

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk memahami asuhan keperawatan pada klien post operasi caesarea indikasi persalinan yang tidak maju (kelemahan his) maka penulis melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3.1 Pengkajian, 25 Juli 2001

3.1.1 Pengumpulan data

1) Identitas Klien

Nyonya L, usia 18 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, dan mempunyai suami tuan S usia 24 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, beragama Islam, pendidikan STM, pekerjaan swasta, alamat Ds. Melati RT. 10 RW 03 Balong Bendo Surabaya.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan hamil pertama kali usia kehamilan 40 minggu dan merasakan perutnya kencang-kencang kemudian di bawa oleh suaminya ke dokter pada hari minggu 24 Junli 2001 pukul 16.00. Kemudian atas pemeriksaan dokter, dianjurkan untuk dirujuk ke Sepanjang untuk operasi caesarea dengan alasan persalinan yang tidak dapat maju. Pada pukul 19.00 dilakukan operasi sectio

caesarea. Pada pukul 24.00 klien dikirim ke ruang bersalin untuk mendapatkan perawatan masa nifas.

Post operasi sectio caesarea klien mengeluh nyeri pada luka operasi diperutnya, klien post op hari ke I.

3) Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan bahwa ia tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat Reproduksi atau penyakit yang mempengaruhi kehamilan (seperti: Perdarahan, Infeksi) klien belum pernah hamil sebelumnya.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada riwayat kelahiran kembar dalam keluarga maupun penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Miletus. Saat ini tidak ada anggota keluarga yang mengidap penyakit menular seperti TB, Paru-paru.

5) Riwayat Psiko Sosial

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

Klien masih terfokus pada nyerinya sehabis operasi SC:

6) Pola-pola Fungsi Keluarga

a. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan selama hamil tidak mengkonsumsi alkohol, tidak merokok, klien memeriksakan kehamilannya pada Poli, BKIA.

Setelah masuk rumah sakit post op hari pertama klien menjaga daerah sekitar luka bekas operasi agar tetap kering, mandi diseka 2X/hari dan gosok gigi 2X/hari, klien belum melakukan perawatan payudara.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan makan 3X/hari dengan komposisi nasi, lauk pauk, sayuran dan minum 1,5 l/hari, Saat masuk rumah sakit (post operasi) klien makan 3X/hari tanpa pantangan dan minum 1,5 l/hari.

c. Pola aktivitas

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga, seperti: mencuci, memasak.

Saat masuk rumah sakit klien dalam memenuhi kebutuhannya dibantu oleh keluarga (seka) bila tubuhnya dibuat bergerak terasa nyeri.

d. Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan BAK \pm 5X/hari dengan warna kuning jernih (khas urine) dan BAB 1X/hari dengan konsistensi lunak warna khas Fesus.

Saat masuk rumah sakit post op klien terpasang kateter, urine tampung \pm 300 cc kemudian di off, klien belum BAB hari pertama.

e. Pola istirahat tidur

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan biasa tidur pakai bantal guling dengan lampu dimatikan, istirahat \pm 8 jam

Setelah masuk rumah sakit klien tidak mengalami kesulitan dalam tidur

f. Pola sensori dan kognitif

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit secara fisik daya cium, raba, lihat, dan dengar klien tidak ada gangguan, secara mental tidak ada gangguan. Klien menanyakan tentang perawatan luka setelah operasi.

g. Pola hubungan dan peran

Sebelum masuk rumah sakit hubungan klien dengan suaminya cukup baik dan perannya sebagai istri. Saat masuk rumah sakit (post operasi) hubungan klien tetap baik dan perannya menjadi ibu dari putrinya

h. Pola persepsi diri

Klien mengatakan bahwa ia merasa bahagia karena telah menjadi ibu dari anaknya dan klien saat mencemaskan akan timbul penyakit jaringan perut dan klien percaya bahwa ia akan dapat melahirkan lagi meskipun dengan operasi

i. Pola reproduksi dan seksual

Sebelum masuk rumah sakit klien melakukan hubungan seksual dengan suaminya tanpa ada gangguan. Saat masuk rumah sakit

klien tidak melakukannya karena keadaan klien tidak memungkinkan, bayi diberi susu formula (SGM) karena klien sudah mencoba untuk menetek tapi asi tidak keluar, setelah pulang klien merencanakan untuk mengikuti program KB suntik

j. Pola penanggulangan stress

Sebelum masuk rumah sakit bila klien mempunyai masalah selalu dipecahkan bersama dengan suaminya. Saat masuk rumah sakit tidak mengalami perubahan yaitu klien tetap memecahkan masalahnya dengan suaminya

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit klien beribadah/sholat 5 waktu. Saat masuk rumah sakit tidak melakukannya karena klien dalam keadaan nifas, dan hanya berdo'a saja

7) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80X/menit, suhu 37° C, respirasi rate 20X/menit, skala nyeri empat.

b. Kepala dan leher

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan (tumor), rambut lurus tanpa ketombe pada leher tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar tyroid maupun limpa, tidak ditemukan adanya anemia pada konjungtiva, wajah sering menyeringai.

c. Telinga

Fungsi pendengaran klien baik, tidak ada kelainan dan lubang telinga bersih tanpa adanya sekret, tidak ada sinusitis.

d. Hidung

Tidak ada kelainan seperti polip, dan lubang hidung bersih, tidak ada pergerakan cuping hidung.

e. Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada pernafasan tambahan (wheezing, ronchi), pada payudara terdapat hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, payudara tegang, kolostrum dan ASI belum keluar.

f. Abdomen

Pada perut terdapat luka operasi \pm 18 cm dengan insesi vertikal dan jahitan sebanyak \pm 20 buah, luka tertutup kasa, tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusar, kontraksi keras, klien sering memegang perutnya.

g. Genetalia

Tidak ditemukan oedema pada vulva dan keluar cairan dari vagina berwarna merah (lochea rubra) dengan koteks \pm 30 cm dan perineum tidak terdapat luka episiotomi.

h. Anus

Tidak didapatkan haemorroid.

i. Punggung

Tidak didapatkan punggung klien lordosis kiposis.

j. Muskuloskletal

Tidak ditemukan adanya atropi maupun hipertropi serta kecacatan/faktur, terpasang infus RL 20 HS/menit, tidak ada odome pada extremitas.

k. Integumen

Kulit klien elastis dan berwarna sawo matang, tidak ada cloasma gravidarum.

8) Pemeriksaan Khusus Bayi

Bayi lahir dengan sectio caesarea pada tanggal 25 Juli 2001 jam 20.30 WIB, jenis kelamin perempuan. Apgar score 6-7, kepala tidak terdapat cucceidaneum, mata ada 2 simetris, telinga ada 2 simetris, terdapat 2 lubang hidung, pada mulut tidak terdapat bibir sumbing, tangan simetris, jari-jari lengkap, pada punggung tidak terdapat spina bifida, terdapat anus dan berlubang kaki simetris dan jari-jari lengkap, lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 36 cm, berat badan 3.600 gr dan tinggi badan 50 cm.

3.1.2 Analisa Data

1) Kelompok Data Pertama

a. Data subyektif

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi.

- b. Data obyektif
 - (1) Klien sering menyeringai
 - (2) Klien sering memegang perut
 - (3) Adanya luka sepanjang \pm 18 cm di daerah perut
 - (4) Skala nyeri 4
 - (5) Post SC hari I
- c. Masalah : Nyeri.
- d. Kemungkinan penyebab : Adanya insisi pembedahan.

2) Kolempok Data Ke dua

- a. Data subyektif

Klien mengatakan belum pernah melakukan perawatan payudara.
- b. Data obyektif
 - (1) Asi belum keluar
 - (2) Bayi diberi susu formula (SGM)
 - (3) Payudara tegang
- c. Masalah : Ketidakefektifan pengeluaran ASI
- d. Kemungkinan penyebab : Kurangnya pengetahuan tentang perawatan payudara.

3) Kelompok Data Ke tiga

- a. Data subyektif

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya bergerak.

- b. Data obyektif
 - (1) Klien post operasi sectio caesara hari pertama
 - (2) Adanya luka operasi sepanjang ± 18 cm di daerah perut
 - (3) Terpasang infus RL 20 tetes/menit
 - (4) Keperluan klien dibantu oleh keluarganya seperti mandi diseka
 - c. Masalah : Keterbatasan aktifitas.
 - d. Kemungkinan penyebab : Nyeri pada inisiasi pembedahan.
- 4) Kelompok Data Ke empat
- a. Data subyektif
 - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi.
 - b. Data obyektif
 - (1) Klien post operasi sectio caesarea hari pertama
 - (2) Terdapat luka operasi sepanjang ± 18 cm di daerah perut
 - (3) Tidak terdapat tanda infeksi
 - c. Masalah : Resiko terjadi infeksi.
 - d. Kemungkinan penyebab : Adanya luka operasi sectio caesarea.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri yang berhubungan dengan adanya insisi pembedahan yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi, sering menyeringai, luka operasi sepanjang ± 18 cm di daerah perut, skala nyeri 4.

- 2) Ketidak efektifan pengeluaran ASI yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang perawatan payudara yang dirandai dengan klien mengatakan belum pernah melakukan perawatan payudara. ASI belum keluar.
- 3) Keterbatasan aktifitas yang berhubungan dengan nyeri pada insisi pembedahan ditandai dengan adanya klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya bergerak, keperluan klien dibantu oleh keluarganya seperti bak mandi dengan seka.
- 4) Resiko terjadi infeksi yang berhubungan dengan adanya luka operasi sectio caesarea.

3.2 Perencanaan

3.2.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

Nyeri yang berhubungan dengan adanya insisi pembedahan yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi, sering menyeringai, adanya luka sepanjang \pm 18 cm di daerah perut, skala nyeri 4.

- 1) Tujuan : Nyeri berkurang dalam waktu 2X24 jam.
- 2) Kriteria hasil
 - a. Klien mengatakan nyeri berkurang
 - b. Klien mampu beradaptasi terhadap nyeri (dapat melakukan terapi relaksasi)
 - c. Skala nyeri 2

3) Rencana tindakan

- a. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga
- b. Kaji nyeri, lokasi, durasi, intensitas nyeri
- c. Anjurkan dan ajarkan teknik relaksasi (tarik nafas dalam dan menghembuskan secara perlahan) serta teknik distraksi, misalnya membaca koran, mendengarkan radio
- d. Bantu klien untuk mendapatkan posisi nyaman
- e. Jelaskan pada klien bahwa rasa nyeri merupakan mekanisme tubuh yang fisiologi dan akan hilang secara bertahap
- f. Observasi gejala kardinal tiap 6 jam (tensi, nadi, suhu, rr)
- g. Kolaborasi dalam pemberian analgesik yaitu novalgine 4X1 ampul

4) Rasional

- a. Diharapkan kooperatif dalam pembuatan asuhan keperawatan
- b. Berguna untuk keefektifan dalam pengamatan dan perawatan serta memonitor kemajuan dalam penyembuhan
- c. Pada spina cord (bagian yang dorsal serabut saraf sumsum tulang belakang), sel reseptor yang menerima stimulasi nyeri perifer dihambat oleh stimulasi dari serabut syaraf lain, maka spina cord yang mengontrol jumlah input ke otak menutup dan klien merasa nyeri berkurang
- d. Posisi yang nyaman dapat mengurangi rasa nyeri
- e. Memberi keyakinan dan suport bahwa klien sembuh sehingga mengurangi kecemasan klien

- f. Untuk mengerahui keadaan umum
- g. Dapat menekan system syaraf pusat pada thalamus dan korteks selebri sehingga nyeri berkurang

3.2.2 Diagnosa Keperawatan Ke Dua

Ketidak efektifan pengeluaran ASI yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang perawatan payudara yang ditandai dengan klien menyatakan belum pernah melakukan perawatan payudara. ASI belum keluar.

- 1) Tujuan : Laktasi lancar dalam waktu 2X24 jam
- 2) Kriteria hasii
 - a. Klien mengerti tentang perawatan payudara
 - b. Klien dapat mendemonstrasikan perawatan payudara dengan benar
 - c. Laktasi lancar
- 3) Rencana tindakan
 - a. Beri penjelasan pada klien mengenai perawatan payudara dan cara meneteki yang benaf serta manfaat ASI
 - b. Demonstrasikan tentang perawatan payudara dan cara meneteki
 - c. Anjurkan klien untuk memakai BH dan baju yang tidak sempit atau ketat
 - d. Kolaborasi dalam pemberian vitamin B1

4) Rasional

- a. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan ibu mengenai perawatan payudara dan meneteki secara benar dan manfaat ASI bagi bayi
- b. Diharapkan menjadi umpan balik
- c. Mencegah pembendungan aliran ASI karena menekan saluran ASI
- d. Meningkatkan suplay nutrisi sehingga produksi ASI meningkat

3.2.3 Diagnosa Keperawatan Ke Tiga

Keterbatasan aktifitas yang berhubungan dengan nyeri pada insisi pembedahan ditandai dengan adanya klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya bergerak, keperluan klien dibantu oleh keluarganya seperti bak mandi dengan seka.

- 1) Tujuan : Terpenuhinya kebutuhan aktifitas sehari-hari dalam waktu 3X24 jam
- 2) Kriteria hasil
 - a. Klien dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari
 - b. Klien mengerti tentang artinya mobilisasi
- 3) Rencana tindakan
 - a. Berikan pengertian tentang pentingnya mobilisasi dini
 - b. Anjurkan klien untuk mobilisasi, seperti memiring ke kanan, duduk dan ke kiri tiap 2 jam secara bertahap

- c. Bantu klien mobilisasi, catat kemajuan pergerakan atau aktivitasnya
 - d. Observasi tanda-tanda vital tiap 6 jam
- 4) Rasional
- a. Diharapkan klien mengerti tentang mobilisasi bagi tubuhnya
 - b. Untuk memperlancar sirkulasi darah dan mencegah trombosis sehingga dapat mempengaruhi penyembuhan luka dan mengurangi
 - c. Menunjukkan peningkatan kekuatan pergerakan atau aktivitas sesuai dengan keadaan
 - d. Untuk mengetahui keadaan selanjutnya

3.2.4 Diagnosa Keperawatan Ke Empat

Resiko terjadi infeksi yang berhubungan dengan adanya luka operasi secara sectio caesarea

- 1) Tujuan : Infeksi tidak terjadi
- 2) Kriteria hasil
 - a. Tidak ada tanda-tanda infeksi (color, dolor, rubor, nyeri)
 - b. Luka bersih dan kering
- 3) Rencana tindakan
 - a. Berikan penjelasan tentang hal-hal yang menyebabkan atau menimbulkan infeksi
 - b. Rawat luka secara aseptik

- c. Jaga kebersihan daerah luka agar tetap kering
- d. Kolaborasi dengan medis dalam pemberian antibiotik yaitu Ampicillin 4X1 gram, Gentamicyn 2X80 mg

4) Rasional

- a. Dengan menjaga kebersihan dapat mengurangi resiko terkena infeksi terutama infeksi nosokomial
- b. Mengurangi infeksi dan mencegah kuman masuk serta mempercepat proses penyembuhan luka
- c. luka yang kotor dan lembab dapat menjadi media untuk perkembangan kuman
- d. Menghambat atau menghentikan pertumbuhan kuman

3.3 Pelaksanaan

3.3.1 Diagnosa Keperawatan pertama (25 Juli 2001)

- 1) Melakukan pendekatan pada klien dan keluarga untuk menggali data.

Klien bersikap kooperatif dan bisa diajak kerja sama dengan baik.

- 2) Mengkaji nyeri, lokasi dan intensitas.

Klien mengatakan merasa nyueri pada daerah bekas operasi.

- 3) Mengajarkan klien untuk menarik nafas dalam dan mengembuskan secara perlahan-lahan melalui hidung pada saat nyeri timbul dan menganjurkan klien untuk melakukan hal-hal yang disenangi, seperti baca koran.

Klien mengikuti apa yang disarankan oleh petugas (tarik nafas panjang jika datang rasa nyeri, datang)

- 4) Membantu klien untuk mendapatkan posisi yang nyaman seperti miring kanan kiri, duduk, berjalan.

Klien mampu mengikuti intruksi miring kanan/kiri dan mencoba untuk duduk.

- 5) Menjelaskan pada klien bahwa rasa nyeri merupakan mekanisme tubuh yang fisiologis dan akan hilang secara bertahap

Klien dapat mengerti dan menerima penjelasan yang diberikan.

- 6) Melakukan observasi tanda vital

T = 120/70 mmhg N = 88X/mnt S = 37° C RR = 24X/mnt

- 7) memberikan obat sesuai advis dokter yaitu novalgin 4X1 ampul

Obat masuk melalui IV, Reaksi (-), klien mengatakan nyeri berkurang.

3.3.2 Diagnosa Keperawatan Ke Dua

- 1) Memberikan penjelasan pada klien mengenai perawatan payudara dan cara meneteki serta manfaat ASI. Klien mengerti apa yang diinstruksikan oleh perugas.

- 2) Mendemonstrasikan tentang perawatan payudara

Klien dapat mendemonstrasikan ulang tentang perawatan payudara.

Klien dapat menyebutkan macam-macam alat yang digunakan untuk perawatan payudara.

- 3) Menganjurkan klien untuk memakai baju atau BH yang longgar.

Klien mengerti apa yang dianjurkan, dan akan coba mengikutinya.

- 4) Memberikan Vitamin B1.

Obat masuk lewat oral, ASI keluar sedikit.

3.3.3 Diagnosa Keperawatan Ke Tiga

- 1) Memberikan pengertian tentang mobilisasi dinibagi tubuh klien yang berfungsi untuk memperlancar sirkulasi darah dan penyembuhan luka.

Klien mengerti arti mobilisasi dini dan klien mencoba secara bertahap (miring kanan kiri, duduk, jalan).

- 2) Menganjurkan klien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap yaitu miring kanan/kiri, duduk, jalan.

Klien coba melakukan mobilisasi miring kanan kiri, duduk.

- 3) Melakukan observasi tanda-tanda vital tiap 6 jam sekali.

T = 120/70 mmhg N = 88X/mnt S = 37° C RR = 24X/mnt

- 4) Memberikan obat novalgin 4X1 amp, ampicillin 4X1 gr, gentamicin 2X80 mg.

Obat masuk lewat parentenal, reaksi (-) menghambat reaksi kuman.

3.3.4 Diagnosa Keperawatan Ke Empat

- 1) Memberikan penjelasan tentang hal-hal yang menyebabkan infeksi (kurang menjaga diri, luka kotor).

Klien mengerti tentang penyebab luka terinfeksi.

2) Melakukan rawat luka secara aseptik

Luka terlihat bersih tidak ada tanda-tanda infeksi (rubur, collor, dollor).

3) menganjurkan klien untuk menjaga daerah luka agar tetap kering.

Klien mengerti tentang apa yang dinasehatkan.

5) 4) Memberi obat pada klien sesuai advis dokter yaitu ampicillin

4X1 gr, gentamicin 2X80 mg.

Obat masuk melalui parenteral reaksi (-), menghambat pertumbuhan kuman.

3.4 Evaluasi

Catatan perkembangan

3.4.1 Tanggal 25 Juli 2001

1) Diagnosa keperawatan pertama

a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri berkurang

b. Obyektif

(1) Klien sering menyeringai

(2) Klien tidak memegang perutnya

(3) Adanya luka operasi

(4) Skala nyeri dua

c. Assesment masalah teratasi sebagian

d. Planing rencana 2,3,6,7 dilanjutkan

- 2) Diagnosa keperawatan ke dua
 - a. Subyektif : Klien menyatakan senang bisa melakukan perawatan payudara
 - b. Obyektif
 - (1) ASI belum keluar
 - (2) Bayi diberi susu formula
 - c. Assement masalah teratasi sebagian
 - d. Planning rencana 2,4 dilanjutkan
- 3) Diagnosa keperawatan ke tiga
 - a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya digerakkan
 - b. Obyektif
 - (1) Adanya luka operasi
 - (2) Keperluan dibantu keluarganya
 - c. Masalah teratasi sebagian
 - d. Planing rencana 2,3,4 dilanjutkan
- 4) Diagnosa keperawatan ke empat
 - a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri berkurang
 - b. Obyektif
 - (1) Terdapat luka operasi
 - (2) Tidak terdapat tanda-tanda infeksi
 - c. Assesment masalah teratasi sebagian
 - d. Planning rencana tindakan 2,3,4 dilanjutkan

3.4.2 Tanggal 26 Juli 2001

1) Diagnosa keperawatan pertama

- a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri berkurang

Klien mampu beradaptasi terhadap nyeri, Klien menggunakan terapi relaksasi.

- b. Obyektif

(1) Klien tidak menyeringai

(2) Klien tidak memegang perutnya

(3) Skala nyeri 1

- c. Assesment = masalah teratasi sebagian

- d. Planning rencana 3,4 dilanjutkan

2) Diagnosa keperawatan ke dua

- a. Subyektif : Klien mengatakan dapat melakukan perawatan payudara dan meneteki

- b. Obyektif

(1) ASI keluar sedikit

(2) Bayi dicoba untuk diteteki

- c. Assesment masalah teratasi sebagian

- d. Planning rencana 3,4 dilanjutkan

3) Diagnosa keperawatan ke tiga

- a. Subyektif :Klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang

- b. Obyektif

(1) Adanya luka operasi

- (2) Klien dapat memenuhi kebutuhannya, makan, minum, berjalan sendiri dengan pelan-pelan
 - c. Assesment masalah teratasi sebagian
 - d. Planning rencana 3,4 dilanjutkan
- 4) Diagnosa keperawatan ke empat
- a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri berkurang
 - b. Obyektif
 - (1) Terdapat luka operasi
 - (2) Tidak terdapat tanda infeksi
 - c. Assesment masalah teratasi
 - d. Planning rencana tindakan dihentikan

3.4.3 Tanggal 27 Juli 2001

- 1) Diagnosa keperawatan ke tiga
- a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri berkurang bila tubuhnya bergerak
 - b. Obyektif
 - (1) Klien dapat berjalan dan memenuhi kebutuhannya tanpa bantuan
 - (2) Adanya luka operasi
 - c. Assesment masalah teratasi
 - d. Planning rencana tindakan dihentikan

Adapun evaluasi akhir pada kasus post operasi sectio caesarea adalah:

- 1) Diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan insisi pembedahan, masalah teratasi sebagian tanggal 26 Juli 2001. Klien merasa nyeri berkurang, sering menyeringai, tidak memegang perutnya, adanya luka operasi, skala nyeri 1.
- 2) Diagnosa keperawatan ketidak efektifan pengeluaran ASI yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang perawatan payudara, masalah teratasi sebagian tanggal 26 Juli 2001, klien senang melakukan perawatan payudara dan mencoba menetek, ASI keluar sedikit.
- 3) Diagnosa keperawatan keterbatasan aktivitas yang berhubungan dengan nyeri pada insisi pembedahan, masalah teratasi tanggal 27 Juli 2001, klien merasa nyeri berkurang bila tubuhnya bergerak, adanya luka operasi, klien dapat berjalan dan dapat memenuhi kebutuhannya.

Diagnosa keperawatan resiko infeksi yang berhubungan dengan adanya luka operasi, masalah teratasi tanggal 26 Juli 2001, klien merasa nyerinya berkurang/hilang, terdapat luka operasi, tidak terdapat tanda infeksi.