHg, nadi: 80x/menit, RR: 18x/menit, suhu: 36,5°C, SpO₂: 90%</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	10.30	<p>S: Pasien mengatakan masih nyeri pada abdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i>, nyeri hilang timbul, nyeri tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6</p> <p>O: Pasien masih tampak meringis menahansakit, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi: 80x/menit, RR: 18x/menit, suhu: 36,5°C, SpO₂: 90%</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	13.00	<p>S: Pasien mengatakan merasakan nyeri, skala nyeri 3</p> <p>O: Pasien tampak rileks</p> <p>tekanan darah 130/80 mmHg, nadi: 80x/menit, RR: 18x/menit, suhu: 36,5°C, SpO₂: 90%</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

Diagnosa	Jam	Harike-1	Jam	Harike-2	Jam	Harike-3
Pasien2						
Nyeriakut Berhubungan dengan agen Pencedera fisiologis	10.30 Wita	S: Pasienmengatakannyeripada Abddomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> ,nyerihilangtimbul, nyeri tertusuk-tusuk dengan skala8 O: Pasien tampak meringis menahansakit,tekanandarah 150/90mmHg,nadi:85x/menit, RR:20x/menit,suhu:37,5°C, SpO2:98% A: Masalahbelum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	11.00 Wita	S: Pasienmengatakanmasihnyeripadaabdomen bekas operasi <i>sectio caesarea</i> ,nyerihilang timbul Nyeritertusuk-tusukdenganskalanyeri5 O: Pasien masih tampakmeringismenahansakit,tekanandarah 130/90 mmHg,nadi:85x/menit,RR:20x/menit,suhu:37,5°C,SpO2:98% A: Masalahteratasisebagian P: Intervensi dilanjutkan	13.30 Wita	S: Pasien mengataka merasakan nyeri, skala nyeri 3 O: Pasien tampak ri tekanan darah 120/80 mmHg,nadi:85x/menit, RR:20x/menit, suhu:37,5°C, SpO2: 98% A: Masalahteratasi P: Intervensidihenti

B. Pembahasan

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

Berdasarkan pengumpulan data diatas, 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)

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 tv: 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, tanda dan gejala yang didapatkan pada pasien 2 yaitu pasienmerasakannyeriabdomen bagian bawah,seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 8, pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif , pasien tampak gelisah.Hasilpemeriksaan 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, skala nyeri antarapatient1 danpatient2 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, Dignosa 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, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, 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. Tujuan dan kriteria hasil

Segala rencana tindakan yang dibuat oleh perawat untuk mencapai hasil yang diharapkan disebut intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran keperawatan, juga disebut sebagai hasil akhir intervensi keperawatan, terdiri dari indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah. Luaran keperawatan mencakup elemen yang dapat diamati dan diukur, seperti kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, atau komunitas terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Kriteria hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 dalam 24 jam adalah keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Dengan intervensi terapi *relaksasi benson* yang diterapkan sebagai berikut 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 terhadap responnyeri, Identifikasi pengaruhnyeripadakuaitashidup, 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 farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Dalam penyusunan rencana keperawatan kepada pasien 1 Ny.D berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien. Adapun intervensi yang tidak diberikan pada Ny.D adalah identifikasi faktor 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 kegunaan analgetik, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri, anjurkan monitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Rencana asuhan keperawatan pada pasien 2 Ny.M Perencanaan yang dilakukan adalah observasi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri nonverbal, terapeutik: Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi *relaksasi benson*), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitas istirahat dan tidur, Edukasi : jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, kolaborasi : kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (PPNI 2018).

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap di mana perawat menerapkan rencana asuhan keperawatan sebagai intervensi keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan mereka (Bruno, 2019).

Penulis melakukan implementasi berdasarkan intervensi yang telah penulis susun, adapun implementasi yang telah dilakukan pada klien 1 dan klien 28 April 2025 – 30 April 2025 . 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 terhadap responnyeri, Identifikasi pengaruhnyerinyeripadakualitashidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek samping penggunaan analgetik, Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, *back massage*, 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 pemicunya, jelaskan strategi meredakannya, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Selama melakukan implementasi keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena kedua klien dan keluarga sangat kooperatif dalam menerima tindakan keperawatan yang dilakukan.

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.

Evaluasi merupakan tahap dari proses keperawatan berupa perbandingan yang sistematis dan terencana dari hasil-hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tahap evaluasi yang baik ini juga dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden sehingga menunjang kinerja responden dalam menerapkan asuhan keperawatan khususnya dalam menerapkan tahapan evaluasi keperawatan. Bertujuan untuk mengidentifikasi masalah utama pada pasien diabetes melitus untuk perkembangan intervensi keperawatan (Manulu, 2023)

Hasil evaluasi yang didapatkan pada kedua klien setelah diberikan perawatan selama 3 kali dalam 24 jam ialah pada hari pertama klien 1 mengatakan merasa nyeri nya berkurang dan mau menerapkan terapi *relaksasi benson*, klien masih tampak lemah, klien mengatakan merasa lebih nyaman dan lebih rileks saat dilakukan terapi, intervensi terapi *relaksasi benson* dilanjutkan, masalah belum teratasi. Pada hari kedua klien mengatakan merasa lebih nyaman dengan terapi *relaksasi benson* yang diberikan, klien mengatakan bahwa terapi yang diberikan sedikit mengurangi nyeri dan merasa lebih nyaman, klien mengatakan

merasa nyaman setiap kali mengikuti tahap-tahap terapi, keluarga klien juga dapat menerapkan terapi *relaksasi benson* setelah diajarkan, masalah teratasi sebagian. Pada hari ketiga klien mengatakan ternyata kalau sering dan dilakukan dengan benar maka 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 *relaksasi benson* 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 dilakukan penekanan suami klien juga dapat melakukan terapi setelah di ajarkan masalah teratasi sebagian intervensi dilanjutkan. Pada hari ketiga klien mengatakan bahwa ternyata terapi *relaksasi benson* dapat mengurangi nyeri, klien mengatakan lebih rileks saat dilakukan terapi masalah teratasi intervensi dihentikan karena pasien pulang

