

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian

Pengkajian pada Pasien 1 (Ny. L) dilakukan pada hari Rabu, 16 April 2025 pukul 09.00 WITA dengan P1A1 *Post Sectio caesarea*, dan pengkajian pada Pasien 2 (Ny.F) dilakukan pada hari jumat, 23 mei 2025 pukul 14.00 WITA dengan P2A0 *Post Sectio caesarea* di Ruang Nifas RSUD Waikabubak, dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, status Pasien dan dokumentasi pada pasien.

a. Data umum pasien

1) Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama Pasien	Ny. L	Ny.F
Usia	39 Tahun	28 Tahun
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Pekerjaan	Petani	Ibu Rumah Tangga
Pendidikan terakhir	SD	SMA
Nama suami	Tn. P	Tn. M
Usia	43 Tahun	30 Tahun
Status perkawian	Kawin	Kawin
Pekerjaan	Petani	Petani
Pendidikan terakhir	SMP	SMA

Berdasarkan tabel 4.1 identitas pasien, kedua Ibu sama-sama berstatus kawin, tetapi memiliki perbedaaan yaitu nama, usia, dan pendidikan terakhir.

2) Keluhan utama

Tabel 4.2 Keluhan Utama

Keluhan Utama	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan utama saat pengkajian	Ny. L mengatakan merasakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6, nyeri timbul saat bergerak.	Ny. F mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah Dengan skala 7 nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri di rasakan saat bergerak diatas tempat tidur.

Berdasarkan tabel 4.2 keluhan utama, kedua Pasien sama-sama mengalami nyeri luka bekas operasi dengan skala yang berbeda pada pasien 1 skala 6, sedangkan pasien 2 dengan skala 7.

3) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Tabel 4.3 Riwayat Persalinan Dan Kehamilan Yang Lalu

Riwayat Persalinan dan Kehamilan Yang Lalu	Pasien 1	Pasien 2
	Ny. L mengatakan kehamilan anak pertama lahir pada tahun 2006 dengan tipe persalinan normal melalui vagina ditolong bidan, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 3,0 kg, keadaan bayi saat lahir segera menagis dan masalah kehamilan memasuki trimester II Pasien merasa mual dan muntah. Ny. L mengatakan anak kelima lahir pada tahun 2025 dengan tipe persalinan SC ditolong oleh dokter dengan anak berjenis kelamin perempuan dengan	Ny. F mengatakan kehamilan anak pertama lahir pada tahun 2020 dengan tipe persalinan normal melalui vagina ditolong bidan, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 2,7 kg, keadaan bayi saat lahir segera menagis dan masalah kehamilan memasuki trimester II Pasien merasa mual dan muntah. Ny. F mengatakan anak ketigal lahir pada tanggal 23 mei 2025, dengan tipe persalinan SC

Riwayat Persalinan dan Kehamilan Yang Lalu	Pasien 1	Pasien 2
	berat badan 3,4 kg, keadaan bayi saat lahir segera menangis dan saat kehamilan memasuki trimester II mengalami mual muntah	ditolong oleh dokter, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3,2 kg, keadaan bayi saat lahir segera menangis dan masalah kehamilan memasuki trimester II Pasien merasa mual dan muntah.

Berdasarkan tabel 4.3 Riwayat persalinan dan kehamilan yang lalu, kedua pasien memiliki riwayat persalinan yang sama. Persalinan secara normal melalui vagina dan sama-sama ditolong oleh bidan.

Tabel 4.4 Pengalaman Menyusui

Pengalaman menyusui	Pasien 1	Pasien 2
	Ny. L mengatakan anak pertamanya di berikan ASI dari 0 bulan sampai 2 tahun. Ny. L mengatakan sudah menyusui anaknya	Ny.F mengatakan anak pertamanya diberikan ASI dari 0 bulan sampai 1tahun 10bulan Ny. F mengetakan punya pengalaman menyusui

Berdasarkan tabel 4.4 pengalaman menyusui, kedua pasien memiliki pengalaman menyusui yang sama, Sama-sama pernah menyusui anak pertama sejak 0 bulan sampai 2 tahun.

4) Riwayat kehamilan saat ini

Tabel 4.5 Riwayat Kehamilan Saat Ini

	Pasien 1	Pasien 2
Riwayat kehamilan saat ini	<p>Ny. L mengatakan ini merupakan kehamilan yang kelima</p> <p>Ny. L mengatakan rajin memeriksa kehamilannya</p> <p>Pada trimester I (0-12 minggu)</p> <p>Ny. L mengatakan melakukan pemeriksaan sebanyak 1 kali dengan usia kehamilan 10 minggu, trimester II (13-28 minggu)</p> <p>Ny. L mengatakan trimester ini melakukan pemeriksaan sebanyak 2 kali pada usia kehamilan 22-23 minggu dengan keluhan mual muntah dan meminum vitamin sesuai dosis yang di berikan dan pada trimester III (29-40 minggu)</p> <p>Ny. L mengatakan pada trimester ini melakukan pemeriksaan sebanyak 1 kali pada usia kehamilan 30 minggu dan minum vitamin yang diberikan sesuai resep.</p>	<p>Ny. F mengatakan ini kehamilan yang keTiga. Ny. F juga mengatakan rajin memeriksa kehamilannya pada trimester I (0-12 minggu)</p> <p>Ny. F mengatakan melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak dua kali pada minggu ke tujuh dan sembilan setelah itu dokter yang memeriksa memberikan vitamin kepada Pasien, pada trimester II (13-28 minggu)</p> <p>Ny. F mengatakan melakukan pemeriksaan sebanyak 2 kali pada usia 18-19 minggu dengan keluhan mual muntah dan meminum vitamin sesuai dosis yang di berikan</p> <p>Dan pada trimester III (29-40 minggu)</p> <p>Ny. F mengatakan pada trimester ini melakukan pemeriksaan sebanyak 1 kali pada usia kehamilan 32 minggu dan minum vitamin yang diberikan sesuai resep</p>
Berapa kali periksa kehamilan	<p>Ny. L mengatakan rajin melakukan pemeriksaan kehamilan</p> <p>Trimester I (0-12 minggu) sebanyak 1 kali</p> <p>Trimester II (13-28</p>	<p>Ny.F mengatakan rajin melakukan pemeriksaan kehamilan</p> <p>Trimester I (0-12 minggu) sebanyak 2</p>

	Pasien 1	Pasien 2
	minggu) sebanyak 3 kali Trimester III (29-40 minggu) sebanyak 1 kali	kali Trimester II (13-28 minggu) sebanyak 2 kali Trimester III (29-40 minggu) sebanyak 1 kali
Masalah kehamilan	Ny. L mengatakan masalah kehamilan yang dirasakan sakit punggung dan mual muntah.	Ny. F mengatakan masalah kehamilan yang dirasakan sakit punggung, mual dan muntah

Riwayat kehamilan saat ini, ditemukan perbedaan yaitu pasien 1 melakukan pemeriksaan sebanyak 5x trimester 1 satu kali, trimester 2 tiga kali, trimester 3 satu kali, sedangkan pasien 2 melakukan pemeriksaan sebanyak 5x, trimester 1 dua kali, trimester 2 dua kali, trimester 3 satu kali

5) Riwayat Persalinan

Tabel 4.6 Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan	Pasien 1	Pasien 2
Riwayat persalinan	<p>Pada tanggal 16 April 2025 pukul 13.20 WITA Ny. L mulai merasakan perutnya sakit seperti ingin melahirkan sehingga dibawah oleh keluarganya ke IGD RSUD Waikabubak pukul 16:00 WITA kemudian Ny. L masuk ruangan VK pada pukul 18.00 WITA dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil tekanan darah 135/73 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36°C, RR 18 x/menit, pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil TFU 26 cm, puka-letkep His 3x/10° 20-25°, DJJ 149 x/menit, pemeriksaan dalam VT v/v PØ 7 cm, ketuban +, teraba kepala, portio tipis lunak, eff 50% Hode II KK (+) Pukul 01:00 WITA pasien siap diinsisi, Pukul 01.25 WITA insisi dimulai, Pukul 02.25 bayi lahir</p> <p>segera menangis, berjenis kelamin perempuan dengan berat badan 3400, APGAR skor 7/8, diikuti dengan lahir plasenta lengkap bersama selaput, massage TFU kontraksi keras, pendarahan ± 200 cc, terjadi robekan bagian abdomen 19 cm. sesudah persalinan, dilakukan pemeriksaan TTV tekanan darah 110/62 mmHG, Nadi 60x/menit, Pernapasan 16x/menit. terapi yang didapatkan pukul 02.30 WITA ketorolac 30 mg/IV, paracetamol 500 mg, infus RL+20 IV, kalnex 3x1 pukul.02.40 WITA Ny. Keluar kamar operasi dan dipindahkan ke ruang Nifas.</p>	<p>Pada tanggal 22 Mei 2025 pukul 05:00 WITA mulai merasakan perutnya sakit seperti ingin melahirkan sehingga dibawah oleh keluarganya ke IGD RSUD Waikabubak pukul 07.00 WITA kemudian Ny. F masuk ruangan VK pada pukul 20.30 WITA dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil tekanan darah 140/73 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 36,5°C, RR 20 x/menit, pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil TFU 26 cm, puka-letkep His 3x/10° 20-25°, DJJ 138 x/menit, pemeriksaan dalam VT v/v PØ 7 cm, ketuban +, teraba kepala.portio tipis lunak, eff 50% Hode II KK (+) Pukul 02.00 WITA pasien siap diinsisi, Pukul 02.15 WITA insisi dimulai, Pukul 03:00 WITA bayi lahir</p> <p>segera menangis, berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3800 gr, PB 51 cm, APGAR skor 7/8, diikuti dengan lahir plasenta lengkap bersama selaput, massage TFU kontraksi keras, pendarahan ± 200 cc, terjadi robekan bagian abdomen 19 cm. sesudah persalinan, dilakukan pemeriksaan TTV tekanan darah 110/70 mmHG, Nadi 70x/menit, Pernapasan 18x/menit. terapi yang didapatkan pukul 03.10 WITA ketorolac 30 mg/IV, paracetamol 500 mg, infus RL+20 IV, kalnex 3x1pukul.03.30 WITA Ny. Keluar kamar operasi dan dipindahkan ke ruang Nifas.</p>

Berdasarkan tabel 4.6 Riwayat persalinan, kedua pasien memiliki perbedaan dimana pasien 1 melakukan operasi SC pada tanggal 17 April 2025 pikul 02:25 WITA, sedangkan pada pasien 2 melakukan operasi SC pada tanggal 23 Mei 2025 Pukul 03:00 WITA.

6) Riwayat ginekologi

Tabel 4.7 Riwayat Ginekologi

Riwayat ginekologi	Pasien 1	Pasien 2
Masalah ginekologi	Saat dikaji selama kehamilan apakah mengalami penyakit penyerta seperti asma, hepatitis, DM, TBC dan AIDS Ny. L mengatakan tidak ada riwayat penyakit penyerta pada saat hamil	Saat dikaji selama kehamilan apakah mengalami penyakit penyerta seperti asma, hepatitis, DM, TBC, AIDS Ny. F mengatakan tidak ada riwayat penyakit penyerta pada saat hamil

Berdasarkan Tabel 4.7 Riwayat ginekologi, ditemukan persamaan data kedua pasien tidak ada riwayat penyakit penyerta.

Tabel 4.8 Riwayat KB

Riwayat KB	Pasien 1	Pasien 2
Riwayat	Ny. L mengatakan Pernah menggunakan alat kontrasepsi/ KB, jenis KB suntik, lama pemakaian selama 3 bulan dan mengedukasikan kepada pasien agar menggunakan alat KB	Ny. F mengatakan tidak ada riwayat penggunaan alat kontrasepsi/ KB dan mengedukasikan kepada pasien agar menggunakan alat KB

Berdasarkan Tabel 4.7 Riwayat KB, kedua pasien memiliki riwayat KB yang berbeda, pasien 1 pernah menggunakan alat kontrasepsi/KB jenis suntik, Sedangkan pasien 2 belum pernah menggunakan KB

b. Data umum kesehatan saat ini

1) Riwayat Kehamilan saat ini

Tabel 4.9 Status Obstetrik

	Pasien 1	Pasien 2
Status obstetrik	Post SC HPHT: 17-08-2024 TP: 24-05-2025 BB sebelum hamil: 47 kg, BB saat hamil: 55 kg Usia kehamilan: 40 minggu	Post SC HPHT: 20-09-2024 TP: 27-06-2025 BB sebelum hamil: 55 kg, BB saat hamil: 60 kg Usia Kehamilan: 42 minggu
Riwayat menstruasi	Ny. L mengatakan pertama kali menstruasi di umur 14 tahun siklus haid 28 hari, lama menstruasi 4-5 hari. Ny. L mengatakan saat menstruasi merasakan sakit belakang dan nyeri di perut bagian bawah	Ny. F mengatakan pertama kali menstruasi di umur 16 tahun siklus haid 25 hari, lama menstruasi 4-5 hari. Ny. F mengatakan saat menstruasi merasakan sakit belakang dan nyeri di perut bagian bawah

Berdasarkan tabel 4.9 Status obstetrik, kedua pasien ditemukan perbedaan yaitu, HPHT pasien 1: 17-08-2024 TP:24-05-2025, pasien 2 HPHT: 20-09-2024 TP: 27-06-2024.

2) Keadaan Umum

Tabel 4.10 Keadaan Umum Pasien

	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan umum	Dari hasil observasi pasien tampak lemah dan berbaring di atas bed tempat tidur saat di ajak komunikasi pasien merespon dengan menjawab pertanyaan yang di berikan	Dari hasil observasi pasien tampak lemah dan berbaring di atas bed tempat tidur saat di ajak komunikasi pasien merespon dengan menjawab pertanyaan yang di berikan
Kesadaran	Compos mentis E; 4 V; 5 M; 6	Compos mentis E; 4 V; 5 M; 6

Berdasarkan tabel 4.10 Keadaan umum pasien, ditemukan kedua pasien lemah dan kesadaran compos mentis E:4, V:5, M:6

a) Tanda-Tanda Vital

Tabel 4.11 Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda Vital	Pasien 1	Pasien 2
Tekanan darah	120/85 mmHg	130/95 mmHg
Nadi	85 X/ menit	84 X/ menit
Pernafasan	20 X/ menit	22 X/ menit
Suhu	36 C	36,7 C

Berdasarkan tabel 4.11 Tanda-tanda vital, ditemukan perbedaan data pada kedua pasien yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.

b) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.12 Pemeriksaan Fisik

Kepala dan leher	Pasien 1	Pasien 2
Kepala	Kulit kepala tampak bersih, rambut tampak berantakan tidak ada ketombe dan kutu, rambut berwarna hitam, rambut tidak rontok serta tidak ada nyeri tekan	Kulit kepala tampak bersih, rambut tampak berantakan tidak ada ketombe dan kutu, rambut berwarna hitam, rambut tidak rontok serta tidak ada nyeri tekan
Mata	Mata kiri dan kanan simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera mata tidak ikterik, pupil isokor serta tidak ada gangguan penglihatan	Mata kiri dan kanan simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera mata tidak ikterik, pupil isokor serta tidak ada gangguan penglihatan
Hidung	Lubang hidung tampak bersih, dan tidak ada nyeri tekan, penciuman baik tidak terdapat serum dalam lubang hidung	Lubang hidung tampak bersih, dan tidak ada nyeri tekan, penciuman baik tidak terdapat serum dalam lubang hidung
Mulut	Mukosa bibir lembab tidak pucat, keadaan umum mulut bersih, gigi pasien lengkap, dan tidak ada karies	Mukosa bibir lembab tidak pucat, keadaan umum mulut bersih, gigi pasien lengkap, dan tidak ada karies pada gigi,

Kepala dan leher	Pasien 1	Pasien 2
	pada gigi, serta tidak ada sariawan	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	I: Artri carotis normal, tidak terdapat distensi vena jugularis P: Ictus cardis tidak teraba P: Tidak terdapat nyeri tekan A: Suara jantung vesikuler, irama teratur	I: Artri carotis normal, tidak terdapat distensi vena jugularis P: Ictus cardis tidak teraba P: Tidak terdapat nyeri tekan A: Suara jantung vesikuler, irama teratur
Paru	I: Bentuk dada simetris, pergerakan dada sama, pola nafas teratur P: premitus kiri dan kanan sama, tidak di temukan kelainan P: suara paru sonor A: Irama teratur, tidak ada suara tambahan yang di temui	I: Bentuk dada simetris, pergerakan dada sama, pola nafas teratur P: premitus kiri dan kanan sama, tidak di temukan kelainan P: suara paru sonor A: Irama teratur, tidak ada suara tambahan yang di temui
Payudara	I: Payudara tampak bersih, tidak ada abses atau mastitis pada payudara, payudara padat, pengeluaran ASI suda keluar dan puting susu menonjol keluar P: Ada bendungan payudara, (bendungan ASI)	I: Payudara tampak bersih, tidak ada abses atau mastitis pada payudara, payudara padat, pengeluaran ASI suda keluar dan puting susu menonjol keluar P: Ada bendungan payudara, (bendungan ASI)
Puting susu	Puting susu menonjol keluar	Puting susu menonjol keluar
Pengeluaran ASI	Pengeluaran ASI baik karena pada saat penkajian Pasien	Pengeluaran ASI baik

Kepala dan leher	Pasien 1	Pasien 2
	sedang menyusui bayi	
Involusi uterus Fundus uterus Kontraksi Posisi	<p>I: Terdapat balutan bekas operasi dibagian abdomen pada dinding/kulit abdomen, panjang ± 12 cm dengan jenis insisi horizontal, dengan kedalaman ± 1 cm, kondisi luka di tutup perban dengan ukuran $\pm 4 \times 12$ cm</p> <p>P: ketika diraba abdomen terasa keras, tidak ada distensi kandung kemih, tinggi fundus 3 jari di bawa pusat, terdapat luka yang di baluti plester, terdapat nyeri yang timbul dari luka sayatan bekas operasi, nyeri terasa tertusuk-tusuk dan lokasi nyeri pada abdomen dengan skala 6</p> <p>P: bunyi timpani A: bising usus (\pm) 7 \times</p>	<p>I: Terdapat balutan bekas operasi dibagian abdomen pada dinding/kulit abdomen, panjang ± 12 cm dengan jenis insisi horizontal, dengan kedalaman ± 1 cm, kondisi luka di tutup perban dengan ukuran $\pm 4 \times 12$ cm</p> <p>P: ketika diraba abdomen terasa keras, tidak ada distensi kandung kemih, tinggi fundus 3 jari di bawa pusat, terdapat luka yang di baluti plester, terdapat nyeri yang timbul dari luka sayatan bekas operasi, nyeri terasa tertusuk-tusuk dan lokasi nyeri pada abdomen dengan skala 7</p> <p>P: bunyi timpani A: bising usus (\pm) 11 \times</p>
Kandung kemih	Tidak ada ditensi kandung kemih	Tidak ada ditensi kandung kemih
Fungsi pencernaan	A: bising usus (\pm) 7 \times	A: bising usus (\pm) 10 \times
Masalah khusus	Nyeri Akut	Nyeri Akut

Berdasarkan tabel 4.12 Pemeriksaan fisik, kedua pasien tidak memiliki tanda dan gejala abnormal, kedua pasien di temukan luka bekas operasi pada dinding abdomen/ kulit abdomen panjang ± 12 cm dengan jenis insisi horizontal pada saat di kaji pasien mengatakan nyeri hilang timbul pada luka bekas operasi terasa seperti di tusuk-tusuk benda tajam,

perbedaan data yang di temukan pasien 1 mengeluh nyeri dengan skala 6 dan pasien 2 mengeluh nyeri dengan skala 7.

c) Perineum dan Genital

Tabel 4.13 Pemeriksaan Perineum Dan Genital

Perineum dan Genital	Pasien 1	Pasien 2
Vagina	Pasien melakukan	Pasien melakukan
Integritas kulit	operasi SC	operasi SC
Edema	Pemeriksaan vulva:	Pemeriksaan vulva:
Memar	Tidak terjadi	Tidak terjadi
Hematom	Pemeriksaan perineum: Tidak dilakukan pengkajian	Pemeriksaan perineum: tidak dilakukan pengkajian

Berdasarkan tabel 4.13 Pemeriksaan perineum dan genital, kedua pasien sama-sama menjalani operasi *Sectio caesarea*.

d) Ekstremitas

Tabel 4.14 Pemeriksaan Ekstremitas

Ekstremitas	Pasien 1	Pasien 2
Ekstremitas atas	Ekstremitas atas dan	Ekstremitas atas dan
Edema	bawa simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, tidak ada varises, rentang gerak terbatas karena terpasang infus RL 500 CC, 20 tpm Pada tangan kiri CRT < 2 detik	bawa simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, tidak ada varises, rentang gerak terbatas karena terpasang infus RL 500 CC, 20 tpm Pada tangan kanan CRT < 2 detik

Ekstremitas	Pasien 1	Pasien 2
Ekstremitas bawa Edema	<p>Simetris kiri dan kanan, tidak ada edema tidak ada kemerahan pada tungkai</p> <p>Kekuatan otot:</p> $\frac{4}{3} \mid \frac{4}{3}$ <p>Keterangan: 0: Tidak ada kontraksi otot sama sekali 1: terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian 2: dapat digerakan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitasi 3: dapat melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa 4: dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa 5: seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal ROM/pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga.</p>	<p>Simetris kiri dan kanan, tidak ada edema tidak ada kemerahan pada tungkai</p> <p>Kekuatan otot:</p> $\frac{4}{3} \mid \frac{4}{3}$ <p>Keterangan: 0: Tidak ada kontraksi otot sama sekali 1: terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian 2: dapat digerakan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitasi 3: dapat melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa 4: dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa 5: seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal ROM/pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga.</p>
Varises	Tidak ada varises pada ekstremitas atas dan bawa	Tidak ada varises pada ekstremitas atas dan bawa
Tanda homan	Tidak terdapat heemoroid	Tidak terdapat heemoroid

Berdasarkan tabel 4.14 Pemeriksaan ekstremitas kedua pasien mengalami hambatan mobilisasi dikarenakan proses operasi

3) Pola Eliminasi

Tabel 4.15 Pola Eliminasi

Eliminasi	Pasien 1	Pasien 2
BAK	Ny. L mengatakan saat melahirkan biasanya BAK 4-5 kali/hari berwarna kuning jernih, jumlah \pm 600 cc dan bau khas amoniak. BAK saat ini : Di Rumah Sakit setelah sakit Pasien terpasang kateter dengan jumlah urine back sebanyak 1500 cc, bau khas amoniak, warna kuning jernih, waktu BAK tidak menentu tidak ada nyeri.	Ny. F mengatakan saat melahirkan biasanya BAK 3-4 kali/hari berwarna kuning jernih, jumlah \pm 800 cc dan bau khas amoniak. BAK saat ini : Di Rumah Sakit setelah sakit Pasien terpasang kateter dengan jumlah urine back sebanyak 1700 cc, bau khas amoniak, warna kuning jernih, waktu BAK tidak menentu tidak ada nyeri.
BAB	Saat di rumah Ny. L mengatakan BAB 1 kali dalam sehari Saat di kaji pasien mengatakan belum BAB	Saat di rumah Ny. F mengatakan BAB 1-2 X dalam sehari Saat di kaji pasien mengatakan belum BAB

Berdasarkan tabel 4.15 Pola eliminasi, kedua pasien ditemukan persamaan yaitu BAB 1-2 kali dalam sehari, saat dikaji pasien mengatakan belum BAB.

4) Istirahat dan Tidur

Tabel 4.16 Istirahat Dan Tidur

Istirahat dan kenyamanan	Pasien 1	Pasien 2
Pola tidur	Ny. L mengatakan saat ini merasa kurang nyaman saat tidur dan mudah terbangun karena nyeri pada bekas luka operasi, tidur \pm 1-2 jam.	Ny. F mengatakan saat ini merasa kurang nyaman saat tidur dan mudah terbangun karena nyeri pada bekas luka operasi, tidur \pm 1 jam.

Berdasarkan tabel 4.16 Istirahat dan tidur, kedua pasien memiliki persamaan yaitu adanya masalah saat beristirahat dan memiliki keluhan yang sama yaitu merasa kurang nyaman saat tidur karena luka bekas operasi.

5) Mobilisasi Dan Latihan

Tabel 4.17 Mobilisasi Dan Latihan

Mobilisasi dan latihan	Pasien 1					Pasien 2				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Tingkat mobilisasi	Saat dikaji Ny. L belum bisa duduk. Keesokan harinya Ny. L mulai belajar miring kiri-miring kanan serta latihan duduk di ruangan					Saat dikaji Ny. F belum bisa duduk. Keesokan harinya Ny. F mulai belajar miring kiri-miring kanan serta latihan duduk di ruangan.				
Aktivitas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Makan dan minum		✓				✓				
Toileting		✓					✓			
Mobilisasi		✓					✓			
Berpakaian		✓					✓			
Personal hygiene		✓					✓			

Keterangan :

- 0 : Mandiri
- 1 : Di bantu sebagian
- 2 : Di bantu orang lain
- 3 : Di bantu alat
- 4 : Di bantu orang lain dan alat

Berdasarkan tabel 4.17 Mobilisasi dan latihan, kedua pasien memiliki persamaan yaitu makan dan minum mandiri, toileting di bantu alat, mobilisasi di bantu orang lain, berpakaian dibantu orang lain dan personal hygiene dibantu orang lain.

6) Nutrisi dan Cairan

Tabel 4.18 Nutrisi Dan Cairan

Nutrisi dan cairan	Pasien 1	Pasien 2
Asupan nutrisi	Ny. L mengatakan saat ini sudah makan tapi 1 porsi tidak dapat dihabiskan	Ny. F mengatakan saat ini belum makan, karena tak mempunyai napsu makan.
Asupan cairan	Ny. L mengatakan saat ini telah minum air ± 400 cc 6 jam pertama pasca operasi	Ny. F mengatakan saat ini sudah minum air 1 gelas dengan jumlah ± 200 cc. setelah 6 jam pertama pasca operasi

Berdasarkan tabel 4.18 Nutrisi dan cairan, kedua pasien memiliki perbedaan pada asupan nutrisi, dimana klien 1 sudah dapat makan sedangkan klien 2 belum memiliki napsu makan. Tetapi klien 1 dan 2 memiliki persamaan pada asupan cairan yaitu sudah minum air setelah 6 jam pasca operasi

7) Keadaan Mental

Tabel 4.19 Keadaan Mental

Keadaan mental	Pasien 1	Pasien 2
Adaptasi psikologis	Adaptasi psikologi Ny. L baik karena pasien senang telah selesai operasi SC	Adaptasi psikologi Ny. F baik karena pasien senang telah selesai operasi SC
Penerimaan terhadap bayi	Pasien dan keluarga sangat senang dengan kehadiran Bayi	Pasien dan keluarga sangat senang dengan kehadiran Bayi
Masalah khusus		

Berdasarkan tabel 4.19 keadaan mental, pada kedua pasien adaptasi psikologi baik karena pasien senang telah selesai operasi SC dan Pasien bersama keluarga sangat senang dengan kehadiran Bayi.

a) Keadaan Bayi

Tabel 4.20 Keadaan Bayi

Pasien 1	Pasien 2
Lahir tanggal : 17-04-2025 Jam : 02.25 WITA Jenis kelamin : Perempuan Kelahiran tunggal	Lahir tanggal: 23-05-2025 Jam : 03.00 WITA Jenis kelamin : Laki-laki Kelahiran tunggal

Berdasarkan tabel 4.20 keadaan bayi, ditemukan kedua pasien memiliki perbedaan yaitu jenis kelamin bayi perempuan dan laki-laki. Dengan perbedaan pada bayi, pasien 1 bayi lahir 17-04-2025 sedangkan pasien 2 bayi lahir 23-05-2025.

c. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal pemeriksaan darah lengkap pasien:

Pasien 1 : 16-04-2025 Pukul : 15:06 WITA

Pasien 2 : 22-05-2025 Pukul 18:38 WITA

Tabel 4.21 Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 Dan Pasien 2

Pemeriksaan	Nilai rujukan	Satuan	Pasien 1	Pasien 2
HEMATOLOGI				
Eritrosit (RBC)	L=4.5-5.5 P=4.0-5.0	JT/UL JT/UL	3.66	3.05
Hemoglobine (HGB)	L=13.0-16.0 P=12.0-14.0	G/DL %	9.1 27.3	7.2
Hematokrit (HCT)	L=45-55 P=40-50	% FL	76.6 24.9	20.6
MCV	76-90	PG	33.4	67.7
MCH	27-31	G/DL	14.4	23.8
MCHC	32-36	%		35.1
RDWcv	11-16	FL		15.1
RDWsd		10/UL	57.2	52.6
Leukosit	4.0-10.0	10/UL		18.5
Trombosit	150-400		18.8 240	166

d. Terapi Obat

Tabel 4.22 Terapi Obat

Pasien 1					Pasien 2				
Nama obat	Jenis obat	Dosis	Rute	Indikasi	Nama obat	Jenis obat	Dosis	Rute	Indikasi
Paracetamol	Obat analgesic	3 x 1 (500 mg)	Oral	Berfungsi untuk meredakan nyeri akut	Paracetamol	Obat analgesic	3 x 1 (500 mg)	Oral	Berfungsi untuk meredakan nyeri akut
Cetorolac	obat golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS)	3x1 (30 mg)	IV	Berfungsi untuk meredakan nyeri sedang hingga berat dan peradangan	Asam mefenamet	obat golongan anti infalamasi non steroid	3x500 mg	Oral	Berfungsi untuk meredakan nyeri
Asam mefenamet	Obat golongan anti inflamasi non steroid	3x500 mg	Oral	Berfungsi untuk meredakan nyeri	Sulfat Ferro	Obat golongan preparat	1x200 mg	IV	Digunakan untuk mengatasi anemia akibat kekurangan darah
Cefadroxil	Obat antibiotik	2x500 mg	Oral	Berfungsi untuk mengatasi infeksi saluran pernafasan, saluran kemih dan kelamin serta infeksi kulit dan jaringan lunak	Kalnex	Obat golongan anti fibrinolitik	3x500 mg	IV	Obat yang digunakan untuk menghentikan proses pendarahan akibat menstruasi berlebihan
					Fentanyl	Golongan obat analgesik	12-100 mcg	NS	Berfungsi untuk meredakan nyeri sedang hingga berat dan peradangan
					ketrolac	obat golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS)	3x1 (30 mg)	IV	Berfungsi untuk meredakan nyeri sedang hingga berat dan peradangan

e. Analisa data

Tabel 4.23 Analisa Data Pasien 1 Dan Pasien 2

Data	Etiologi	Problem
<p>Pasien 1 DS : Ny. L mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah dan pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri pada luka P : Saat bergerak Q : Seperti ditusuk-tusuk R : bagian abdomen T : Hilang timbul DO : 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak meringis menahan sakit 3. Pasien tampak melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar agar lukanya tidak disentuh 4. Pasien Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 5. Tampak luka bekas operasi di bagian perut bawah 6. S: Skala nyeri 6</p>	<p>Agen pencedera fisik (Mis. Prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>Pasien 2 DS : Ny. F mengatakan nyeri pada luka bekas operasi diperut bagian bawah dan pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri pada luka P : Saat bergerak Q : Seperti ditusuk-tusuk R : bagian abdomen S : Skala 7 T : Hilang timbul DO : 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 3. Pasien tampak melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar agar lukanya tidak disentuh 4. Tampak luka bekas operasi diperut bagian bawah 5. Pasien tampak meringis menahan sakit 6. S : skala 7 7. TTV: TD: 130/95 mmHg</p>	<p>Agen pencedera fisik (Mis. Prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut</p>

2. Diagnosa Keperawatan

Pasien 1

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan Ny. L mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dan pasien mengatakan nyeri dengan skala 6, Pasien tampak lemah dan meringis , pasien tidak Mampu mandi, mengenakan Pakaian, Makan, Toileting, Berhias Secara Mandiri, Pasien tampak melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar agar lukanya tidak disentuh dan tampak luka Bekas Operasi Di Bagian Perut Bawah nyeri dirasakan Saat bergerak Seperti ditusuk-tusuk dan Hilang timbul

Pasien 2

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan Ny. F mengatakan nyeri pada bekas operasi dan susah untuk bergerak dan pasien mengatakan nyeri dengan skala 7, Pasien tampak lemah dan meringis, pasien tidak Mampu mandi, mengenakan Pakaian, Makan, Toileting, Berhias Secara Mandiri Pasien tampak melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar agar lukanya tidak disentuh dan tampak luka Bekas Operasi Di bagian Perut Bawah nyeri dirasakan Saat bergerak Seperti ditusuk-tusuk dan Hilang timbul.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.24 Intervensi Keperawatan Pada Ny. L

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1)	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik T a b e l 4 . 2 T	Tingkat nyeri (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan Nyeri akut menurun , dengan kriteria hasil sebagai berikut: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun	Latihan pernafasan (I.0319) Observasi 1. Identifikasi di lakukan latihan pernafasan 2. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan Terapeutik 3. Sediakan tempat yang tenang 4. Posisikan pasien nyaman dan rileks 5. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut 6. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan 7. Hitungan kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernafasan 9. Anjurkan mengulangi latihan pernafasan 4-5 kali Kolaborasi 10. Kalaborasi pemberian analgesik

Tabel 4.25 Intervensi Keperawatan Ny. F

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
2)	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Tingkat nyeri (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan Nyeri akut menurun , dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> f. Keluhan nyeri menurun g. Meringis menurun h. Sikap protektif menurun i. Gelisah menurun j. Kesulitan tidur menurun 	<p>Latihan pernafasan (I.0319)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi di lakukan latihan pernafasan 2. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Sediakan tempat yang tenang 4. Posisikan pasien nyaman dan rileks 5. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut 6. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan 7. Hitungan kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernafasan 9. Anjurkan mengulangi latihan pernafasan 4-5 kali <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 10. Kalaborasi pemberian analgesik

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.26 Implementasi Keperawatan Ny. L

No	Hari\tanggal\pukul	implementasi	Hari\tanggal\pukul	evaluasi
1	Rabu 18/04/2025 07.00 WITA 09.00 WITA 09.15 WITA 10.40 WITA 10.45 ITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan obat Ketrolac 3x1 (30 mg) IV, Paracetamol 3 x 1 (500 mg), Asam mefenamet (3x500 mg) Oral, Cefadroxil (2x1 mg) Oral 2. mengidentifikasi di lakukan latihan pernafasan Hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi 3. Memonitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum latihan nafas dalam Hasil: RR 18 X/ menit Memberikan obat Ketrolac 4. Menyediakan tempat yang tenang Hasil: pasien mengatakan ingin melakukan teknik relaksasi nafas dalam di atas bed tempat tidur 5. Memposisikan pasien nyaman dan rileks Hasil: pasien mengatakan suda nyaman dengan posisi berbaring 6. Menempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut Hasil: pasien mengikuti apa yang di intruksikan 7. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh detik dan pada detik kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan 	Rabu 18/04/2025 11.00 WITA	<p>S:Ny. L mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah dan pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri pada luka</p> <p>P : Saat bergerak</p> <p>Q : Seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : bagian abdomen</p> <p>S: Skala 6</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak meringis menahan sakit 3. Pasien tampak melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar agar lukanya tidak disentuh 4. Pasien Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 5. Tampak luka bekas operasi di bagian perut bawah

No	Hari\tanggal\pukul	implementasi	Hari\tanggal\pukul	evaluasi
		<p>Hasil: pasien mengembuskan nafas sambil memejamkan mata</p> <p>8. Menjelaskan tujuan dan prosedur latihan pernafasan Hasil: pasien mengatakan apa yang diberitahukan sangat berguna untuk menurunkan nyeri yang di rasakan</p> <p>9. Anjurkan mengulangi latihan pernafasan 4-5 kali Hasil: pasien mengatakan akan rajin melakukan teknik relaksasi nafas dalam pada saat nyeri dirasakan</p>		<p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan (3, 4, 5, 6, 7)</p>
	<p>Kamis, 19/04/2025</p> <p>07.05 WITA</p> <p>09.10 WITA</p>	<p>Memberikan obat Ketrolac 3x1 (30 mg) IV, Cefadroxil (2x1 mg) Oral</p> <p>1. Posisikan pasien nyaman dan rileks Hasil: pasien mengatakan suda nyaman dengan posisi berbaring</p> <p>2. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut Hasil: pasien mengikuti apa yang di intruksikan</p> <p>3. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh detik dan pada detik kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan Hasil: pasien mengembuskan nafas sambil memejamkan mata</p>	<p>Kamis 19/04/2025</p> <p>10.00 WITA</p>	<p>S: Ny. L mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sedikit berkurang dan pasien mengatakan suda istirahat yang cukup P : Saat bergerak Q : Seperti ditusuk-tusuk R : bagian abdomen S: Skala 5 T : Hilang timbul O:</p> <p>1. Pasien tampak baik dan tidak meringis kesakitan 2. Pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, toilet/berhias secara</p>

No	Hari\tanggal\pukul	implementasi	Hari\tanggal\pukul	evaluasi
				<p>mandiri</p> <p>3. Tampak luka bekas operasi di bagian perut bawah</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan (3, 4, 5, 8)</p>
	<p>Jumad, 20/05/2025 09.10 WITA</p> <p>09.15 ITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan obat Ketrolac 3x1 (30 mg) IV, Cefadroxil (2x1 mg) Oral 2. Posisikan pasien nyaman dan rileks Hasil: pasien mengatakan suda nyaman dengan posisi berbaring 3. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut Hasil: pasien mengikuti apa yang di intruksikan 4. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh detik dan pada detik kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan Hasil: pasien mengembuskan nafas sambil memejamkan mata 	<p>Jumad 20/04/2025 09.00 WITA</p>	<p>S: Ny. L mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang dan pasien mengatakan suda bisa beristirahat</p> <p>P : Saat bergerak</p> <p>Q : Seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : bagian abdomen</p> <p>S: Skala 2</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka bekas operasi di bagian perut bawah 2. Pasien tampak baik dan tidak meringis kesakitan <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>

Implementasi Keperawatan Ny. F
Tabel 2.27 Implementasi Keperawatan Ny. F

No	Hari\tanggal\pukul	implementasi	Hari\tanggal\pukul	Evaluasi
	<p>Jumad 23/05/2025 09.00 WITA</p> <p>09.15 WITA</p> <p>10.40 WITA</p> <p>10.45 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan obat Ketrolac 3x1 (30 mg) IV, Paracetamol 3 x 1 (500 mg), Asam mefenamet (3x500 mg) Oral, Cefadroxil (2x1 mg) Oral, Fentanil (300 mg dalam 50 ml). NS 2. mengidentifikasi di lakukan latihan pernafasan Hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dan Ny. F mengatakan nyeri saat bergerak ke kiri dan ke kanan 3. Memonitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum latihan nafas dalam Hasil: RR 20 X/ menit 4. Sediakan tempat yang tenang Hasil: pasien mengatakan ingin melakukan teknik relaksasi nafas dalam di atas BAD tempat tidur 5. Posisikan pasien nyaman dan rileks Hasil: pasien mengatakan suda nyaman dengan posisi berbaring 6. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut Hasil: pasien mengikuti apa yang di intruksikan dan memahaminya 7. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh detik dan pada detik kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan Hasil: pasien mengembuskan nafas sambil memejamkan mata 8. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernafasan Hasil: pasien mengatakan apa yang di beritahukan 	<p>Jumad 23/05/2025 11.00 WITA</p>	<p>S: Ny. F mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah dan pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri pada luka</p> <p>P : Saat bergerak</p> <p>Q : Seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : bagian abdomen</p> <p>S: Skala 7</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2..Pasien tampak meringis menahan sakit 3. Pasien tampak melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar agar lukanya tidak disentuh 4. Tampak luka bekas operasi di bagian perut bawah 5. Pasien Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan (3, 4, 5, 6, 7)</p>

No	Hari\tanggal\pukul	implementasi	Hari\tanggal\pukul	Evaluasi
		<p>sangat berguna untuk menurunkan nyeri yang di rasakan</p> <p>9. Anjurkan mengulangi latihan pernafasan 4-5 kali</p> <p>Hasil: pasien mengatakan akan rajin melakukan teknik relaksasi nafas dalam pada saat nyeri dirasakan</p>		
	<p>Sabtu, 24/05/2025 07.20 WITA</p> <p>09.10 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan obat Ketrolac 3x1 (30 mg) IV, Paracetamol 3x1 (500 mg), Asam mefenamet 3x500 mg 2. Posisikan pasien nyaman dan rileks Hasil: pasien mengatakan suda nyaman dengan posisi berbaring 3. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut Hasil: pasien mengikuti apa yang di intruksikan 4. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh detik dan pada detik kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan Hasil: pasien mengembuskan nafas sambil memejamkan mata 	<p>Sabtu, 24/05/2025</p> <p>10.00 WITA</p>	<p>S: Ny. F mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sedikit berkurang dan pasien mengatakan suda istirahat yang cukup</p> <p>P : Saat bergerak</p> <p>Q : Seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : bagian abdomen</p> <p>S: Skala 4</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak baik dan tidak meringis kesakitan 2. Pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, toilet/berhias secara mandiri 3. Tampak luka bekas operasi di bagian perut bawah <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan (3, 4, 5, 6, 7)</p>
	<p>Minggu, 25/05/2025 07.10 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan obat Ketrolac 3x1 (30 mg) IV, Paracetamol 3x1 (500 mg), 2. Posisikan pasien nyaman dan rileks Hasil: pasien mengatakan suda nyaman dengan posisi 	<p>Minggu 25/05/2025 11.00 WITA</p>	<p>S: Ny. F mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang dan pasien mengatakan suda bisa beristirahat</p>

No	Hari\tanggal\pukul	implementasi	Hari\tanggal\pukul	Evaluasi
	09.00 WITA	berbaring 3. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut Hasil: pasien mengikuti apa yang di intruksikan 4. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh detik dan pada detik kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan Hasil: pasien mengembuskan nafas sambil memejamkan mata		P : Saat bergerak Q : Seperti ditusuk-tusuk R : bagian abdomen S: Skala 2 T : Hilang timbul O: 1. Tampak luka bekas operasi di bagian perut bawah 2. .Pasien tampak baik dan tidak meringis kesakitan A :Masalah teratasi P :Intervensi di hentikan

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 di ambil untuk mengatasi masalah. Peneliti akan membahas tentang perbandingan asuhan keperawatan pada dua Pasien *post Sectio caesarea*, Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari yang dilaksanakan pada Pasien 1 Ny. L sejak tanggal 16 April 2025 s/d 19 Mei 2025 Di Ruang Nifas RSUD Waikabubak dan Pasien 2 Ny. F sejak tanggal 22 Mei 2025 s/d 25 Mei 2025 Di Ruang Nifas RSUD Waikabubak. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, Diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Adapun pembahasa tiap bagian sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap pertama dari proses keperawatan, tahap ini dilakukan dengan proses pengumpulan data dengan teknik wawancara, data yang dikumpulkan secara sistematis digunakan untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara menyeluruh dengan mempertimbangkan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Menurut penelitian keperawatan yang dilakukan pada Pasien yang telah menjalani *Sectio caesarea* (Suparyanto dan Rosad 2020)

Hasil pengkajian yang di dapatkan tanggal 17 April 2025 (pasien 1) Ny. L mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah dan pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri pada luka, skala nyeri 6, Saat bergerak nyeri seperti ditusuk-tusuk dibagian abdomen dan hilang timbul, pasien tampak lemah dan meringis serta melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar atau menjaga agar lukanya tidak disentuh, pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakayan, makan, toileting, berhias secara mandiri dan tanggal 23 Mei 2025 (pasien 2) Ny. F mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah dan pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri pada luka, skala nyeri 7, Saat bergerak nyeri seperti ditusuk-tusuk dibagian abdomen dan hilang

timbul, pasien tampak lemah dan meringis serta melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar atau menjaga agar lukanya tidak disentuh, pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakayan, makan, toileting, berhias secara mandiri

nyeri pada luka bekas operasi diperut bagian bawah, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul. Dan hasil pengkajian data objektif pada pasien *Sectio caesarea* pasien tampak lemah dan meringis menahan sakit, pasien tidak Mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, toileting, berhias secara mandiri kedua pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dan pasien mengatakan nyeri dengan skala yang berbeda, Pasien 1 mengatakn nyeri dengan skala 6 sedangkan pasien 2 mengatakan nyeri dengan skala 7

Pengkajian pada kedua pasien sudah dilakukan sesuai dengan teori tetapi tidak semua data yang muncul sama karena setiap kondisi pasien berbeda-beda. Persalinan *Sectio caesarea* merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding perut untuk membuka dinding uterus. Penyebab dilakukan tindakan *Sectio caesarea* dipandang dari sudut ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak dan plasenta previa serta solusio plasenta derajat I-II , primipara tua disertai kelainan letak, ada disporporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, kesempitan panggul, ibu yang mengalami komplikasi kehamilan seperti preeklampsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya) Sedangkan penyebab yang berasal dari janin yaitu janin mengalami fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan sehingga dilakukan vakum atau forseps ekstraksi (Balkis & Sukyati, 2023).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman ataupun respon terhadap individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan atau risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal.

Dari hasil analisa data yang dilakukan penulis menetapkan diagnosa yang sama antara kedua pasien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi trauma, latihan fisik berlebihan).

Menurut SDKI tahun (2020) diagnosis keperawatan nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Dan memiliki tanda dan gejala terdiri dari data subjektif yaitu mengeluh nyeri dan data objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis.

Hasil pengkajian yang di dapatkan tanggal 17 April 2024 (pasien 1) Ny. L mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah dan pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri pada luka, skala nyeri 6, Saat bergerak nyeri seperti ditusuk-tusuk dibagian abdomen dan hilang timbul, pasien tampak lemah dan meringis serta melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar atau menjaga agar lukanya tidak disentuh, pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakayan, makan, toileting, berhias secara mandiri dan tanggal 23 Mei 2025 (pasien 2) memiliki keluhan berupa Ny. F mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah dan pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri pada luka, skala nyeri 7, Saat bergerak nyeri seperti ditusuk-tusuk dibagian

abdomen dan hilang timbul, pasien tampak lemah dan meringis serta melindungi luka bekas operasi dengan cara menghindar atau menjaga agar lukanya tidak disentuh, pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakayan, makan, toileting, berhias secara mandiri.

Luka operasi akibat *Sectio caesarea* menyebabkan nyeri karena insisi pada dinding perut dan rahim. Hal ini dapat menyebabkan ibu mengalami ansietas, sehingga takut untuk bergerak dan hanya berbaring saja. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya kaku sendi, postur tubuh yang buruk, kontraktur otot, dan nyeri tekan jika tidak dilakukan terapi. Tetapi untuk menangani masalah ini adalah dengan mobilisasi dini (Khimayasari & Muallifah, 2023).

3. Intervensi Keperawatan

Setelah tahap diagnosis keperawatan masalah, selanjutnya tahap perencanaan. Dalam membuat rencana keperawatan, ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan dan kriteria hasil dan menentukan rencana tindakan keperawatan, Perencanaan keperawatan sangat penting untuk mencapai kesehatan klien (Risnawati et al., 2023)

Berdasarkan masalah keperawatan yang dialami Pasien 1 Ny. L dan Pasien 2 yaitu Ny. F, dengan diagnosis keperawatan yang sama yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Maka penulis dapat menyusun rencana keperawatan yaitu mengajarkan penerapan teknik relaksasi nafas dalam hari pertama *post Sectio caesarea*, intervensi keperawatan ini bertujuan untuk menurunkan rasa nyeri yang di rasakan pasien.

Setelah dilakukan penyusunan prioritas masalah dilanjutkan dengan penyusunan intervensi keperawatan dimana intervensi keperawatan pada Pasien 1 dan Pasien 2 akan dilakukan selama 3 x dalam 24 jam dengan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Nyeri akut yang disusun sesuai dengan rencana tindakan keperawatan adalah

Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik. Dengan intervensi Latihan pernafasan yaitu Identifikasi di lakukan latihan pernafasan, Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan, Sediakan tempat yang tenang , Posisikan pasien nyaman dan rileks, Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut, Pastikan tangan di dada mundur ke belakanag dan telapak tangan di perut maju ke depan saat menarik nafas , Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan , Hitungan kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan, jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernafasan, Anjurkan mengulangi latihan pernafasan 4-5 kali.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah sebuah tahapan dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun perencanaan keperawatan. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang telah direncanakan, mencakup kegiatan mandiri dan kolaborasi. Semua tindakan pada implementasi keperawatan terdiri dari atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik (Tampubolon, 2020).

Setelah menyusun rencana keperawatan, selanjutnya adalah pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilaksanakan dalam waktu kurun 3 hari dengan 3x kunjungan. Pada Pasien I yaitu Ny. L waktu studi kasus yaitu tanggal 17 April 2025 . Kunjungan pertama pada tanggal 17 April

2025, kunjungan kedua 18 April 2025, dan kunjungan ketiga pada tanggal 19 Mei 2025. Dan pada pasien kedua yaitu Ny. F studi kasus tanggal 23 Mei 2025. Kunjungan pertama pada tanggal 23 Mei 2025, kunjungan kedua 24 Mei 2025, dan kunjungan ke 3 tanggal 25 Mei 2025. mengidentifikasi di lakukan latihan pernafasan, memonitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan, menyediakan tempat yang tenang, memposisikan pasien nyaman dan rileks, menempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut, memastikan tangan di dada mundur ke belakanag dan telapak tangan di perut maju ke depan saat menarik nafas, menganjurkan pasien mengambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan, hitungan kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan, menjelaskan tujuan dan prosedur latihan pernafasan, menganjurkan mengulangi latihan pernafasan 4-5 kali.

Menurut (Wiyanti, 2023) Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri. Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi yang lambat dan berirama.

Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stress baik itu stress fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh individu. Selain tujuan tersebut, terdapat beberapa tujuan dari teknik napas dalam yaitu antara lain untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis (Leliana & Hariyono, 2022).

Selama melakukan tindakan keperawatan penulis tidak mengalami masalah karena kedua pasien kooperatif dan menerima tindakan yang di berikan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, pada tahap ini dilakukan penilaian keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan. (Hutasoid, 2020). Proses evaluasi pada Pasien 1 yaitu Ny. L dan Pasien 2 yaitu Ny. F dilakukan dengan mengobservasi Selama perawatan Pasien, perawat harus melakukan evaluasi keperawatan secara berkala untuk memastikan kepatuhan Pasien dalam melakukan penerapan teknik relaksasi nafas dalam yang sudah diajarkan. Evaluasi digunakan untuk membandingkan tindakan untuk melihat apakah ada perubahan atau tidak. Penulisan evaluasi didasarkan pada SOAP, yang berarti S (data objektif), A (analisis atau analisis), dan P (Plant of Care atau rencana asuhan keperawatan). (Harahab 2020)

Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan untuk menilai tingkat nyeri yang di rasakan pasien dengan kriteria hasil nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik.

Setelah tindakan implementasi dilakukan maka penulis melakukan evaluasi selama 3 kali dalam 24 jam pada kedua Ibu, dengan hasil pada hari pertama implementasi Ibu 1, mengatakan nyeri tidak hilang sepenuhnya, skala nyeri 6, ibu tampak rileks dan nyaman setelah diberikan tindakan relaksasi napas dalam. Masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada hari ke 2 implementasi Ibu 1, mengatakan nyeri menurun dengan skala 5 (nyeri sedang), dan merasa perasaannya menjadi lebih tenang dan rileks. Masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan, dan merasa perasaannya menjadi lebih tenang dan rileks. pada hari ke 3 implementasi Ibu 1, mengatakan nyeri menurun skala 2 (nyeri ringan), dan merasa perasaannya menjadi lebih tenang dan rileks. Masalah teratasi,

intervensi dihentikan. Sedangkan pada Ibu 2 didapatkan hasil hari pertama implementasi Ibu 2 mengatakan nyeri terasa berkurang, skala nyeri 7, dan merasa lebih nyaman dan rileks setelah dilakukan tindakan relaksasi napas dalam. Masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada hari ke 2 implementasi Ibu 2, mengatakan nyeri menurun skala 4 (nyeri sedang), meringis menurun. Masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Pada hari ke 3 implementasi Ibu 2, mengatakan nyeri menurun skala 2 (nyeri ringan), dan merasa lebih tenang, nyaman dan rileks. Masalah teratasi, intervensi dihentikan. Hal ini membuktikan bahwa tindakan relaksasi napas dalam efektif dilakukan pada Ibu dengan *post sc* untuk mengurangi nyeri *post Sectio caesarea*.

Menurut (Astuti & Sukesu, 2021) Relaksasi yang sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, kejenuhan, dan ansietas sehingga dapat mencegah peningkatan intensitas nyeri. Tiga hal utama yang diperlukan dalam teknik relaksasi adalah posisi klien yang tepat, pikiran yang beristirahat, dan lingkungan yang tenang. Teknik relaksasi nafas dalam adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Tujuan penelitian ini ingin mengetahui efektifitas teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan skala nyeri pada pasien *post operasi Sectio caesarea*.

Penelitian yang sama juga dilakukan oleh (Mirna 2023) menyatakan bahwa relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan nyeri terhadap Ibu *post Sectio caesarea* dengan keseluruhan.