

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende di ruangan Nifas III dengan kapasitas 5 kamar dan tersedia 14 tempat tidur yang terdiri dari kamar kelas 3 dengan tiga tempat tidur yaitu 3A, 3B, 3C, kamar kelas 2 dengan tiga tempat tidur yaitu 2A, 2B, dan 2C, Kamar kelas 1 dengan empat tempat tidur yaitu 1A, 1B, 1C, 1D, kamar kelas 1C1 dengan dua tempat tidur yaitu 1C2 dan 1C3, kamar kelas 1D1 dengan dua tempat tidur yaitu terdiri dari 1D2 dan 1D3. Tenaga kerja Ruang Nifas III sebanyak 22 orang yang terdiri dari 20 bidan, 1 orang administrasi, dan 1 orang *cleaning service*.

##### **2. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu, tanggal 04 Juni 2025 pukul 16.30 WITA di ruangan Nifas III RSUD Ende.

###### **a. Identitas**

###### **1) Biodata Klien**

Klien berinisial Ny. M.A.G usia 37 tahun, beragama Katolik, jenis kelamin perempuan, status menikah, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga, beralamat di Jopu, masuk tanggal 04 juni 2025 pukul 15.30 WITA di ruangann

Nifas III dengan Diagnosa medis Ibu Nifas Post *Sectio Caesarea* dengan Indikasi PEB

2) Biodata Penanggung jawab

Klien berinisial Tn. M. M, usia 44 tahun, agama Katolik, hubungan dengan pasien suami, bekerja sebagai petani dan tinggal di Jopu.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada area *insisi* dinding abdomen , kepala sakit rasanya seperti nyut-nyut .

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan pada hari Selasa 3 Juni 2025 pasien merasa nyeri pinggang yang hebat sehingga keluarga membawa pasien ke puskesmas wolowaru. Sesampainya dipuskesmas wolowaru pasien mendapatkan penanganan awal seperti melakukan TTV dengan hasil TD : 158/98mmHg, nadi 99x/menit, suhu:36,7°, spo<sub>2</sub> : 99% palpasi TVU :28 cm , DJJ 144x/menit. Pasien di rujuk ke rumah sakit dan saat di rumah sakit pasien mendapatkan obat nefidipin satu tablet, MGSO<sub>4</sub> 40% pada hari rabu tanggal 04 juni 2025 pasien mengantarkan keruangan OKA dimelakukan tindakan operasi persalinan section caesarea pada pukul 12.30 – 13.40. pasien masuk ruangan nifas pada pukul 15.30 untuk melakukan perawatan lanjut di ruangan Nifas. Pasien mengatakan

nyeri pada area insisi dinding abdomen, kepala sakit rasanya seperti nyut-nyut.

### 3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak tau penyakit hipertensi hanya ada mamanya pasien yang memiliki riwayat hipertensi. pasien baru mengalami tekanan darah tinggi 2 minggu sebelum melahirkan pada saat melakukan pemeriksaan dipuskesmas wolowaru.

### c. Riwayat Obstetric

**Tabel 4.1** Ibu dengan G3P2A0 MOW + PEB usia kehamilan 35 minggu

NO	UMUR	L/P	H/M	BBL	CARA LAHIR	PENOLONG
1.	14 TAHUN	P	H	2900 gram	NORMAL	BIDAN
2.	10 TAHUN	L	H	2900 gram	NORMAL	BIDAN
3.	04-06-2025	L	H	2300 gram	SC CITO	Dr. Lydia Firmiati Nembo sp.oG

### d. Riwayat Kehamilan Sekarang

#### 1) Gangguan Pada Hamil Muda

Pasien mengatakan sering mual muntah, pusing dan kepala sakit pada kehamilan trimester pertama dan nyeri di ulu hati.

#### 2) Tempat Pemeriksaan Kehamilan

Pasien mengatakan selama kehamilan melakukan pemeriksaan sebanyak sebilan kali di Puskesmas Wolowaru.

3) Obat yang diberikan

Pasien mengatakan obat yang di dapat ,vitamin B12,klak dan tablet tambah darah

4) Nutrisi saat Kehamilan

Pasien mengatakan saat hamil makan tiga kali dalam sehari dengan jumlah porsi dalam 1 piring penuh. Makanan yang sering pasien konsumsi seperti nasi sayur, ikan ,tahu,tempe dan pasien juga jarang mengonsumsi buah- buahan, sering makan sayur yang bersantan, berminyak, kadang asin dan pasien juga minum air kelapa muda.

e. Riwayat persalinan

1) Jenis Persalinan

Persalinan *section caeserea* + Mow ( metode Operasi wanita), Lama Persalinan 1 jam ( 12.30 -13.30), Jumlah Pendarahan 300 cc, Keadaan umum pasien baik GCS : E : 4, V:5, M: 6, Kesimpulannya : kesadaran klien composmentis.

f. Riwayat kontrasepsi

Pasien merupakan akseptor KB yang digunakan KB implan selama dua tahun keluhan selama pemakaian berat badan naik.

g. Data psikologis

1) Empati sensitivitas terhadap isyarat bayi : pasien saat ini merasa sedih ketika bayinya sakit

- 2) Respon ibu ketika bayi menangis : pasien takut dan khawatir ketika bayi menangis
- 3) Konsep diri : pasien menarik diri karna bayinya sakit
  - (1) Kepuasan ibu terhadap kelahiran : sangat puas. namun pasien saat mendengar bayinya mau di operasi pasien sangat khawatir
  - (2) Penerimaan Diri Ibu : saat pasien mengetahui kondisi anaknya mau di operasi pasien sempat syok dan pasien tetap berdoa untuk kesembuhan bayinya.
  - (3) harga diri
    - (a)Perubahan apa yang rasakan setelah mengalami persalinan : pasien mengatakan badannya sudah merasa baik dan sehat.
    - (b) Apakah ada hal penting yang dipikirkan saat ini : pasien mengatakan sangat kepikiran dengan keadaan anaknya sekarang
    - (c) Kesesuain antara harapan dan kenyataan : pasien mengatakan berharap saat lahir pasien dan anaknya baik-baik saja dan sehat. Tetapi kenyataan anaknya harus segera di operasi karena lubang anusnya tidak ada
    - (d) Sikap ibu terhadap persalinan dan merawat bayi : pasien sangat koperatif terhadap persalinannya

- 4) Kecemasan .
  - a) Apa respon ibu jika bayi sakit : pasien mengatakan sangat stress dengan keadaan bayinya sekarang
  - b) Perilaku ibu saat bayi sakit : pasien selalu berdoa atas kesembuhan bayinya
- 5) depresi.
  - a) Apakah ibu tampak diam dan menarik diri : pasien menarik diri karena anaknya sakit
  - b) Apakah ibu tampak menangis : iya ibu tampak menangis
- 6) Konflik peran.
  - a) Apakah ibu menerima peran sebagai ibu : ibu menerima perannya sebagai seorang ibu
  - b) Bagaimana dengan pekerjaan ibu : untuk sementara waktu ibu sementara proses penyembuhan ,berhenti untuk bekerja dan kehidupan sehari-hari ditanggung oleh suami
  - c) Bagaimana menjalankan tugas sebagai istri : pasien menjalankan tugasnya sebagai seorang istri dan dibantu oleh suaminya dan keluarganya.
- 7) Dukungan social ( suami dan keluarga ) : keluarga sangat mendukung.
- 8) Adaptasi psikologi ibu post partum ( taking in/ taking hold/ letting go)

h. Pemenuhan Kebutuhan Dasar

- a) Nutrisi : pasien mengatakan banyak makan, makan yang di sediakan dari rumah sakit di habiskan. Makan yang di konsumsi yaitu bubur, ikan goreng, ayam, sayur labu . keluarga pasien juga menyediakan bubur dan telur rebus.
- b) Eliminasi : masih terpasang kateter dan jumlah urine sebanyak 500 cc
- c) Oksigenasi : tidak terpasang O<sub>2</sub>

i. Aktifitas dan Istirahat

pola tidur :pasien mengatakan tidak bisa tidur karena kepikiran dengan bayinya yang akan melakukan operasi.

A. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) kesadaran composmentis
- 3) *Apger Score* : GCS : 15 dengan respon eye 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah).
- 4) Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO<sub>2</sub> : 96%, RR: 20x/m, CRT :<3 detik.

**Kepala** : kulit kepala sedikit kotor, rambut bergelombang, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

**Leher** : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan.

**Mata** : bentuk mata simetris, tampak kantong mata, konjungtiva merah muda, sklera non ikterik.

**Hidung** : simetris, tidak ada pembengkakan.

**Mulut** : Mukosa bibir tampak lembab, klien berbicara jelas, tidak ada lesi, perdarahan dan juga bengkak.

**Dada** : inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada pembengkakan, payudara simetris, membesar, puting susu menonjol, aerola hitam, tidak keluar asi pada saat di tekan, RR: 20x/m.

**Abdomen** : inspeksi : bentuk simetris, bersih, tampak ada linea nigra, striae, tampak luka tertutup kasa + hipafix, peristaltik usus :18x/m, kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, nyeri pada saat di tekan.

**Genitalia** : inspeksi : jenis lochea rubra, perineum utuh dan terpasang kateter, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh.

**Ekstremitas** : pada kedua tangan tampak terpasang infus RI drip + MgSo4 + oksitosin, jumlah tetesan infus 24 tpm, akral hangat. Pada ekstremitas bawah tampak sedikit edema, jari kaki lengkap, dan kekuatan otot baik.

## B. Pemeriksaan Penunjang

### a. Laboratorium

**Tabel 4.2 Pemeriksaan darah lengkap**

Hasil laboratorium tanggal 03 juni 2025

No	Jenis pemeriksaan	Nilai normal	Satuan	Hasil pemeriksaan
1	WBC ( <i>Leukosit</i> )	3.60 – 11,0	$10^3/\mu\text{L}$	13,2
2	RBC ( <i>Eritrosit</i> )	3.80 – 5.20	$10^6/\mu\text{L}$	4,68
3	HGB	11.7 – 15.5	g/dl	11.8



4	HCT	35.0 – 47.0	%	36,4
5	MCV	80.0– 100	fL	77.8
6	MCH	27.0– 34.0	Pg	25.2
7	MCHC	26.0 – 34.0	g/dl	32.4
8	PLT( <i>Trombosit</i> )	150 -440	$10^3/\mu\text{L}$	272
9	RDW	11.5 – 14.5	%	13,3
10	MPV	9.0 – 13.0	fL	10,7
11	LYMPH%	25.0– 40.0	%	19.6
12	NEUT%	50.00-70.00	%	73.2
13	LYM%	25.0-40.0	%	19.6

**Tabel 4.3 Pemeriksaan darah lengkap**  
Hasil laboratorium tanggal 04juni 2025

No	Jenis pemeriksaan	Nilai normal	Satuan	Hasil pemeriksaan
1	WBC ( <i>Leukosit</i> )	4,0 – 10,0	$10^3/\mu\text{L}$	19,9
2	RBC ( <i>Eritrosit</i> )	4.00 – 5.00	$10^6/\mu\text{L}$	4,48
3	HGB	11.7 – 15.5	g/dl	12.2
4	HCT	35.0 – 47.0	%	36,6
5	MCV	80.0– 103.4	fL	82.1
6	MCH	27.0– 34.0	Pg	27.2
7	MCHC	32.0 – 36.0	g/dl	33.2
8	PLT( <i>Trombosit</i> )	150 -400	$10^3/\mu\text{L}$	300
9	RDW	11.0 – 16.0	%	13,2
10	MPV	6.5 – 12.0	fL	8,3
11	LYMPH%	20.0– 40.0	%	16.6
12	MID%	3.0 – 15.0	%	7.7
13	LYM	0.8 – 4.0	$10^3/\mu\text{L}$	3.3

**Pemeriksaan urine lengkap**  
**Tabel 4.4** Tanggal 31-02-2025

No	Jenis pemeriksaan	Hasil hematologi	Nilai rujukan
1	Glukosa	-	<30 mg/dl
2	Bilirubin	-	0,02 mg/dl
3	Ph	6.5	4,6-8,0
4	Protein	Neg	< 15 mg/dl
5	Urobilin	Normal	<1,0 mg/dl
6	Nitrit	-	Neg
7	Leukosit esterase	-	Neg

**Tabel 4.5 Terapi**

No	Nama obat	Kegunaanya
1	Paracetamol	Meredakan nyeri dan menurunkan demam
2.	Ketorolax	Meredakan nyeri
3.	Asam mefenamat	Meredakan nyeri
4.	Nifedipine	Menurunkan tekanan darah tinggi
5.	MgSo4	Untuk mengatasi Preeklampsia
6.	Oxitosin	Memperkuat kontraksi dinding Rahim

C. Tabulasi data

Pasien mengatakan nyeri pada pinggang pada saat di puskesmas wolowaru, nyeri padapayudara saat di tekan, area *insisi* dinding abdomen, P: luka post operasi Sectio caeserea pada dinding abdomen, Q: pasien mengatakan nyeri teriris-iris, R: nyeri pada daerah insisi dinding abdomen, S: skala nyeri 4 kualitas 6, T: pasien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak, kepala sakit rasanya seperti nyut-nyut, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas, pasien mengatakan nyeri pada payudaranya saat di tekan , pasien mengatakan kurang nyaman karena terpasang kateter, pasien Nampak stress, menangis,gelisah,cemas kulit kepala Nampak kotor,abdomen ada stria ada edema pada kedua kaki , Keadaan umum : baik,kesadaran composmentis, nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah), pada kedua tangan tampak terpasang infus RI drip + MgSo4 + oksitosin, jumlah tetesan infus 24 tpm, akral hangat. payudara membesar, bendungan Asi, Asi tidak keluar, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5° C SpO2: 96%,

RR: 20x/m, CRT :<3 detik, tampak luka tertutup kasa + hipafix, peristaltik usus :18x/m, kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, perineum utuh, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh.

#### D. Klasifikasi data

DS : pasien mengatakan nyeri pada pinggang, nyeri pada payudara saat ditekan nyeri pada dinding abdomen P: luka post operasi Sectio caesarea pada dinding abdomen, Q: pasien mengatakan nyeri teriris-iris, R: nyeri pada daerah insisi dinding abdomen, S: skala nyeri 4 kualitas 6, T: pasien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak,sakit kepala seperti nyut-nyut, nyeri pada payudara saat di tekan, pasien tidak nyaman terpasang kateter Do: , Keadaan umum : baik,kesadaran composmentis, tampak gelisa,cemas,stress,menangis edema pada kedua kaki nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah), pada kedua tangan tampak terpasang infus RI drip + MgSo4 + oksitosin, jumlah tetesan infus 24 tpm, akral hangat. payudara membesar, bendungan Asi, Asi tidak keluar, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5° C SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT :<3 detik, tampak luka tertutup kasa + hipafix, peristaltik usus :18x/m, kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, perineum utuh, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh.

E. Analisa Data

**Tabel 4.6 Analisa Data**

No	Data Fokus Subyektif (S) Obyektif (O)	Etiologi	Problem
1.	Ds : pasien mengatakan kepala sakit seperti nyut-nyut Do :keadaan umum baik,kesadaran compasmentis, TTV : TD : 154/106 mmHg, nadi : 64x/menit, suhu: 36,5 °C SpO <sub>2</sub> : 96% CRT < 3	Hipertensi	Perfusi cerebral tidak efektif
2.	Ds: pasien mengatakakan nyeri pada <i>insisi</i> dinding abdomen Do:tampak meringis, kesadaran compasmentis, karakteristik nyeri P: luka post operasi <i>Sectio Caeserea</i> pada dinding abdomen, Q: klien mengatakan nyeri teriris-iris, R: nyeri pada daerah insisi dinding abdomen, S: skala nyeri 4 kualias nyeri 6, T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak. nilai GCS 15 TD: 154/106mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO <sub>2</sub> : 96%, RR: 20x/m, CRT < 3.	<i>Insisi</i> dinding abdomen	Gangguan nyaman nyeri
3.	Ds : pasien mengatakakan nyeri pada insisi dinding abdomen Do : tampak luka tertutup kasa + hipafix, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nilai GCS 15 Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5°C, SpO <sub>2</sub> : 96%, RR: 20x/m, CRT ≤ 3 kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra.	Luka <i>insisi</i> dinding abdomen	Gangguan integritas kulit
4.	Ds : pasien mengatakakan nyeri pada insisi dinding abdomen Do : tampak luka tertutup kasa + hipafix, pasien sadar penuh,	Luka <i>insisi</i> dinding abdomen	Risiko infeksi

kesadaran composmentis, nilai GCS 15, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5<sup>o</sup>C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3 kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra.

<p>5. Ds : pasien mengatakan nyeri pada saat di tekan payudaranya Do : payudara membesar, bendungan Asi, Asi tidak keluar, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nilai GCS 15, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5<sup>o</sup>C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT &lt; 3</p>	<p>Ketidakadekuatan suplai Asi</p>	<p>Menyusui tidak efektif</p>
<p>6. Ds : pasien mengatakan kurang nyaman karena terpasang kateter. Do : tampak terpasang kateter, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh.keadaan umum baik kesadaran composmentis, nilai GCS 15 Tanda –tanda vital : TD: 154/89 mmHg, Nadi: 83x/m, suhu: 37,0<sup>o</sup>C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT ≤ 3.</p>	<p>Efek anastesi</p>	<p>Perubahan eliminasi urine</p>
<p>7. Ds : pasien mengatakakan nyeri pada insisi dinding abdomen, dan belum bisa melakukan aktivitas . Ds : keadaan umum baik, kesadaran compasmenti,aktivitas dibantu. GCS 15, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5<sup>o</sup>C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT &lt; 3 .</p>	<p>Nyeri Luka <i>insisi</i> dinding abdomen dan keterbatasan gerak</p>	<p>Intoleransi aktifitas</p>
<p>8. Ds. Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya saat ini Do. Pasien tampak gelisah, menangis,dan juga tanpak bingung dengan kondisi anaknya. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nilai GCS 15 mata Tanda –tanda vital : TD: 154/106</p>	<p>Krisis sational</p>	<p>Ansietas</p>

---

mmHg, Nadi: 64x/m, suhu:  
36,5°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m,  
CRT < 3

---

F. Prioritas masalah

1. Perfusi serebral tidak efektif
2. Gangguan Nyaman Nyeri
3. Gangguan integritas kulit
4. Risiko infeksi
5. Menyusui tidak efektif
6. Perubahan eliminasi urine
7. Intoleransi aktifitas
8. Ansietas

3. Diagnosa keperawatan

- a. Perfusi Cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi dibuktikan dengan.

Ds: pasien mengatakan kepala sakit seperti nyut-nyut

Do: keadaan umum baik, kesadaran composmentis GCS 15,TTV: TD:

154/106mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m,

CRT ≤ 3

- b. Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen ditandai dengan

Ds: pasien mengatakakan nyeri pada insisi dinding abdomen dengan karakteristik nyeri.

Do :Pasien nampak meringis kesadaran compasmentis

P: luka post operasi *Sectio Caesarea* pada dinding abdomen,

Q: klien mengatakan nyeri teriris – iris

R: nyeri pada daerah *insisi* dinding abdomen

S: skala nyeri 4 kualitas nyeri 6

T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak. Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3.

- c. Gangguan *integritas* kulit berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen ditandai dengan

Ds : pasien mengatakakan nyeri pada insisi dinding abdomen,

Do : tampak luka tertutup kasa + hipafix, pasien sadar penuh, kesadaran composmentis, nilai GCS 15, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT ≤ 3 kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra.

- d. Risiko infeksi berhubungan dengan luka *insisi* dinding abdomen dibuktikan dengan

Ds : pasien mengatakakan nyeri pada insisi dinding abdomen

Do : tampak luka tertutup kasa + hipafix, klien sadar penuh, kesadaran composmentis, nilai GCS 15, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT <3 kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra.

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai Asi ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan nyeri pada saat di tekan payudaranya

Do : payudara membesar, bendungan Asi, Asi tidak keluar, klien sadar penuh, kesadaran composmentis, nilai GCS 15 Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3

f. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan efek anastesi ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan kurang nyaman karena terpasang kateter.

Do : tampak terpasang kateter, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh. Keadaan umum baik , kesadaran composmentis, nilai GCS 15 Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,6 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3.

g. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Nyeri Luka *insisi* dinding abdomen dan keterbatasan gerak aktivitas dibantu karena ditandai dengan:

Ds : pasien mengatakakan nyeri pada insisi dinding abdomen, pasien juga mengatakan belum bisa melakukan aktivitas

Ds :keadaan umum baik kesadaran composmentis aktivitas di bantu. nilai GCS 15 Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT ≤ 3

h. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan



Ds. Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya saat ini

Do. Pasien tampak gelisah, menangis, dan juga tampak bingung dengan kondisi anaknya. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nilai GCS 15 Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3.

#### 4. Intervensi keperawatan ( SIKI 2018 )

##### a. Perfusi cerebral tidak efektif

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien diharapkan risiko perfusi cerebral tidak efektif tidak terjadi. Dengan kriteria hasil yang didapatkan : Tekanan darah normal, pusing menurun, kejang menurun, tegang leher menurun.

#### **Pemantauan Tekanan Intrakranial**

Observasi:

##### 1. Monitor peningkatan TD

Rasional : Peningkatan tekanan darah dapat menjadi tanda kompensasi tubuh terhadap peningkatan tekanan intrakranial, untuk mempertahankan perfusi cerebral

##### 2. Monitor penurunan tingkat kesadaran

Rasional : Penurunan kesadaran adalah indikator awal adanya peningkatan TIK, herniasi otak, atau kerusakan pada saraf kranial.

##### 3. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil

Rasional : Perubahan respon pupil bisa mengindikasikan peningkatan TIK.

4. Monitor tekanan perfusi serebral

Rasional : Memonitor tekanan perfusi cerebral membantu memastikan bahwa otak menerima aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi.

5. Monitor efek stimulus lingkungan hidup terhadap TIK

Rasional : Untuk mengelola faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi TIK dan kondisi pasien.

Terapeutik:

1) Pertahankan sterilitas sistem pemantauan

Rasional : Dengan mempertahankan sterilitas sistem pemantauan, tim kesehatan dapat memastikan keselamatan pasien dan mengoptimalkan hasil perawatan.

2) Pertahankan posisi kepala dan leher netral

Rasional : Posisi kepala yang netral dapat membantu mengurangi tekanan intrakranial dan meningkatkan aliran darah ke otak.

3) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien

Rasional : Pemantauan yang lebih sering dapat membantu mendeteksi perubahan kondisi pasien.

4) Dokumentasikan hasil pemantauan

Rasional : dokumentasi hasil pemantauan memungkinkan untuk mengevaluasi perawatan yang diberikan dan indentifikasi area yang perlu ditingkatkan.

Edukasi:

1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Rasional : Menjelaskan tujuan dan prosedur kepada pasien dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang perawatan yang diberikan.

2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Rasional : Menginformasikan hasil pemantauan dapat membangun atau meningkatkan kepercayaan serta komunikasi antara pasien dan tim kesehatan.

3) Diet rendah garam

Rasional : Diet rendah garam dapat membantu mengurangi retensi cairan dalam tubuh dan dapat membantu mengurangi gejala pembengkakan dan sesak napas.

b. Gangguan nyaman nyeri

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan gangguan nyaman nyeri teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan Nyeri di area insisi menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik.

**Manajemen Nyeri**

## Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional: Identifikasi frekuensi nyeri membantu dalam menentukan penyebab nyeri.

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Skala nyeri menyediakan cara untuk mengukur dan mendokumentasikan tingkat nyeri

- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal

Rasional: Respon non-verbal seperti mimik wajah, gerakan tubuh, dapat memberikan petunjuk penting tentang tingkat nyeri

- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: Faktor-faktor ini memungkinkan sebagai pemicu yang dapat memperberat dan memperingan nyeri

- 5) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Rasional: Memantau efek samping analgetik memungkinkan memiliki efek samping yang sangat serius.

## Terapeutik

- 6) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres dingin/hangat, terapi bermain)

Rasional: Lepaskan tegangan emosional dan otot; tingkatkan perasaan control yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan coping.

- 7) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional: Lingkungan yang nyaman dan tenang dapat memperingan nyeri

- 8) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Tidur yang cukup dan berkualitas dapat mengurangi persepsi nyeri.

#### Edukasi

- 9) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional: Menjelaskan penyebab nyeri pada pasien meningkatkan pemahaman tentang kondisi pasien.

- 10) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional: Memantau nyeri secara mandiri membantu pasien menjadi lebih sadar akan nyeri yang pasien rasakan.

- 11) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: Lepaskan tegangan emosional dan otot; tingkatkan perasaan kontrol yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan coping.

#### Kolaborasi

- 12) Kolaborasi penggunaan analgetik bila perlu

Rasional: menghilangkan rasa nyeri

13) Observasi efek analgetik.

Rasional: Respirasi mungkin menurun pada pemberian narkotik, dan mungkin menimbulkan efek-efek sinergistik dengan zat-zat anestesi

c. Kerusakan integritas kulit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan kerusakan integritas kulit teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : luka pada area insisi membaik.

### **Perawatan Luka**

Observasi:

1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)

Rasional: Perubahan pada karakteristik luka, seperti kemerahan, bengkak, peningkatan rasa nyeri, keluarnya nanah, atau bau tidak sedap, bisa menjadi tanda infeksi

2. Monitor tanda-tanda infeksi

Rasional: Mengidentifikasi tanda-tanda infeksi secara dini seperti demam, kemerahan, pembengkakan, nyeri atau keluarnya cairan dari luka memungkinkan tindakan cepat sebelum infeksi menyebar atau menjadi lebih parah.

Terapeutik:

3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

Rasional: Proses pelepasan secara perlahan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau rasa sakit yang dialami pasien.

4. Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan

Rasional: Cairan NACL membantu menjaga kelembaban di area luka dan membantu mencegah infeksi.

5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu.

Rasional: Salep yang diformulasikan untuk kondisi tertentu dapat membantu mempercepat proses penyembuhan baik dengan memperbaiki jaringan, menghidrasi kulit atau mendukung regenerasi sel.

6. Pasang balutan sesuai jenis luka

Rasional: Balut yang tepat melindungi luka dari kotoran, bakteri dan trauma eksternal yang dapat mengurangi resiko infeksi dan mempercepat penyembuhan.

7. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari

Rasional: Menyediakan kalori dan protein dalam jumlah yang tepat mendukung pemulihan dan kesehatan pasien.

8. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino) sesuai indikasi.

Rasional: Suplemen vitamin dan mineral membantu memenuhi kebutuhan nutrisi yang memungkinkan serta mendukung dalam proses penyembuhan.

Edukasi:

9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Tanda-tanda infeksi seperti demam, bengkak, kemerahan, nyeri atau keluarnya nanah, memungkinkan pasien dan keluarga untuk mengenali perubahan.

Kolaborasi

10. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Rasional: Mempercepat penyembuhan.

d. Risiko infeksi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan risiko infeksi tidak terjadi, kriteria hasil yang di dapatkan : perdarahan menurun, luka pada daerah insisi membaik.

**Pencegahan infeksi**

Observasi:

1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional: Memantau tanda vital seperti suhu, tekanan darah , denyut nadi, dan pernapasan dapat membantu mendeteksi komplikasi sistemik seperti infeksi.

2) Uji kesterilan semua peralatan:



Rasional: Benda –benda yan dipaket mungkin tampak steril, meskipun demikian, setiap benda harus secara teliti diperiksa kesterilanya, adanya kerusakan pada pemaketan, efek lingkungan pada paket, dan teknik pengiriman. Sterilisasi paket/tanggal kadaluarsa, nomor lot/seri harus dokumentasikan jika perlu.

Terapeutik:

3) Batasi jumlah pengunjung

Rasional: Semakin banyak orang yang datang, semakin tinggi resiko penyebaran infeksi baik kepada pasien yang mungkin memiliki system kekebalan tubuh lemah maupun kepada pengunjung itu sendiri.

4) Berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional: Edema menyebabkan penumpukan cairan di jaringan, sehingga kulit di area tersebut menjadi lebih tegang, tipis, dan rentan terhadap kerusakan seperti pecah-pecah atau ulserasi

5) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Tangan adalah salah satu media utama penularan kuman, termasuk bakteri dan virus.

6) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional: Pasien yang beresiko tinggi, seperti pasien dengan system imun yang lemah, pasien pasca operasi sangat rentan terhadap infeksi.

Edukasi:

7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Dengan memahami tanda dan gejala infeksi pasien dan keluarga dapat mengenali perubahan secara cepat yang memungkinkan mereka segera melapor kepada tenaga kesehatan

8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: Nutrisi yang adekuat memberikan tubuh energy dan zat-zat penting seperti protein, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan untuk memperbaiki jaringan yang rusak, penyembuhan luka dan mengatasi infeksi.

9) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional: Cairan penting untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh dan mencegah dehidrasi terutama pada pasien yang kehilangan cairan berlebihan

Kolaborasi :

10) Kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional: Dapat diberikan secara profilaksis bila di curigai terjadinya infeksi atau kontaminasi.

e. Menyusui tidak efektif

## **Edukasi Menyusui**

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan risiko menyusui tidak efektif tidak terjadi.  
kriteria hasil yang di dapatkan :Puting susu menonjol  
membaik, suplay asi adekuat meningkat, tetesan pancaran  
asi meningkat.

Observasi:

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi  
Rasional : setiap individu memiliki gaya belajar yang berbeda.  
Dengan kesiapan dan kemampuan mereka, penyuluh kesehatan dapat menggunakan metode yang lebih efektif.
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui  
Rasional : penetapan tujuan yang jelas dapat membantu ibu merasa lebih terarah dan fokus.

Terapeutik:

- 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan  
Rasional : materi yang tertulis seperti buku panduan atau brosur serta video, memungkinkan peserta untuk lebih mudah memahami.
- 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan  
Rasional : penjadwalan yang fleksibel memungkinkan pendidikan kesehatan disesuaikan dengan ketersediaan peserta
- 5) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : Proses bertanya mendorong keterlibatan aktif dalam pendidikan kesehatan.

- 6) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

Rasional : Melibatkan suami dan anggota keluarga lainnya dalam sesi edukasi menyusui membantu mereka memahami teknik menyusui.

Edukasi:

- 7) Berikan koseling menyusui

Rasional: Konseling menyusui memberikan informasi yang dibutuhkan ibu tentang teknik menyusui, posisi yang tepat, dan cara perlekatan yang baik.

- 8) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi

Rasional : Asi mengandung antibody dan komponen imunologis yang membantu melindungi bayi dari infeksi dan penyakit berkontribusi pada kesehatan jangka panjang bayi.

- 9) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar

Rasional : Dengan posisi yang baik bayi akan merasa lebih nyaman saat menyusui yang dapat meningkatkan ketertarikan dan afektivitas menyusui.

10) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres menggunakan kapas yang telah diberikan minyak kelapa

Rasional : Minyak kelapa memiliki sifat melembabkan yang baik, sehingga membantu mencegah kulit payudara menjadi kering atau pecah-pecah yang dapat terjadi seiring dengan perubahan ukuran payudara selama kehamilan.

11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (misal Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

Rasional : Menjaga kebersihan payudara dan puting sangat penting untuk mencegah infeksi seperti mastitis dan juga dapat merangsang Asi.

f. Perubahan eliminasi urine

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan Risiko gangguan eliminasi urine teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih menurun, distensi kandung kemih menurun, frekuensi BAK membaik.

**Manajemen Eliminasi Urine**

Observasi:

1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine.

Rasional: Retensi urine adalah ketidakmampuan mengendalikan pengeluaran urine. Dengan mengidentifikasi tanda dan

gejala retensi urine tenaga kesehatan dapat mengelola dengan tepat untuk mengurangi gejala tersebut.

- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine

Rasional: Retensi urine dapat disebabkan oleh berbagai faktor termasuk obstruksi mekanis seperti pembesaran prostat sehingga memungkinkan untuk mengambil tindakan yang tepat.

- 3) Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

Rasional : Memantau volume, warna dan konsistensi urine dapat membantu mendeteksi masalah seperti infeksi saluran kemih, retensi urine dan obstruksi.

Terapeutik:

- 4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih.

Rasional : Data yang dikumpulkan membantu mengidentifikasi faktor pemicu atau pola yang berkaitan dengan inkontinensia atau ketidaknyamanan, memungkinkan intervensi yang lebih tepat.

- 5) Batasi asupan cairan, jika perlu

Rasional : Pada pasien dengan masalah saluran kemih membatasi asupan cairan membantu mengurangi volume

urine yang dihasilkan sehingga mengurangi resiko retensi urine dan ketidaknyamanan.

Edukasi:

- 6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih.

Rasional : Pemahaman tentang infeksi saluran kemih membantu pasien untuk lebih proaktif dalam perawatan diri sehingga mengurangi risiko komplikasi serius.

- 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih.

Rasional: Bagi wanita pasca melahirkan penguatan otot panggul penting untuk pemulihan dan mencegah masalah kesehatan dimasa depan.

- 8) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur.

Rasional : Pembatasan cairan menjelang tidur dapat mencegah kebocoran urine.

Kolaborasi:

- 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

Rasional : Supositoria uretra seringkali digunakan untuk mengurangi nyeri atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh infeksi saluran kemih.

- g. Intoleransi aktifitas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan intoleransi aktivitas teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : kelemahan menurun.

### **Manajemen Energi**

#### Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional : Kelelahan dapat disebabkan oleh berbagai gangguan fungsi tubuh seperti anemia.

- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: Kelelahan fisik dan emosional dapat menjadi gejala awal dari berbagai kondisi medis, seperti gangguan tidur, depresi, kecemasan dan penyakit kronis.

- 3) Monitor pola dan jam tidur

Rasional : Pola tidur yang buruk dapat mempengaruhi kesehatan mental, meningkatkan resiko gangguan seperti depresi kecemasan dan stress.

- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas



Rasional : Banyak ketidaknyaman fisik yang terjadi selama aktivitas disebabkan oleh teknik atau postur yang buruk serta kelemahan fisik.

#### Terapeutik

- 5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif

Rasional : Rentang gerak aktif dan pasif melibatkan gerakan yang dilakukan oleh pasien sendiri sehingga membantu memperkuat otot-otot yang digunakan untuk menggerakkan sendi serta mencegah kekakuan sendi dan kontraktur.

- 6) Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional: Duduk di sisi tempat tidur merupakan langkah awal yang penting dalam proses rehabilitas untuk kembali berpindah atau berjalan

#### Edukasi

- 7) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Memulai aktivitas dengan bertahap memungkinkan otot, sendi dan sistem kardiovaskuler beradaptasi dengan tuntutan fisik yang baru /meningkat.

- 8) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional: Kelelahan yang tidak berkurang dapat menjadi tanda kondisi medis yang mendasarinya seperti anemia, gangguan jantung, masalah pernapasan atau kondisi kronis lainnya

9) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Rasional: Kelelahan seringkali diperburuk oleh stress emosional. Dengan mengajarkan teknik relaksasi seperti napas dalam meditasi atau manajemen waktu yang baik, pasien dapat mengurangi stress yang berkontribusi pada kelelahan.

Kolaborasi

10) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : Kelelahan seringkali disebabkan oleh kekurangan nutrisi, seperti zat besi, vitamin B, dan protein. Ahli gizi dapat membantu merancang rencana makan yang kaya akan nutrisi yang diperlukan untuk meningkatkan energy.

h. Defisit pengetahuan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan Defisit pengetahuan teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan verbalisasi kemauan mematuhi program

perawatan atau pengobatan meningkat, perilaku mengikuti program perawatan atau pengobatan meningkat, gelisah menurun.

## **Edukasi kesehatan**

### Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional: Untuk memastikan bahwa individu memiliki kesiapan dan kemampuan untuk menerima informasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga informasi dapat diserap dan dipahami dengan baik.

- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: Untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi individu untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga dapat dikembangkan strategi untuk meningkatkan motivasi dan mengatasi hambatan.

### Terapeutik

- 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional: Untuk menyediakan informasi yang akurat dan relevan tentang perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga individu dapat memahami dan menerapkan perilaku tersebut.

- 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional: Untuk memastikan bahwa pendidikan kesehatan dapat dilakukan secara teratur dan efektif, serta sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan individu

5) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional: Untuk memastikan bahwa individu memiliki kesempatan untuk memahami informasi yang diberikan dan mengatasi keraguan atau pertanyaan yang mungkin timbul.

Edukasi

6) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional: Untuk meningkatkan kesadaran individu tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan, sehingga dapat diambil tindakan pencegahan dan pengendalian.

7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: Untuk membekali individu dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: Untuk membekali individu dengan strategi yang efektif untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

8. Ansietas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien  
ansietas teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : kecemasan  
menurun.

### **Reduksi Ansietas**

#### Observasi

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal kondisi, waktu, stresor)

Rasional: Identifikasi perubahan dalam tingkat kecemasan kondisi  
kecemasan pasien

- b. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Rasional: Memungkinkan deteksi dini gangguan kesehatan mental  
seperti gangguan kecemasan dan depresi

#### Terapeutik

- c. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional: Suasana terapeutik yang positif membantu pasien merasa  
lebih nyaman dan aman sehingga mereka lebih cenderung  
membuka diri mereka

- d. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

Rasional: Kecemasan sering diperburuk oleh rasa kesepian jadi  
kehadiran seseorang dapat memberikan rasa nyaman dan  
terdukung menghadapi kecemasan

- e. Pahami situasi yang membuat ansietas

Rasional: Memahami situasi atau kondisi yang memicu kecemasan dapat mengidentifikasi penyebab utama dari kecemasan

- f. Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional: Membantu pasien mengurangi kecemasan

- g. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Rasional: Pendekatan dan ketenangan membuat pasien mengurangi kecemasan.

#### Edukasi

- h. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu

Rasional: Kehadiran anggota keluarga memberikan dukungan emosional dan membantu mengurangi kecemasan

- i. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Rasional: Mengungkapkan perasaan membantu pasien mengurangi kecemasan

- j. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

Rasional: Kegiatan pengalihan dapat mengurangi stres dan kecemasan.

- k. Latih teknik relaksasi

Rasional : Dengan melatih teknik relaksasi secara teratur, seseorang dapat mencapai keseimbangan yang lebih baik antara tubuh dan pikiran, serta mendukung kesehatan secara keseluruhan

## Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas.

Rasional : Antiansietas diberikan untuk meredakan gejala cemas yang berlebihan, seperti rasa takut, ketegangan, atau serangan panik yang dapat mengganggu kualitas hidup sehari-hari.

## 5. Tindakan Keperawatan (Implementasi)

Implementasi pada Ny.M.A.G dilakukan selama tiga hari yaitu dari tanggal 4-6 juni 2025.

- a. Implementasi hari pertama dilakukan pada hari/tanggal rabu 04 juni 2025 dengan diagnosa pertama yaitu Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi tindakan yang dilakukan ialah jam 16.30 WITA Memonitor tingkat kesadaran pasien dengan hasil : tingkat kesadaran pasien composmentis, E:4, V:5, M:6=15, jam 16.45 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil Td 154/106, nadi 68x/menit. Suhu 36.5 °C SPO<sub>2</sub> 98% RR : 19x/m, jam 17.00 memberikan klien diet rendah garam, jam 17.20 memberikan terapi oral nifedipin 4 x 10 mg. Implementasi hari pertama dengan diagnosa kedua Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen tindakan yang dilakukan ialah Jam 16.30 Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub> 98% RR : 19x/m. jam 17.20 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,

intensitas nyeri dengan hasil P: luka post operasi *Sectio Caeserea* pada dinding abdomen, Q: klien mengatakan nyeri teriris – iris, R: nyeri pada daerah *insisi* dinding abdomen, S: skala nyeri 4 kualitas nyeri 6, T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak..

Jam 18.00 penatalaksanaan Melayani injeksi ketorolax 30 mg/Iv dan Memberikan Paracetamol 3x500mg/oral, asmev 3x500mg Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi tindakan yang dilakukan ialah jam 14.30 WITA Memonitor tingkat kesadaran pasien dengan hasil : tingkat kesadaran pasien composmentis, E:4, V:5, M:6=15, jam 19.05 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil Td 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37.0 °C SPO<sub>2</sub> 98% RR : 19x/m, jam 17.00 memberikan klien diet rendah garam, jam 17.20 memberikan terapi oral nifedipin 4 x 10 mg. implementasi hari pertama dengan diagnosa ketiga Gangguan *integritas* kulit berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen tindakan yang dilakukan ialah jam 18.20 WITA memonitor tanda-tanda vital dengan hasil Td 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37.0 °C SPO<sub>2</sub> 98% RR : 19x/m. jam 16.10 Mengkaji keadaan luka dengan hasil luka tampak tertutup kasa + hipafix, jam 18.15 memberikan klien minum dan makan dalam memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi sehingga mempercepat penyembuhan (hasil: pasien makan nasi, sayur, ikan, telur secara perlahan dihabiskan diet pasien rendah garam). Jam 17.00 Melayani terapi oral paracetamol 3x500 gram dan asmev 3x500mg. Implementasi hari pertama dengan diagnosa keempat Risiko infeksi berhubungan



dengan luka *insisi* dinding abdomen tindakan yang dilakukan ialah Jam 18.45 membatasi pengunjung (didalam ruangan hanya 1 orang yang menemani klien dan jam istirahat tidak boleh berkunjung). Jam 18.50 menganjurkan mengonsumsi telur 1 hari 3 butir. jam 19.05 WITA memonitor tanda-tanda vital dengan hasil Td 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37.0 °C SPO<sub>2</sub> 98% RR : 19x/m. jam 19.10 Mengkaji keadaan luka dengan hasil luka tampak tertutup kasa + hipafix, tidak ada bau, edema (-) dan klien mengatakan tidak merasakan gatal pada area insisi dinding abdomen. Implementasi hari pertama diagnosa kelima Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai Asi tindakan yang dilakukan Jam 19.00 Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub> 98% RR : 19x/m. jam 19.15 mengidentifikasi Asi klien dengan hasil : klien mengatakan Asi klien tidak keluar dan Melakukan palpasi pada payudara untuk mengeluarkan Asi dengan hasil : Asi tidak keluar. Implementasi hari pertama dengan diagnosa keenam Perubahan eliminasi urine tindakan yang dilakukan ialah Jam 19.00 Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37 °C, SPO<sub>2</sub> 98% RR : 19x/m. jam 20.00 Memonitor eliminasi urine dengan hasil : Volume urine 500 ml warna kuning, terpasang kateter Jam 20.05 Mencatat waktu dan haluar berkemih dengan hasil : Jam 20.00= 500 ml dan jam 06.00= 900 ml. Implementasi hari pertama dengan diagnosa ketujuh intoleransi aktifitas berhubungan dengan Nyeri Luka insisi dinding abdomen dan keterbatasan gerak

karena terpasang infus pada kedua tangan serta kateter tindakan yang dilakukan Jam 19.00 Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu  $37^{\circ}\text{C}$ , spo2 98% RR : 19x/m. Jam 20.00 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil klien mengeluh nyeri pada area insisi dinding abdomen dan kedua tangan pasien tampak terpasang infus RL drip + MgSo4 + oksitosin. Jam 20.15 Meminta klien untuk miringkan badan ke kiri dan ke kanan dengan hasil pasien bisa melakukannya dan juga meminta pasien untuk menggerakkan kedua kakinya dengan hasil kedua kakinya bisa digerakan. Implementasi hari pertama dengan diagnosa kedelapan Defisit pengetahuan berhubungan dengan tidak kooperatif tindakan yang dilakukan ialah Jam 19.00 Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu  $37^{\circ}\text{C}$ , spo2 98% RR : 19x/m. jam 20.30 melakukan pemasangan infus pada klien karena infus sebelumnya terlepas dengan hasil pada saat dilakukan pemasangan infus klien awalnya menolak dan ekspresi klien menunjukkan klien acuh-tak acuh. Jam 20.00 melakukan pengukuran tekanan darah pada klien dengan hasil klien tidak mau dilakukan pengukuran tekanan darah dengan alasan keram pada tangannya.

- b. Implementasi hari kedua pada tanggal 05 juni 2025 diagnosa pertama yaitu Perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi tindakan yang dilakukan ialah Jam 07.30 Melakukan TTV dengan hasil Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu :  $36,8^{\circ}\text{C}$ , SPO<sub>2</sub> : 98%. RR:

20x/m. jam 07.20 memberikan terapi oral Nivedipine 3x500 mg. Implementasi hari kedua dengan diagnosa kedua ialah Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen tindakan yang dilakukan ialah Jam 07.20 Melakukan pengukuran TTV dengan hasil : Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8°C, SPO<sub>2</sub> : 98%. RR: 20x/m.15.00 Mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil dengan karakteristik nyeri P: luka post operasi *Sectio Caeserea* pada dinding abdomen, Q: klien mengatakan nyeri teriris – iris, R: nyeri pada daerah *insisi* dinding abdomen, skala nyeri dengan hasil : S: 2 dan kualitas nyeri 4, T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak. Jam 08.10 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang memperberat nyeri dengan hasil : klien mengatakan faktor yang memperberat nyeri adalah cuaca yang panas. Jam 08.20 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri pada klien dengan hasil : klien mendengarkan dengan baik pada saat di berikan dan bisa mengulangi kembali apa yang sudah diajarkan 08.30 Melayani terapi oral paracetamol dan asam mefenamat 3x500 mg. Implementasi hari kedua dengan diagnosa ketiga Gangguan *integritas* kulit berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen tindakan yang dilakukan ialah Jam 07.30 WITA melakukan pengukuran TTV pada klien dengan hasil : Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8°C, SPO<sub>2</sub> : 98%. Jam 08.10 Mengkaji keadaan luka dengan hasil luka masih tertutup kasa+ hipafix. Jam 08.450 Memberikan terapi oral Paracetamol dan asam mefenamat

3x500mg. Implementasi hari keempat dengan diagnosa Risiko infeksi berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen tindakan yang dilakukan ialah Jam 07.30 Melakukan TTV dengan hasil Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8<sup>o</sup>C, SPO<sub>2</sub> : 98%. RR: 20x/m. jam 08.10 mengkaji keadaan luka dengan hasil luka masih tertutup kasa + hipafix, tidak ada bau, edema (-) dan klien mengatakan tidak merasakan gatal pada area insisi dinding abdomen. Implementasi hari kedua dengan diagnosa keempat ialah Implementasi hari kedua dengan diagnosa kelima menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI tindakan yang dilakukan ialah jam 10.35 Mengidentifikasi kesiapan klien dalam menerima informasi dengan hasil : klien mengatakan siap menerima informasi asalkan didampingi salah satu anggota keluarga. Jam 10.38 Meminta keluarga untuk mendampingi (Ibu dari klien dan suami) Jam 10.40 Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tentang cara perawatan payudara dan pijat oksitosyn serta menjelaskan tujuannya dengan hasil : keluarga tampak serius pada saat diberikan edukasi dan bisa mensimulasikan lagi materi yang sudah diberikan walaupun tidak semuanya dijelaskan dengan baik dan teratur. Implementasi hari kedua dengan diagnosa keenam Perubahan eliminasi urine tindakan yang dilakukan Jam 07.30 Jam 07.30 Melakukan pengukuran TTV dengan hasil Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8<sup>o</sup>C, SPO<sub>2</sub> : 98%. RR: 20x/m jam 07.35 Memonitor eliminasi urine klien dengan hasil : kateter sudah di lepas dan klien

sudah dianjurkan untuk Bak spontan. Implementasi hari kedua dengan diagnosa ketujuh intoleransi aktifitas berhubungan dengan Nyeri Luka insisi dinding abdomen dan keterbatasan gerak karena terpasang infus pada kedua tangan serta kateter tindakan yang dilakukan ialah jam 11.10 Mengidentifikasi nyeri dan keluhan lainnya dengan hasil : klien mengatakan masih nyeri dengan skala 2 dan kualitas nyeri 3 serta infus 2 jalur sudah dilepas. Jam 16.15 Mengajarkan klien untuk ambulasi dini dengan hasil klien menyetujui untuk melakukan ambulasi dini yaitu dengan meminta klien untuk bangun secara perlahan dari tempat tidur sambil dibantu, duduk di sisi tempat tidur dan berdiri secara perlahan. Implementasi hari kedua diagnosa kedelapan Defisit pengetahuan berhubungan dengan tidak kooperatif tindakan yang dilakukan ialah jam 16.30 Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tentang tujuan dilakukan pemasangan infus, pengukuran tekanan darah dan perawatan payudara dengan hasil : klien dan keluarga tampak kooperatif pada saat diberikan penjelasan tentang perawatan payudara dan pijat oxytocin. Jam 16.38 meminta persetujuan klien untuk melakukan perawatan payudara dan pijat oksitosyn kepada klien dengan hasil klien tidak mau dilakukan perawatan payudara dan mengatakan nanti dirumah baru dilakukan oleh ibunya.

#### 1. Evaluasi

Evaluasi pada Ny. M.A.G dilakukan selama tiga hari dari tanggal 04-06 Juni 2025.

a. Hari pertama evaluasi hari/tanggal rabu 04 juni 2025, evaluasi dilakukan pada pukul 19.30 malam dengan diagnosa pertama Perfusi cerebral tidak efektif S:klien mengatakan sakit kepalanya sudah berkurang, O: TTV : TD : 140/96 mmHg N : 87x/menit S : 37,0°C RR : 20 x/menit SPO<sub>2</sub> : 96 %, tingkat kesadaran pasien composmentis, E:4, V:5, M:6=15, Keadaan umum baik, A: Perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian, P : intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa kedua Gangguan nyaman nyeri, S: klien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian perutnya, O: pasien tampak meringis, belum bisa mngontrol nyerinya skala nyeri 2 (kualitas 6), TTV : TD : 140/90 mmHg N : 87 x/menit S : 37.0 °C RR : 20x/menit SPO<sub>2</sub> : 96 %, A : gangguan nyaman nyeri belum teratasi , P : Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari pertama diagnosa kelima S : klien mngatakan nyeri pada saat di palpasi payudaranya , O : Asi tida keluar, tampak ada bendungan Asi, TD : 140/90 mmHg N : 87x/menit S : 37,0°C RR : 20 x/menit SPO<sub>2</sub> 96 %, A : menyusui tidak efektif belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi. Gangguan *integritas* kulit S : klien mengatakan masih nyeri pada area insisi dinding abdmn, O : Luka tampak tertutup kasa + hipafix, TTV :TD : 141/89 mmHg N : 87x/menit S : 37,5°C RR : 20 x/menit SPO<sub>2</sub> : 96 %, A : gangguan *integritas* kulit belum teratasi , P : Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari pertama diagnosa keempat Risiko infeksi S : Klien mengatakan nyeri pada area insisi dinding abdomen, O : Luka tampak tertutup kasa WBC  $13.12 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$ , Demam

(-), skala nyeri (8), HGB dengan kadar 11,8 mg/dl, cairan berbau busuk (-), TTV : TD : 141/89 mmHg, N : 87x/menit, S : 37,0<sup>0</sup>C, RR : 20 x/menit, SPO<sub>2</sub> : 96 %, A : Resiko infeksi tidak terjadi, P : Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari pertama diagnosa kelima S : klien mengatakan nyeri pada saat di palpasi payudaranya , O : Asi tidak keluar, tampak ada bendungan Asi, TD : 140/90 mmHg N : 87x/menit S : 37,0<sup>0</sup>C RR : 20 x/menit SPO<sub>2</sub> 96 %, A : menyusui tidak efektif belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa keenam S : -, O : volume urine pada pukul 08 .00 sebanyak 90 ml warna kuning, terpasang kateter, A : perubahan eliminasi urine teratasi sebagian , P : intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa ketujuh S: klien mengatakan masih pusing dan mengeluh nyeri pada area *insisi* dinding abdomen ,O: pasien masih tampak pusing , meringis , TD : 140/90mmHg , nadi 87x/menit, suhu : 37.0 <sup>0</sup>C, dan SPO<sub>2</sub> : 96%, A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa kedelapan S : klien mengatakan tangan keram pada saat dilakukan pengukuran Td, O: klien tidak mau pada saat dilakukan pengukuran tekanan darah dan pemasangan infus, tampak terpasang infus 2 jalur pasien masih tampak pusing, meringis, TD : 140/ 90 mmHg , nadi 87x/menit, suhu : 37.0 <sup>0</sup>C, dan SPO<sub>2</sub> : 96%, A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan.

- b. Evaluasi hari kedua pada hari/ tanggal: Kamis 05 Juni 2025 Jam 08.00 dengan diagnosa pertama Perfusi serebral tidak efektif S: klien

mengatakan sudah tidak lagi sakit kepala, O: kesadaran Composmentis. 150/90 mmHg, nadi : 89x/m, Spo2 :96%, S: 36,8<sup>0</sup>C, RR: 20x/m, A: Perfusi cerebral sebagian teratasi , P: intervensi di lanjutkan. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa kedua Gangguan nyaman nyeri S: klien mengatakan rasa nyeri pada area *insisi* dinding abdomen berkurang O: skala nyeri 2, kualitas nyeri 4, TD: 150/90mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, SPO<sub>2</sub>. : 96% , S: 36,8<sup>0</sup>C, A : Gangguan nyaman nyeri teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan. ketiga Gangguan *integritas* kulit S: klien mengatakan masih nyeri pada area *insisi* dinding abdmen O: tampak luka masih tertutup kasa + hipafix, TD : 150/90 mmHg, nadi : 89x/m, SPO<sub>2</sub> : 96%, S: 36,8<sup>0</sup>C, RR: 20x/m, A: Gangguan *integritas* kulit belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa kedua Evaluasi hari kedua dengan diagnosa keempat Risiko infeksi S : Klien mengatakan nyeri pada area insisi dinding abdomen, O : Luka tampak tertutup kasa WBC 13.12 10<sup>3</sup>/ μL, Demam (-), skala nyeri (2) kualitas nyeri 4, HGB dengan kadar 11,8 mg/dl, cairan berbau busuk (-),TD : 145/94 mmHg, nadi : 89x/m, SPO<sub>2</sub> : 96%, S: 36,8<sup>0</sup>C, RR: 20x/m A : Risiko infeksi tidak terjadi, P : Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa kelima menyusui tidak efektif S: klien tidak mau dilakukan perawatan payudara, O : pada saat diberikan edukasi klien dan keluarga tampak mendengar dengan baik edukasi perawatan payudara dan pijat oxytocin, TD: 150/90mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, Spo2. : 96% , S: 36,8<sup>0</sup>C, A: menyusui efektif teratasi sebagian ,



P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa keenam perubahan eliminasi urine S: klien mengatakan sangat nyaman karena kateter sudah di lepas , O: klien tampak tenang , kateter sudah dilepas , TD: 150/90mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, SPO<sub>2</sub>. : 96% , S: 36,8<sup>0</sup>C, A: perubahan eliminasi urine teratasi, P : intervensi dihentikan. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa keperawatan ketujuh intoleransi aktivitas S: klien mengatakan bahwa dirinya sangat senang karena sudah bisa berjalan secara perlahan dari tempat tidurnya ke Wc, dan keluar untuk menghirup udara segar, O : klien tampak senang, tampak sudah bisa berjalan secara perlahan, klien tampak tenang , kateter sudah dilepas , TD: 150/90mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, SPO<sub>2</sub>. : 96% , S: 36,8<sup>0</sup>C, A: intoleransi aktifitas teratasi, P: intervensi dihentikan. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa kedelapan Defisit pengetahuan S: klien mengatakan tidak mau dilakukan perawatan payudara, O : klien tampak tenang saat dilakukan pengukuran tekanan darah, keluarga tampak mendengar dengan baik pada saat di berikan edukasi perawatan payudara dan pijat oxytocin, TD: 150/90mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, SpO<sub>2</sub>. : 96% , S: 36,8<sup>0</sup>C, A: defisit pengetahuan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan.

## 2. Catatan Perkembangan (06 juni 2025)

Catatan perkembangan hari ketiga dengan diagnosa pertama Perfusi cerebral tidak efektif Jam 07.00 Evaluasi S: -, O: kesadaran compocmentis, TTV : 120/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO<sub>2</sub> : 98 %, A: Perfusi cerebral sebagian teratasi , P : intervensi dilanjutkan. Jam 10.00 I: Melakukan pengukuran Tekanan darah dengan hasil 140/96 mmHg 10.30 Melayani terapi oral nifedipine 3x500mg, jam 10.50 Mengajukan pasien untuk diet rendah garam, jam 10.00 E: S:-, O: TD : 131/90 mmHg, suhu 37.0°C, nadi : 85x/m, Spo<sub>2</sub>:98%, RR : 20x/m. A: Perfusi serebral efektif teratasi , P: intervensi dihentikan (pasien pulang hari ini). Catatan perkembangan hari ketiga dengan diagnosa kedua Gangguan nyaman nyeri Jam 07.00 E :S : klien mengatakan masih merasakan nyeri, O : Nampak tenang, TTV : TD : 140/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO<sub>2</sub> : 98 %, A : Gangguan nyaman nyeri teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi. Jam 07.30 I :Melayani paracetamol dan asam mefenamat 3x500 mg/oral, jam 07.40 Mengidentifikasi skala nyeri pasien dengan hasil : 3, jam 10.00 Mengukur tekanan darah dengan hasil TD: 160/90 mmHg. Jam 10.05 Melayani terapi oral Nifedipine 3x500 mg, jam 11.00 E : S : Klien mengatakan masih merasakan nyeri. O: Klien nampak tenang, karakteristik nyeri P: luka post operasi *Sectio Caeserea* pada dinding abdomen, Q: klien mengatakan nyeri teriris – iris, R: nyeri pada daerah *insisi* dinding abdomen, skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 2, kualitas nyeri 2, T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri

bertambah ketika bergerak. TTV : TD : 131/90 mmHg, nadi 85x/m, Spo2 : 98%, S: 36,8%, A : Gangguan Nyaman Nyeri teratasi, P : intervensi dihentikan Pasien rencana pulang hari ini pukul 11.30, Kolaborasi pemberian terapi oral paracetamol dan asam mefenamat 3x500m. Catatan perkembangan hari ketiga dengan diagnosa ketiga Gangguan *integritas* kulit

Jam 07.00 S : -, O : TTV : TD : 140/89 mmHg N : 77 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO<sub>2</sub> : 98 %, A : Gangguan *integritas* kulit belum teratasi , P : Lanjutkan intervensi, I : jam 09.00 Menganjurkan klien untuk makan putih telur dengan tujuan untuk mempercepat poses pengeringan dan penyembuhan luka, minum obat sesuai dengan yang sudah dijelaskan dan menganjurkan untuk mobilisasi (jalan sekitar rumah ) jika sudah dirumah nanti, jam 09.30 E: S : -, O : warna luka merah muda, tidak ada bau, tidak bernanah, ukuran luka > 10 cm, luka sudah dibaluti kasa + hipafix, TTV : TD : 160/96 mmHg, N : 78 x/menit, S : 36,6 °C, RR : 19 x/menit, SPO<sub>2</sub>: 99 %, A : Gangguan *integritas* kulit teratasi, P : intervensi dihentikan. Pasien hari ini direncanakan pulang dan 3 hari setelah keluar dari Rs perawatan luka dilanjutkan di puskesmas. Catatan perkembangan hari ketiga dengan diagnosa keempat Risiko infeksi Jam 07.00 E:S: -, O : WBC 19,9 10<sup>3</sup>/ μL, Demam (-), nyeri menurun (3), HGB membaik dengan kadar 12.2 mg/dl, bengkak (-), TTV : 140/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO<sub>2</sub> : 98 % A : risiko infeksi tidak terjadi P : Lanjutkan Intervensi. Jam 07.30 I : Melayani terapi oral paracetamol dan asam mefenamat 3x500, jam 08.50 Mencuci tangan sebelum melakukan perawatan luka pada klien. 09.00

Memberikan perawatan luka kepada klien dengan teknik steril, jam 09.35

Menjelaskan tanda gejala infeksi pada klien dan keluarga. Jam 11.00 E : S: - , O : Demam (-), nyeri menurun (3), HGB dengan kadar 12,2 mg/dl, bengkak (-), cairan berbau busuk (-) , A : risiko infeksi tidak terjadi, P : intervensi dihentikan. Catatan perkembangan hari ketiga dengan diagnosa kelima Jam 07.00 E: S: klien mengatakan tidak mau melakukan perawatan payudara dan klien mengatakan dirumah saja nanti dilakukan perawatan dan pijat oksytocin oleh keluarganya, O: klien tampak tenang, TTV : TD : 140/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO<sub>2</sub> : 98 % A: menyusui tidak efektif teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan. Jam 08.20 dilanjutkan I : Mengidentifikasi tentang pemahaman klien dan keluarga tentang perawatan payudara dan pijat oxytocin dengan hasil keluarga bisa menjelaskan kembali sesuai yang sudah di ajarkan kemarin. Jam 08.30 E :S :- O: klien dan keluarga tampak bisa menjelaskan kembali tentang perawatan payudara dan pijat oxytocin. A: menyusui efektif teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan di rumah Pasien rencana pulang hari ini pukul 11.30. Catatan perkembangan hari kedua dengan diagnosa kedelapan Defisit pengetahuan Jam 07.00 E: S: - O: klien tampak tenang pada saat dilakuakn pengukuran Td dengan hasil : 140/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO<sub>2</sub> : 98 % A : Defisit pengetahuan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan. Jam 08.20 I: Mengidentifikasi perasaan klien setelah dilakukan edukasi : klien mengatakan bahwa dirinya sudah bisa tenang setelah mendengarkan edukasi yang sudah diberikan kemari. Jam

11.00 E: S: - O: klien tampak tenang ketika dilakukan pengukuran tekanan darah A: Ansietas teratasi P: intervensi dihentikan

## **B. Pembahasan**

Salah satu peran seorang perawat adalah memberikan asuhan keperawatan atau *care giver* kepada klien atau pasien yang membutuhkan. Asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Ibu Nifas Post *Sectio Caeserea* dengan Indikasi Preekampsia Berat meliputi proses pengkajian, *diagnosa* keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan (implementasi) dan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny. M.A.G di ruang Nifas III

### **1. Pengkajian**

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. M.A.G ditemukan klien merasa nyeri karena *insisi* dinding abdomen, adanya edema, Tekanan darah meningkat, kepala sakit, hasil laboratorium protein dalam urine (+), dan jumlah urine 1000 cc per 24 jam, insisi dinding abdomen, adanya lochea rubra luka akibat operasi, lemas, fisik lemah, puting susu menonjol, adanya bendungan Asi, Asi tidak keluar, frekuensi nadi meningkat, nyeri saat bergerak, menangis, cemas Pada kasus tersebut menggambarkan bahwa tanda dan gejala yang ditemukan pada kasus sama dengan tanda dan gejala yang ada pada teori, hal ini sejalan dengan penelitian menurut Menurut Langita, R.E. 2024 dan Samsideir Sitorus, (2021) yang menyatakan bahwa tanda dan gejala yang muncul pada ibu nifas post *Sectio Caeserea* yaitu Nyeri pasca operasi, *insisi* dinding abdomen, adanya lochea, luka akibat operasi, lemas, fisik lemah, puting susu menonjol/tidak, bendungan

Asi/tidak, Asi keluar atau tidak, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, nyeri saat bergerak, meangis, cemas.

Kesenjangan antara data yang terdapat dalam teori namun tidak terdapat dalam kasus menurut Langita, R.E. (2024). Dalam teori digambarkan tanda dan gejala berupa keluhan kejang, edema, leher tegang, proteinurea memiliki berat 0,3 gram atau per liter, Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 1000 cc per 24 jam, Selain itu tanda dan gejala yang terdapat dalam kasus namun tidak terdapat dalam teori yaitu hasil laboratorium protein dalam urine (+) jumlah urine 1000 cc per 24 jam.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Ny. M.A.G Keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu kejang, leher tegang, proteinurea 5 gram atau lebih dan jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam. Sedangkan pada hasil pengkajian Ny.M.A.G data pengkajian yang ditemukan yaitu klien mengeluh kepala sakit, protein dalam urine (-), edema, dan jumlah urine 1000 cc per 24 jam. Menurut Langita R.E. 2024 penderita dengan Preeklampsia Berat keluhannya seperti kejang, leher tegang, proteinurea 5 gram atau lebih dan jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam. Namun dalam kasus ini tidak ditemukan tanda dan gejala tersebut. Peneliti menyimpulkan alasan tidak ditemukan protein dalam urine dan jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam karena pada kasus Ny. M.A.G tidak ditemukan kejang dan leher tegang sehingga tidak terjadi spasme pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler terhadap protein dan juga karena pengobatan yang

diberikan pada saat di ruang perawatan seperti MgSO<sub>4</sub> sehingga tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan. Asumsi ini didasari dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada saat proses perawatan Ny. M.A.G dengan pengobatan yang diberikan seperti MgSO<sub>4</sub>(magnesium sulfat) 1gram /jam dengan tujuan untuk mencegah dan mengobati pasien dengan preeklampsia berat dan terapi Nifedipine untuk mengurangi peningkatan tekanan darah tinggi .

## **2. Diagnosa keperawatan**

Penegakan diagnosis keperawatan merupakan salah satu kompetensi perawat yang merupakan *entry point* untuk merumuskan rencana asuhan keperawatan (*nursing care plan*) (PPNI, 2018). Kesenjangan antara diagnosa dalam teori namun tidak terdapat dalam kasus adalah diagnosa Risiko perfusi perifer tidak efektif tidak ditemukan perdarahan, Hb rendah, Risiko kekurangan cairan tidak ditemukan pembuluh darah terbuka, perdarahan, gangguan eliminasi urine tidak ditemukan seperti jumlah protein dalam urine meningkat, susah BAK, perubahan eliminasi fekal tidak ditemukan konstipasi. Diagnosa ini tidak dirumuskan karena tanda dan gejala yang mendukung tidak ditemukan.

## **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018). Kesenjangan dalam



intervensi antara teori dan kasus adalah di dalam teori selain menggunakan intervensi-intervensi utama, teori juga menggunakan intervensi pendukung sebagai alternatif tindakan. Terdapat delapan intervensi utama dan pendukung yang dicantumkan dalam kasus Ny.M.A.G dengan masalah Preeklampsia berat. Intervensi utama yang ditetapkan adalah perawatan luka, pemantauan tekanan intrakranial, risiko infeksi, manajemen nyeri, edukasi menyusui, manajemen eliminasi urine, manajemen energi, ansietas, dan edukasi kesehatan. Peneliti menggunakan intervensi ini karena dinilai mampu memberikan tindakan yang efektif untuk mengatasi masalah klien dan telah mencakup secara keseluruhan tindakan keperawatan yang dibutuhkan klien.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Implementasi yang dilakukan pada Ny.M.A.G dengan diagnosa medis Ibu Nifas Post *Sectio Caesarea* dengan Indikasi Preeklampsia Berat berdasarkan kedelapan diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan mulai dari TTV,

mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah – masalah keperawatan mulai dari perawatan luka, pemantauan tekanan intrakranial, risiko infeksi, manajemen nyeri, edukasi menyusui, manajemen eliminasi urine, manajemen energi, dan edukasi kesehatan. Sehingga diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kedelapan masalah diatas dapat diatasi. Implementasi hari pertama dilaksanakan pada tanggal 04 juni 2025, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 05 juni 2025 dan hari ketiga dilaksanakan pada tanggal 06 juni 2025.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan dilakukan selama tiga hari dan didapatkan hasil pada hari pertama semua diagnosa keperawatan yang ada pada kasus yaitu Gangguan integritas kulit berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen , Risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi, Risiko infeksi berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen, Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadakuatan suplai ASI, perubahan eliminasi urine berhubungan dengan efek anastesi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan dengan Nyeri Luka *insisi* dinding abdomen ansietas berhubungan dengan krisis situasional belum teratasi, sedangkan pada hari kedua didapatkan hasil diagnosa Perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi teratasi sebagian, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan insisi dinding abdomen belum teratasi, risiko infeksi berhubungan dengan

*insisi* dinding abdomen belum terjadi, Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen teratasi sebagian dengan hasil Ds: klien mengatakan rasa nyeri pada area *insisi* dinding abdomen berkurang Do: skala nyeri: 4, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadakuatan suplai ASI belum teratasi, perubahan eliminasi urine berhubungan dengan efek anestesi teratasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan dengan nyeri luka *insisi* dinding abdomen dan keterbatasan gerak karena terpasang infus pada kedua tangan serta kateter teratasi, dan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang kooperatif tertasi sebagian dengan hasil Ds: klien mengatakan tidak mau dilakukan perawatan payudara, DO : klien tampak tenang saat dilakukan pengukuran tekanan darah, keluarga tampak mendengar dengan baik pada saat di berikan edukasi perawatan payudara dan pijat oxytocin, TD: 145/94mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, Spo2. : 96% , S: 36,8<sup>0</sup>C , Pada hari ketiga semua diagnosa keperawatan yaitu Perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi, Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen, Risiko infeksi berhubungan dengan *insisi* dinding abdomen, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadakuatan suplai ASI, perubahan eliminasi urine berhubungan dengan efek anestesi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan dengan Nyeri Luka *insisi* dinding abdomen dan keterbatasan dan ansietas berhubungan dengan krisis sational.