

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk memahami asuhan keperawatan pada klien post operasi Seksio Sesarea dengan indikasi persalinan yang tidak maju (kelemahan his) maka penulis melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi selama 3 hari.

3.1 Pengkajian Keperawatan

Dilakukan tanggal 09 Juli 2012, pukul 15.00 wib

3.1.1 Pengumpulan data

a) Identitas pasien

Nyonya D, berumur 26 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan S1 Manajemen, pekerjaan swasta, Agama Islam, status menikah. Tuan A sebagai suami, berumur 26 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan S1 Teknik Sipil, pekerjaan swasta, Agama Islam, menikah, alamat Wonosari Mulya Surabaya.

b) Data riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan hamil pertama kali usia kehamilan 40 minggu dan merasakan air ketuban keluar secara tiba-tiba merembes di pagi hari selama 1 minggu kemudian pada tanggal 09 Juli 2012 pukul 10.30 wib dibawa oleh suaminya ke rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya melalui poli dan dokter memutuskan pasien harus segera

di operasi Seksio Sesarea karena produksi air ketuban sedikit. Pada pukul 12.30 wib pasien sebelum masuk ke ruang operasi berada di ruang bersalin untuk menyiapkan yang akan dilakukan di ruang operasi, setelah itu pasien dikirim untuk dilakukan operasi Seksio Sesarea, pukul 13.00 wib pasien di kirim ke ruang nifas untuk mendapatkan perawatan di ruangan Marwah dengan nomer rekam medis 05-20-11, post operasi hari pertama klien mengeluh nyeri pada luka operasi dengan skala nyeri 5, di bagian abdomen.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan bahwa tidak pernah menderita penyakit menular seperti TBC, HIV / AIDS dan penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes melitus, asma serta klien belum pernah hamil dan tidak pernah mengalami keguguran.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, HIV / AIDS dan penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes melitus, asma serta tidak ada yang pernah melahirkan secara Seksio Sesarea dan di keluarga klien tidak mempunyai riwayat keturunan kembar.

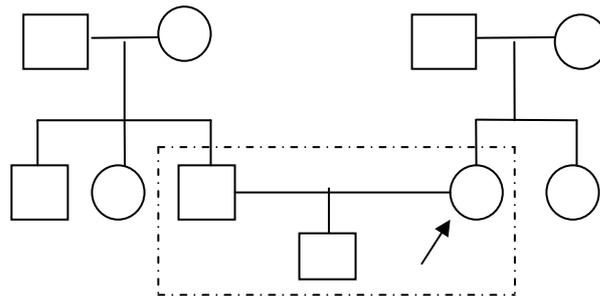
4) Riwayat Psikososial

Klien tidak mengalami perubahan emosi / mental setelah operasi, klien dan keluarga bahagia dengan kehadiran anaknya yang pertama serta klien mengalami adaptasi secara langsung.

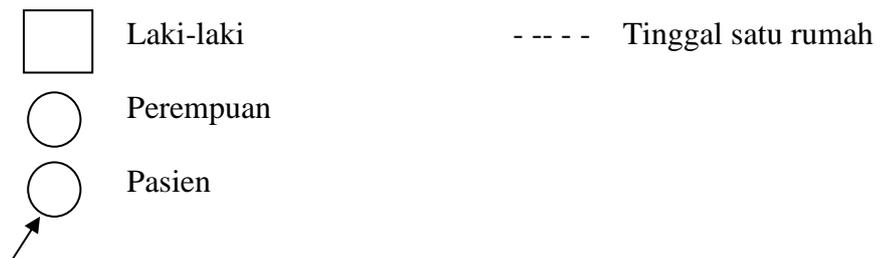
5) Riwayat Persalinan

Tanggal persalinaan 09 Juli 2012, tempat persalinaan rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, lama persalinaan 30 menit diruang operasi, jenis persalinaan Seksio Sesarea Cito.

6) Genogram



Keterangan :



7) Pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan selama hamil tidak mengkonsumsi alkohol, tidak merokok, klien memeriksa kehamilannya pada poli setiap 1 bulan sekali dan menginjak kehamilan 28 minggu 1 bulan 2 kali di rumah Sakit Muhammadiyah.

Saat dirumah sakit post op hari pertama klien menjaga daerah sekitar luka bekas operasi agar tetap kering, mandi diseka, gosok gigi, mengganti baju.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan makan 3x/hari porsi sedang dengan komposisi nasi, lauk pauk, sayuran, minum air putih 1,5 liter / hari.

Saat dirumah sakit klien mengkonsumsi makanan tanpa ada pantangan, dengan komposisi nasi dengan jumlah porsi sedang, lauk pauk, sayuran serta minum air putih 1,2 liter / hari.

c) Pola aktifitas

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan sebagai karyawan swasta dan setiap hari melakukan aktifitas di kantor.

Saat dirumah sakit klien dalam memenuhi kebutuhannya dibantu oleh suami dan keluarganya dengan miring kanan kiri, melakukan aktifitasnya di tempat tidur karena bila dibuat bergerak terasa nyeri luka bekas operasi.

d) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan BAK \pm 5x/hari dengan konsistensi lancar, warna kuning jernih, bau khas (urine) dan BAB 1x/hari dengan konsistensi lancar, lembek, warna kuning (khas feses).

Saat dirumah sakit klien terpasang kateter dengan urine tampung \pm 800 cc dengan konsistensi warna jernih dan klien belum BAB.

e) Pola tidur dan istirahat

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan tidak tidur siang karena bekerja, tidur malam ± 7 jam, dengan konsistensi tidur pulas tanpa gangguan dengan memakai bantal guling serta lampu dimatikan.

Saat dirumah sakit klien tidur dengan tanpa ada gangguan dengan total tidur ± 9 jam / hari.

f) Pola sensori dan kognitif

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit secara fisik dari kelima panca indera indra penglihatan, pendengaran, penciuman, peraba dan pengecap tidak ada gangguan, secara mental tidak ada gangguan.

Saat dirumah sakit pasien merasakan adanya rasa nyeri pada abdomen bekas luka operasi Seksio Sesarea, secara pengetahuan klien mengetahui tentang keadaan lukanya akan sembuh beberapa hari.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Klien mengatakan bahwa merasa bahagia karena telah menjadi ibu dari anaknya, klien pun merasa sempurna menjadi seorang ibu walaupun melahirkan secara Seksio Sesarea, klien yakin bila mempunyai anak lagi mengharapkan persalinan secara normal.

h) Pola hubungan dan peran

Sebelum dirumah sakit hubungan klien dengan suaminya baik dan peranya sebagai istri, serta hubungan dengan keluarga sebagai anak terhadap orangtuanya.

Saat dirumah sakit klien kooperatif terhadap perawat dan tenaga medis yang lain dengan menggunakan bahasa Indonesia.

i) Pola seksualitas

Sebelum masuk rumah sakit klien melakukan hubungan seksual dengan suaminya tanpa ada gangguan, 1 minggu 2x.

Saat dirumah sakit klien tidak melakukan hubungan seksual karena tidak memungkinkan.

j) Pola mekanisme koping

Sebelum masuk rumah sakit klien mempunyai masalah selalu dipecahkan bersama dengan suaminya.

Saat dirumah sakit klien memecahkan masalah dengan suami dan ibu dari klien.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit klien beribadah sholat 5 waktu dengan tepat.

Saat dirumah sakit klien melakukan ibadahnya berdoa karena klien dalam keadaan nifas dan mengharapkan cepat sembuh dan pulih dengan melakukan kegiatan beribadah biasanya.

c) Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

a) Keadaan penyakit : sedang.

- b) Kesadaran: somnolen, GCS 456, skala nyeri 5.
- c) Tanda-tanda vital : Pernafasan (respirasi rate) 20X/menit, irama regular, suhu 37° C, nadi 88X/menit, kualitas kuat, irama regular, tekanan darah 110/70 mmHg.

2) Kepala

Rambut : bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan (tumor), rambut lurus, tidak ada ketombe.

Muka : wajah menyeringai dan meringis kesakitan.

Mata : tidak ditemukan adanya anemi pada konjungtiva.

Hidung : lubang hidung bersih, serta tidak ada pergerakan cuping hidung.

Mulut : bibir lembab, warna merah muda, tidak sariawan, bau khas pada mulut.

Gigi : lengkap, tidak ada karies gigi.

Telinga : fungsi pendengaran baik, tidak ada kelainan dan lubang telinga bersih tidak ada sekret.

3) Leher : tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar tyroid maupun lympa.

4) Dada : bentuk simetris, puting payudara menegang dan menonjol, ASI keluar sedikit, tidak ada nyeri dada, tidak ada suara nafas tambahan (wheezing, ronchi).

5) Abdomen :

Pada perut terdapat luka post operasi \pm 12 cm dengan menggunakan insisi Seksio Sesarea klasik atau corporal dan

banyaknya jahitan \pm 20 buah, luka tertutup kassa, tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusar, terdapat linea nigra, klien sering memegang perutnya.

6) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium, tanggal 09 Juli 2012 :

Nama tes	Hasil	Angka Normal
HEMATOLOGI		
DL	(duplo)	
HB	8,8	12,0 - 16,0 g / dl
Leukosit	9.300	4.500 – 11.000
Trombosit	262.000	150.000 – 450.000
Hematokrit	27,4	38.0 – 47.0
Eritrosit	3,95	4,20 – 5,40

FAAL HEMOSTASIS

Waktu pembekuan (BT)	3 menit	1 – 6 menit
Waktu pendarahan (CT)	10 menit 30 detik	9 – 15 detik

GULA DARAH

Sewaktu / Acak	75	100 – 150 mg / dl
----------------	----	-------------------

Nama tes	Hasil
WBC	9,3 $\times 10^3$ /uL
Lymph#	2,8 $\times 10^3$ /uL
Mid#	1,0 $\times 10^3$ /uL
Lymph%	30,0 %
Mid%	10,4 %
Gran%	59,6 %
HGB	8,8 g/dL
RBC	39,5 $\times 10^6$ /uL
HCT	27,4 %
MCH	69,6 fL
MCHC	22,2 pg

RDW-CV	32,1 g/dl
RDW-SD	17,3 %
PLT	44,8 fL
MPV	262 × 10 ³ /uL
PDW	6,2
PCT	0,201 %

7) Terapi

Tanggal 09 Juli 2012

Injeksi Intermoxge	3×1 ampul
Injeksi Teranol	3×1 ampul
Injeksi Saitram	2×1 ampul
Injeksi Gastidin	2×1 ampul
Injeksi Alinamin	3×1 ampul
Drip Vitamin C	3×1 ampul
Injeksi Methersin	3×1 ampul
Cairan Infus RL&PZ	2÷1 kolf

Tanggal 10 Juli 2012

Clamixin	4×1 mg peroral
Mefinter	3×1 mg peroral
Laktafit	2×1 mg peroral
Cairan Infus RL&PZ	2÷1 kolf

Tanggal 11 Juli 2012

Clamixin	4×1 mg peroral
Mefinter	3×1 mg peroral
Laktafit	2×1 mg peroral
Cairan Infus RL&D51/2salin	2÷1 kolf

d) Analisa data

09 Juli 2012, pukul 15.00 wib.

1) Kelompok data pertama

a) Data Subjektif

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi.

b) Data Objektif

- wajah menyeringai dan meringis kesakitan.
- klien sering memegang perutnya.
- Pada perut terdapat luka operasi \pm 12 cm.
- Skala nyeri 5.
- Observasi tanda-tanda vital :

Pernafasan (respirasi rate) 20X/menit, irama regular.

Suhu 37° C.

Nadi 88X/menit, kualitas kuat, irama regular.

Tekanan darah 110/70 mmHg.

c) Masalah : Gangguan rasa nyaman (nyeri akut).

d) Kemungkinan penyebab : Trauma pembedahan.

2) Kelompok data kedua

a) Data Subjektif

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya dibuat bergerak.

b) Data Objektif.

- Adanya luka operasi pada perut \pm 12 cm.
- Terpasang infus RL 20 tetes / menit.

- Keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas.

c) Masalah : Intoleransi aktifitas.

d) Kemungkinan penyebab : adanya insisi pembedahan.

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma pembedahan ditandai dengan wajah menyeringai dan meringis kesakitan, klien sering memegang perutnya, pada perut terdapat luka operasi \pm 12 cm, skala nyeri 5.
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya dibuat bergerak, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas.

3.3 Perencanaan Keperawatan

1. Diagnosa keperawatan pertama

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma pembedahan ditandai dengan wajah menyeringai dan meringis kesakitan, klien sering memegang perutnya, pada perut terdapat luka operasi \pm 12 cm, skala nyeri 5.

1. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

2. Kriteria Hasil :

- a) Mengungkapkan rasa nyeri berkurang.
- b) Tampak rileks dan tidur.

c) Skala nyeri 1.

3. Rencana Tindakan

- a) Tentukan lokasi dan karakteristik ketidaknyamanan perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti meringis kesakitan.
- b) Berikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan dan intervensi yang tepat.
- c) Evaluasi tekanan darah dan nadi; perhatikan perubahan perilaku.
- d) Perhatikan nyeri tekan uterus dan adanya karakteristik nyeri.
- e) Ubah posisi pasien, berikan gosokan punggung serta gunakan teknik pernafasan relaksasi dan distraksi.
- f) Lakukan nafas dalam menggunakan prosedur-prosedur pembebasan dengan tepat 30 menit setelah pemberian analgesik yaitu clamixin 4x1 peroral, mefinter 3x1 peroral.

4. Rasional

- a) Memahami pasien mungkin tidak secara verbal dengan melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung. Membedakan karakteristik khusus dari nyeri dengan membantu membedakan nyeri paksa operasi dari terjadinya komplikasi.
- b) Meningkatkan pemecahan masalah dan membantu mengurangi rasa nyeri berkenan dengan rasa cemas.
- c) Mengindari dari banyak pasien yang nyeri menyebabkan gelisah, serta tekanan darah dan nadi meningkat.
- d) Melihat kondisi pasien selama 12 jam pertama pasca partum, kontraksi uterus kuat dan teratur serta berlanjut 2-3 hari

berikutnya, meskipun frekuensi dan intensitasnya dikurangi faktor-faktor yang memperberat nyeri penyerta meliputi multipara, overdistresi uterus.

- e) Merilekskan otot dan mengalihkan perhatian dari sensasi nyeri. Meningkatkan kenyamanan dan menurunkan distraksi.
- f) Membebaskan penurunan regangan dan tegangan area insisi dan mengurangi rasa nyeri dan ketidaknyamanan berkenaan dengan gerakan otot abdomen.

2. Diagnosa keperawatan kedua

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya dibuat bergerak, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas.

1. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam.

2. Kriteria hasil :

- a) Klien dapat bergerak dengan bebas tanpa rasa nyeri.
- b) Klien melakukan aktifitas tanpa dibantu orang lain.

3. Rencana tindakan :

- a) Kaji respon pasien terhadap aktivitas.
- b) Catat tipe anestesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar.
- c) Anjurkan klien untuk istirahat.
- d) Bantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.

e) Tingkatkan aktivitas secara bertahap.

4. Rasional

a) Mengetahui perubahan yang terjadi pada aktivitas.

b) Mempengaruhi obat anastesi yang dapat mengetahui terhadap aktivitas klien.

c) Mempercepat pemulihan tenaga untuk beraktivitas klien dapat rileks.

d) Memberikan rasa tenang dan aman pada klien karena kebutuhan klien terpenuhi.

e) Meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional.

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

1. Dilakukan tanggal 09 Juli 2012, pukul 17.00 wib.

1) Diagnosa keperawatan pertama

a) Menentukan lokasi dan karakteristik ketidaknyamanan perhatikan isyarat verbal dan non verbal.

Klien mampu mengungkapkan rasa sakitnya.

b) Memberikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan dan intervensi yang tepat.

Klien mengerti dan paham pemberian informasi.

c) Mengevaluasi tekanan darah 110/70 mmHg dan nadi 88x/menit.

d) Memperhatikan nyeri tekan uterus dan adanya karakteristik nyeri.

- e) Mengubah posisi pasien, kurangi rangsangan berbahaya dan berikan gosokan punggung serta gunakan teknik pernafasan relaksasi dan distraksi.

Klien mengerti apa yang dianjurkan dan mencoba untuk mengikuti.

- f) Melakukan nafas dalam menggunakan prosedur-prosedur pembebasan dengan tepat 30 menit setelah pemberian analgesik yaitu clamixin 4x1 peroral, mefinter 3x1 peroral.

Klien paham dan mengerti apa yang diajarkan.

2) Diagnosa keperawatan kedua

- a) Mengobservasi respon pasien terhadap aktivitas.

Respon klien kooperatif.

- b) Mencatat tipe anastesi yaitu general anastesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar.
- c) Menganjurkan klien untuk istirahat.

Klien mengerti dan berespon baik.

- d) Membantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.
- e) Meningkatkan aktivitas secara bertahap.

2. Dilakukan tanggal 10 Juli 2012, pukul : 08.00 wib.

1) Diagnosa keperawatan pertama

- a) Menentukan lokasi dan karakteristik ketidaknyamanan perhatikan isyarat verbal dan non verbal.

Klien mampu mengungkapkan rasa sakitnya.

- b) Mengevaluasi tekanan darah 120/80 mmHg dan nadi 80x/menit.
- c) Memperhatikan nyeri tekan uterus dan adanya karakteristik nyeri.

- d) Mengubah posisi pasien, kurangi rangsangan berbahaya dan berikan gosokan punggung serta gunakan teknik pernafasan relaksasi dan distraksi.

Klien mengerti apa yang dianjurkan dan mencoba untuk mengikuti.

- e) Melakukan nafas dalam menggunakan prosedur-prosedur pembebasan dengan tepat 30 menit setelah pemberian analgesik yaitu clamixin 4x1 peroral, mefinter 3x1 peroral.

Klien paham dan mengerti apa yang diajarkan.

2) Diagnosa keperawatan kedua

- a) Mengobservasi respon pasien terhadap aktivitas.

Respon klien kooperatif.

- b) Membantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.

- c) Meningkatkan aktivitas secara bertahap.

3. Dilakukan tanggal 11 Juli 2012, pukul : 08.00 wib.

1) Diagnosa keperawatan pertama

- a) Menentukan lokasi dan karakteristik ketidaknyamanan perhatikan isyarat verbal dan non verbal.

Klien mampu mengungkapkan rasa sakitnya.

- b) Memperhatikan nyeri tekan uterus dan adanya karakteristik nyeri.

2) Diagnosa keperawatan kedua

- a) Mengobservasi respon pasien terhadap aktivitas.

Respon klien kooperatif.

- b) Meningkatkan aktivitas secara bertahap.

3.5 Evaluasi Keperawatan

1. Catatan perkembangan 09 Juli 2012, pukul 20.00 wib.

1) Diagnosa keperawatan pertama

a) Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi.

b) Objektif

1) wajah menyeringai dan meringis kesakitan.

2) klien tidak memegang perutnya.

3) Pada perut terdapat luka operasi.

4) Skala nyeri 5.

c) Assement : masalah teratasi sebagian.

d) Planning : rencana tindakan a,c,d,e,f dilanjutkan.

2) Diagnosa keperawatan kedua

a) Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya digerakan.

b) Objektif

1) Adanya luka operasi.

2) Keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas.

c) Assement : masalah teratasi sebagian.

d) Planning : rencana a,d,e dilanjutkan.

2. Catatan perkembangan 10 Juli 2012, pukul 13.00 wib.

1) Diagnosa keperawatan pertama

a) Subjektif : Klien mengatakan nyeri berkurang, mampu beradaptasi terhadap nyeri dan menggunakan terapi relaksasi.

- b) Objektif
 - 1) Wajah tampak rileks.
 - 2) Klien tidak memegani perutnya.
 - 3) Skala nyeri 3.
 - c) Assement : masalah teratasi sebagian.
 - d) Planning : rencana a,c dilanjutkan.
- 2) Diagnosa keperawatan kedua
- a) Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang.
 - b) Objektif
 - 1) Adanya luka operasi.
 - 2) Klien dapat memenuhi kebutuhannya makan dan minum tanpa dibantu.
 - c) Assement : masalah teratasi sebagian.
 - d) Planning : rencana a,e dilanjutkan.
3. Catatan perkembangan tanggal 11 juli 2012, pukul 13.00 wib.
- 1) Diagnosa keperawatan pertama
- a) Subjektif : Klien mengatakan bebas dari rasa nyeri dan setelah dibuka kassa luka jahitan operasi mengeluarkan pus dan darah \pm 3 cc
 - b) Objektif
 - 1) Skala nyeri 1
 - 2) Terdapat luka jahitan operasi
 - 3) Terdapat pus dan darah \pm 3 cc
 - c) Assement : muncul masalah baru yaitu infeksi

d) Planning : rencana tindakan diteruskan

e) Implementasi

- 1) Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalasan kotor, pembalut perineal dan linen terkontaminasi dengan tepat.
 - 2) Tinjau ulang hemoglobin / hematokrit prenatal; perhatikan adanya kondisi yang mempredisposisikan pasien pada infeksi pasca operasi.
 - 3) Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rembesan. Lepasnya balutan sesuai indikasi.
 - 4) Inspeksi insisi terhadap proses penyembuhan, perhatikan kemerahan odem, nyeri, eksudat atau gangguan penyatuan.
 - 5) Bantu sesuai kebutuhan pada pengangkatan jahitan kulit.
 - 6) Kaji nadi, suhu dan pemeriksaan lab sel darah putih.
- f) Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam, diharapkan infeksi hilang.

g) Rasionalisasi

- 1) Membantu mencegah atau membatasi penyebaran infeksi.
- 2) Mengetahui tentang anemia, diabetes mellitus dan persalinan yang lama sebelum kelahiran Seksio Sesarea meningkatkan resiko infeksi dan memperlambat penyembuhan.
- 3) Menutupi balutan steril pada luka 24 jam pertama kelahiran Seksio Sesarea membantu melindungi luka dari cedera atau kontaminasi.

- 4) Mengetahui tanda-tanda ini adanya infeksi luka biasanya disebabkan oleh *streptococcus*.
 - 5) Mengetahui seberapa jauh luka insisi biasanya sudah cukup membaik untuk dilakukan pengangkatan jahitan pada hari ke 4 / 5.
 - 6) Meningkatkan kebersihan dan dapat merangsang sirkulasi atau penyembuhan luka.
- 2) Diagnosa keperawatan kedua
- a) Subjektif : klien mengatakan nyeri berkurang bila tubuhnya bergerak
 - b) Objektif
 - 4) Klien dapat berjalan dan memenuhi kebutuhannya tanpa bantuan orang
 - c) Asesmen masalah teratasi
 - d) Planning rencana tindakan dihentikan

Adapun evaluasi akhir pada kasus post Seksio Sesarea adalah :

1. Diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma pembedahan, masalah teratasi tanggal 11 Juli 2012. Klien merasa nyeri berkurang, wajah tampak rileks, tidak memegang perutnya, adanya luka operasi, skala nyeri 1.
2. Diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi semi pembedahan, masalah teratasi tanggal 11 Juli 2012. Klien merasa nyeri berkurang bila tubuhnya dibuat bergerak, adanya

luka operasi, klien dapat berjalan dan dapat memenuhi kebutuhannya tanpa bantuan orang