

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

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

#### **3.1Pengkajian Keperawatan**

Dilakukan tanggal 27 Mei 2014, pukul 08.00 wib

##### **3.1.1Pengumpulan data**

###### a) Identitas pasien

Nyonya M, berumur 23 tahun, suku Madura, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, pekerjaan swasta, Agama Islam, status menikah. Tuan F sebagai suami, berumur 36 tahun, suku Madura, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, pekerjaan swasta, Agama Islam, menikah, alamat Sawah Pulo 57 Surabaya. Ny.M MRS tanggal 26 Mei 2014 pukul 08.00, nomer rekam medik 03-42-XX.

###### b) Keluhan Utama

Klien mengatakan merasa nyeri abdomen pada luka bekas operasi.

###### c) Data riwayat kesehatan

###### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan hamil pertama kali usia kehamilan 39 minggu merasakan nyeri perut dan keluar sedikit darah dan lendir secara tiba-tiba

di pagi hari pukul 05.00 wib, saat itu juga pada pukul 08.00 wib pada tanggal 26 Mei 2014 dibawa oleh suaminya ke rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya melalui poli dan dokter memutuskan pasien harus melakukan rawat inap untuk pemantauan kemajuan persalinan, pada pukul 12.00wib dilakukan pemeriksaan VT(*vagina touch*) dengan hasil pembukaan 2, dan air ketuban masih utuh DJJ(Denyut Jantung Janin) 146x/menit. Pada pukul 17.00 wib dilakukan pemeriksaan VT(*vagina touch*) dengan hasil pembukaan 2, dan air ketuban masih utuh, DJJ 160x/menit, pasien merasa lelah akibat dari his yang muncul dan pembukaan persalinan tidak maju. Kemudian pasien dan keluarga memutuskan untuk melakukan operasi seksio sesaria atas permintaan sendiri. Pasien sebelum masuk ke ruang operasi berada diruang bersalin untuk menyiapkan yang akan dilakukan di ruang operasi, setelah itu pasien dikirim untuk dilakukan operasi Seksio Sesarea, pukul 18.00 wib pasien di kirim ke ruang nifas pukul 20.00 untuk mendapatkan perawatan di ruangan Mina dengan nomer rekam medis 03-42-XX, 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.

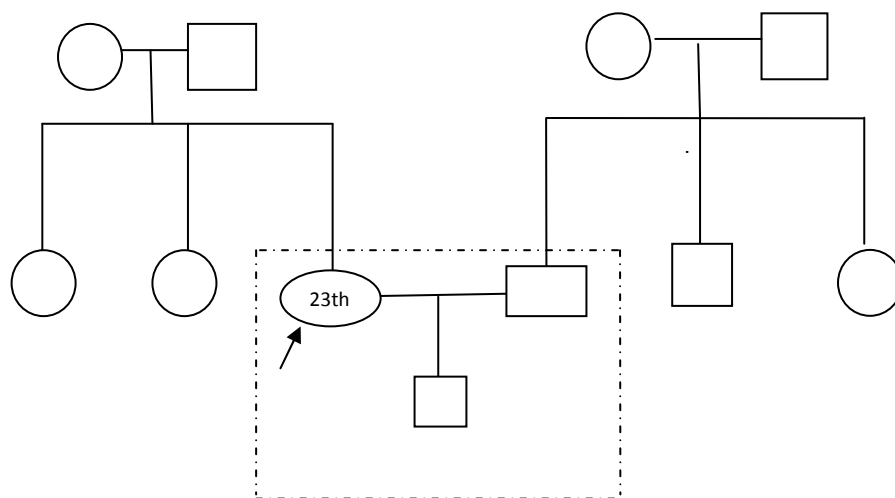
### 4) Riwayat Psikososial

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 26 Mei 2014, tempat persalinaan rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, lama persalinaan 30 menit diruang operasi, jenis persalinaan Seksio Sesarea Cito.

### 6) Genogram



Keterangan :

○ : perempuan

—— : garis keturunan

□ : laki-laki

----- : tinggal satu rumah

○<sup>23th</sup> : pasien

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

### 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 dan mendapat cairan Infus RL : D5 = 2 : 3 kolf diberikan 35 tetes/menit.

c) Pola aktifitas

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan sebagai karyawan swasta dan setiap hari melakukan aktifitas di tempat kerja. Saat dirumah sakit klien dalam memenuhi kebutuhannya dibantu oleh suami dan keluarganya dengan miring kanan kiri, dan saat pasien ingin buang air kecil. Aktifitas pasien lebih banyak di tempat tidur karena bila dibuat bergerak terasa nyeri pada luka bekas operasi.

d) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan BAK  $\pm$  5x/hari dengan konsistensi lancar dan spontan tanpa dibantu oleh alat, warna kuning jernih, bau khas (urine) dan BAB 1x/hari dengan konsistensi lancar, lembek, warna kuning kecoklatan (khas feces), dan bau khas. Saat dirumah sakit klien terpasang kateter dengan urine tampung  $\pm$  800 cc dalam 24 jam 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  $\pm$  7 jam, dengan konsistensi tidur pulas tanpa gangguan dengan memakai bantal guling serta lampu dimatikan. Saat dirumah sakit klien tidur tanpa ada gangguan dengan total tidur  $\pm$  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 klien merasakan adanya rasa nyeri pada abdomen bekas luka operasi Seksio Sesarea, skala nyeri 5, klien tampak meringis menahan nyeri, dan klien selalu memegang perutnya saat bergerak, secara pengetahuan klien kurang mengetahui tentang keadaan lukanya dan akan sembuh selama berapa hari, serta klien selalu menanyakan pantangan makanan setelah operasi.

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 seksualitas karena masih dalam masa nifas.

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.

d) Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

a) Keadaan penyakit : sedang.

b) Kesadaran: somnolen, GCS 4/5, 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 ketika tubuh klien digunakan untuk bergerak.

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 limpa.

4) Dada : bentuk simetris, puting payudara menegang dan sedikit menonjol (*short nipple*), 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 2 cm di bawah pusar, terdapat linea nigra, klien sering memegang perutnya.

6) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium, tanggal 26 Mei 2014 :

Nama tes	Hasil	Angka Normal
<b>HEMATOLOGI</b>		
<b>DL (duplo)</b>		
HB	12,4 g/dl	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 menit30 detik	9 – 15 detik

### **GULA DARAH**

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

Nama tes Hasil

WBC	9,3 x 10 <sup>3</sup> /uL
Lymph#	2,8 x 10 <sup>3</sup> /uL
Mid#	1,0 x 10 <sup>3</sup> /uL
Lymph%	30,0 %
Mid%	10,4 %
Gran%	59,6 %
HGB	8,8 g/dL
RBC	39,5 x 10 <sup>6</sup> /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 x 10<sup>3</sup> /uL

PDW 6,2 %

PCT 0,201 %

### **IMUNOSEROLOGI**

HbsAg (-) (-)

Tanggal 27 Mei 2014

### **HEMATOLOGI**

Hb Post SC 12,2 12,0 – 16,0 g/dl

#### 7) Terapi

Tanggal 27 Mei 2014

Injeksi Antrain 3 × 1 ampul

Injeksi Ceftriaxone 2 × 1 1/2 ampul

Injeksi Induxin 2 ampul / flash 20 tpm sampai dengan 12 jam post SC

Injeksi Gastidin 2×1 ampul

Cairan Infus RL : D5 = 2 : 3 kolf

Tanggal 28 Mei 2014

Cefadroxil 4×1 (500mg) peroral

Ponsamic 3×1 (500mg) peroral

Moloco 2×1 mg peroral

Cairan Infus RL : D5 = 2 : 3 kolf

Tanggal 29 Mei 2014

Cefadroxil 4×1 (500mg) peroral

Ponsamic 3×1 (500mg) peroral

Moloco 2×1 mg peroral

### 3.1.2 Analisa data

27 Mei 2014, pukul 08.00 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, dan pada area perut terdapat luka operasi ± 12 cm, skala nyeri 5. Pernafasan (respirasi rate) 20X/menit, irama regular. Suhu 37° C. Nadi 88X/menit, kualitas kuat, irama regular. Tekanan darah 110/70 mmHg.

##### c) Masalah : 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 ± 12 cm, terpasang infus RL 35 tetes / menit, segala keperluan klien masih dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

##### c) Masalah : Gangguan mobilitas fisik.

##### d) Kemungkinan penyebab : Nyeri.

### 3) Kelompok data ketiga

#### a) Data Subjektif

Klien mengatakan bahwa ini adalah pengalaman pertamanya sebagai seorang ibu dan pasien masih bingung dengan kondisi lukanya, berapa lama luka operasinya sembuh, dan makanan apa saja pantangan makanan setelah operasi.

#### b) Data Objektif.

Pasien selalu menanyakan kepada tenaga kesehatan dan mahasiswa yang ada tentang kondisinya saat ini, seperti bagaimana cara perawatan luka operasinya saat di rumah serta jenis pantangan makanan yang harus dihindari.

#### c) Masalah : Kurangnya Pengetahuan

#### d) Kemungkinan Penyebab : Misinterpretasi informasi.

### **3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. 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. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya dibuat bergerak, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas.
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan misinterpretasi informasi ditandai dengan Klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa,

pendidikan klien SMA, klien bekerja, klien sudah menikah selama 2th, ini adalah kehamilan dan pengalaman pertamanya dengan melahirkan secara seksio sesaria.

### **3.3 Perencanaan Keperawatan**

#### 1. Diagnosa keperawatan pertama

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 : Skala nyeri 1, klien tampak tenang dan rileks, tidak ada posisi tubuh yang melindungi area luka, tidak mengekspresikan nyeri secara verbal dan wajah tidak menyeringai.

#### 3.) Rencana Tindakan

- a) Lakukan observasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan karakteristik ketidaknyamanan (nyeri) perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti meringis kesakitan.

Rasional : Memahami pasien mungkin tidak secara verbal dengan melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung. Membedakan karakteristik khusus dari nyeri dengan membantu membedakan nyeri paska operasi dari terjadinya komplikasi.

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

Rasional :Meningkatkan pemecahan masalah dan membantu mengurangi rasa nyeri berkenaan dengan rasa cemas.

c) Evaluasi tekanan darah dan nadi, perhatikan perubahan perilaku.

Rasional : Mengindari dari banyak pasien yang nyeri menyebabkan gelisah, serta tekanan darah dan nadi meningkat.

d) Perhatikan nyeri tekan uterus dan adanya karakteristik nyeri.

Rasional : 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) Ubah posisi pasien, gunakan teknik pernafasan relaksasi dan distraksi dengan cara mendengarkan musik atau televisi.

Rasional : Merileksasikan otot dan mengalihkan perhatian dari sensasi nyeri. Meningkatkan kenyamanan dan menurunkan distraksi.

f) Lakukan nafas dalam menggunakan prosedur-prosedur pembebasan dengan tepat 30 menit setelah pemberian analgesic yaitu antrain 3x1(Intra Vena), ponsamic 3x1 peroral.

Rasional : Membebaskan penurunan regangan dan tegangan area insisi dan mengurangi rasa nyeri dan ketidaknyamanan berkenaan dengan gerakan otot abdomen.

g) Kolaborasikan pemberian terapi analgetik dan antibiotik sesuai dengan anjuran dokter.

Rasional : Membantu menghilangkan rasa nyeri (ketidak nyamanan) serta mengurangi resiko infeksi yang dapat memicu rasa nyeri yang lebih.

## 2. Diagnosa keperawatan kedua

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri 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.

Rasional : Mengetahui perubahan yang terjadi pada aktivitas.

b) Catat tipe anastesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar.

Rasional : Mempengaruhi obat anastesi yang dapat mengetahui terhadap aktivitas klien.

c) Anjurkan klien untuk istirahat.

Rasional : Mempercepat pemulihan tenaga untuk beraktivitas klien dapat rileks.

d) Latih klien dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari secara mandiri sesuai kemampuan.

Rasional : Memberikan kesempatan pada klien untuk melakukan upaya yang maksimal.

- e) Bantu klien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan ADL (*Activity Daily Live*)

Rasional : Memberikan rasa tenang dan aman pada klien karena kebutuhan klien terpenuhi.

- f) Ajarkan bagaimana merubah posisi dan beri bantuan jika diperlukan.

Rasional : Mencegah terjadinya komplikasi kulit misalnya seperti dekubitus.

- g) Tingkatkan aktivitas secara bertahap.

Rasional : Meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional.

### 3. Diagnosa Keperawatan Ketiga

Kurang pengetahuan berhubungan dengan misintrepetasi informasi ditandai dengan Klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan klien SMA, klien bekerja, klien sudah menikah selama 2th, ini adalah kehamilan dan pengalaman pertamanya dengan melahirkan secara seksio sesaria.

- 1.) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24jam.

- 2.) Kriteria hasil :

- a) Klien mampu mendiskripsikan tentang faktor resiko yang terjadi, efek penyakit, perjalanan penyakit, serta komplikasi yang muncul.



- b) Klien mampu untuk mendiskripsikan tindakan pencegahan untuk komplikasi.
- c) Klien memahami regimen terapeutik dan perawatan yang akan diberikan.

3.) Rencana tindakan :

- a) Sediakan informasi tentang kondisi klien.

Rasional : Keadaan, usia, serta komplikasi yang muncul dapat menentukan tindakan pengobatan yang tepat.

- b) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan proses pengontrolan penyakit.

Rasional :Meningkatkan pemahaman/kontrol klien pada kemungkinan komplikasi pasca operasi dan meningkatkan pengembalian fungsi tubuh secara normal.

- c) Berikan informasi yang akurat tentang cara perawatan luka dalam membantu proses penyembuhan.

Rasional :Mencegah kebingungan dan keraguan klien akan pemberian terapi yang diberikan/diperlukan untuk proses penyembuhan.

- d) Dukung klien untuk mengeksplorasi pengetahuannya atau mendapatkan opini yang lain.

Rasional : Memberikan pengetahuan dasar untuk klien dan klien mampu mempertimbangkan setiap keputusannya serta memilih gaya hidup.

- e) Lakukan evaluasi sebelum pulang ke rumah sesuai indikasi.

Rasional : Membantu dalam transisi ke lingkungan rumah dengan memberikan informasi tentang kebutuhan perubahan pada situasi fisik, penyediaan bahan yang diperlukan.

### **3.4 Pelaksanaan Keperawatan**

#### **3.4.1 Diagnosa keperawatan Pertama**

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.

#### **Dilakukan pada tanggal 27 Mei 2014 pukul 08.00 WIB**

1. Melakukan pengkajian pada klien, serta membuang urine tampung pada selang catheter klien  $\pm$  800 cc / 24 jam.

Respon : klien sangat kooperatif terhadap tenaga kesehatan.

2. Mengobservasi keadaan klien saat ini dan memperhatikan komunikasi verbal maupun nonverbal yang dilakukan oleh pasien.

Respon : klien mengatakan nyeri pada bagian perut di luka operasinya, nyeri muncul saat digunakan untuk bersendawa, batuk, dan bergerak, ekspresi wajah pasien meringis menahan sakit, serta klien selalu memegang perutnya, skala nyeri 5.

3. Menjelaskan pada pasien tentang manajemen nyeri

Respon : klien mengerti dan memahami akan pemberian informasi.

4. Mengajarkan tehnik distraksi pada klien dengan cara menonton tv melalui ponsel, mengaji, atau mendengarkan musik.

Respon : klien mampu mengikuti instruksi yang diberikan.

5. Mengajarkan tehnik relaksasi saat rasa nyeri itu muncul, dengan latihan nafas dalam selama 30 menit dan dilakukan secara berulang-ulang sampai nyeri berkurang.

Respon : klien mampu mengikuti instruksi yang diberikan.

6. Menciptakan lingkungan yang nyaman untuk klien dengan mengubah posisi dan menggosok punggung pasien untuk mengurangi rasa nyeri yang muncul.

Respon : klien mampu mengikuti instruksi yang diberikan.

7. Mengobservasi nyeri tekan pada uterus

Respon : kontraksi uterus keras dan teraba 2 jari di bawah pusar, adanya karakteristik nyeri. Klien terlihat sedikit meringis ketika uterus di raba kontraksi uterus baik dan keras, klien kooperatif dengan tenaga kesehatan yang ada.

### **Pukul 11.00 WIB**

1. Mengganti cairan infuse RL 35 tetes permenit.

Respon : tetesan lancar, tidak ada phlebitis.

2. Melakukan obeservasi vital sign

Respon : TD 110/70 mmHg, Nadi 88x/menit, Suhu 37°C, RR 20x/menit.

### **Pukul 12.00 WIB**

1. Memberikan terapi obat untuk klien melalui selang infuse (IV)

Ceftriaxone 1500mg ( 2 x 1<sup>1/2</sup> ), dan Antrain 1000mg ( 3 x 1 ).

Respon : Tidak ada tanda-tanda alergi dan pasien kooperatif.

2. Menganjurkan pada klien untuk menghabiskan makanan sesuai diit dari rumah sakit dan memperbanyak asupan minum air minimal 2500 cc /hari.

Respon : klien menghabiskan 1 porsi makanannya.

**Tanggal 28 Mei 2014 pukul 07.30 WIB**

1. Menanyakan keadaan klien saat ini.

Respon : klien mengatakan rasa nyeri sudah mulai berkurang, skala nyeri 3, klien masih memegang perutnya ketika bergerak.

2. Menanyakan kembali kepada klien tentang manajemen nyeri yang sudah diajarkan.

Respon : klien dapat menjelaskan dengan baik serta dapat mempraktekkan manajemen nyeri dengan benar.

3. Memperhatikan nyeri tekan pada uterus

Respon : kontraksi uterus keras dan teraba 2 jari di bawah pusar, adanya karakteristik nyeri. Klien terlihat sedikit meringis ketika uterus di raba kontraksi uterus baik dan keras, klien kooperatif dengan tenaga kesehatan yang ada.

4. Membuang urine tampung pada selang carteter klien  $\pm$  900 cc / 24 jam.

Respon : Klien kooperatif dengan tenaga kesehatan.

**Pukul 10.00 WIB**

1. Mengganti cairan infuse RL 35 tetes permenit

Respon : tetesan lancar dan tidak ada phlebitis.

2. Menganjurkan klien untuk merubah posisi yang nyaman serta menggosok punggung klien untuk mengurangi nyeri.

Respon : klien mampu melakukan instruksi dengan baik.

**Pukul 12.00 WIB**

1. Memberikan terapi obat oral Cefadroxil 4 x 1 (500mg), dan Ponsamic 3 x 1 (500mg).

Respon : Tidak ada tanda-tanda alergi dan pasien kooperatif.

2. Melakukan observasi vital sign

Respon : TD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,8°C, RR 20x/menit.

3. Menganjurkan pada klien untuk menghabiskan makanan sesuai diit dari rumah sakit dan memperbanyak asupan minum air minimal 2500 cc /hari.

Respon : klien menghabiskan 1 porsi makanannya.

**Pukul 14.00 WIB**

1. Melepas selang infus dan catheter sesuai instruksi dokter.

Respon : Klien kooperatif.

2. Mengobservasi apakah klien bisa kencing secara spontan

Respon : Klien dapat kencing secara spontan dikamar mandi dengan dibantu oleh suaminya.

**Tanggal 29 Mei 2014 pukul 08.00 WIB**

1. Menanyakan kondisi klien saat ini.

Respon : Klien mengatakan nyeri sudah teratasi, sudah tidak merasakan nyeri yang hebat, skala nyeri 1, ekspresi wajah klien tampak rileks, saat klien bergerak sudah tidak memegang perutnya lagi.

2. Menganjurkan klien untuk selalu mempraktekkan tehnik distraksi dan relaksasi ketika nyeri muncul.

Respon : Klien dapat memahami dan mempraktekkan dengan baik.

3. Memperhatikan nyeri tekan pada uterus

Respon : Kontraksi uterus keras dan teraba 2 jari di bawah pusar, adanya karakteristik nyeri. Klien terlihat sedikit meringis ketika uterus di raba kontraksi uterus baik dan keras, klien kooperatif dengan tenaga kesehatan yang ada.

4. Melakukan perawatan luka pada abdomen.

Respon : Kondisi luka bagus, kering dan tidak ada puss.

**Pukul 12.00 WIB**

1. Melakukan observasi vital sign

Respon : TD 120/80 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu 37°C, RR 20x/menit.

2. Memberikan terapi obat oral Cefadroxil 4 x 1 (500mg), dan Ponsamic 3 x 1 (500mg).

Respon : Tidak ada tanda-tanda alergi dan klien kooperatif.

3. Menganjurkan pada klien untuk menghabiskan makanan sesuai diit dari rumah sakit dan memperbanyak asupan minum air minimal 2500 cc /hari.

Respon : Klien menghabiskan 1 porsi makanannya.

**3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua**

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya dibuat bergerak, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas.

**Dilakukan pada tanggal 27 Mei 2014 pukul 10.00 WIB**

1. Mengobservasi tingkat aktivitas klien setelah operasi.

Respon : klien mengatakan aktifitasnya dibantu oleh suami dan keluarganya.

2. Menjelaskan pada klien tentang type anastesi yang digunakan saat operasi.

Respon : klien mengetahui setelah diberikan penjelasan, dan pasien juga masih merasakan lemas pada bagian pinggang dan kaki saat digerakkan.

3. Menyarankan klien untuk istirahat total selama 12 jam setelah operasi, menunggu reaksi anastesi hilang.

Respon : klien memahami penjelasan yang sudah diberikan.

### **Pukul 13.00 WIB**

1. Membantu klien dalam mengubah posisi tidurnya agar lebih nyaman.

Respon : Klien kooperatif dan dapat melaksanakannya dengan bantuan tenaga kesehatan.

2. Menganjurkan klien untuk mobilitas fisik dan melatih klien dengan rentang gerak yang ringan, seperti duduk ditempat tidur, menggerakkan kedua kaki dan tangan, memakai pakaian sendiri.

Respon :Klien dapat mengikuti instruksi dengan baik meskipun pergerakannya belum maksimal karena masih terasa nyeri.

3. Motivasi klien agar mampu dan semangat untuk beraktifitas seperti semula.

Respon : Klien antusias dan klien mengatakan akan melatih aktifitas fisiknya secara mandiri dengan perlahan-lahan.

### **Tanggal 28 Mei 2014 pukul 09.00 WIB**

1. Melakukan observasi rentang gerak dan kemajuan aktifitas yang dilakukan oleh klien.

Respon : Klien sudah mulai melatih pergerakan kakinya dengan dibantu oleh keluarga dan suami.

2. Membantu klien menggerakkan anggota tubuhnya dengan perlahan, menganjurkan klien untuk melakukan latihan gerak setiap hari.

Respon : Klien sangat senang, dan klien kooperatif.

### **Pukul 11.00 WIB**

1. Melatih klien duduk ditempat tidur

Respon : Klien dapat melakukan secara mandiri dengan perlahan-lahan dan tanpa dibantu oleh suami serta keluarganya.



2. Memotivasi klien dan keluarga untuk melatih berjalan setiap pagi didepan kamar rawat inap.

Respon : Klien berjanji untuk belajar berjalan, dan keluarga sangat kooperatif.

#### **Tanggal 29 Mei 2014 pukul 09.00 WIB**

1. Melakukan observasi rentang gerak dan kemajuan aktifitas yang dilakukan oleh klien.

Respon : Klien sudah dapat berjalan dengan dibantu oleh suaminya sejak kemarin malam, sekarang klien berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan suami dan keluarganya.

2. Membantu klien menggerakkan anggota tubuhnya dengan perlahan, menganjurkan klien untuk melakukan latihan gerak setiap hari.

Respon : Pergerakan klien sudah semakin meningkat setiap harinya, klien sudah bisa memakai pakaian secara mandiri.

3. Mengevaluasi kemandirian mobilitas klien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari.

Respon : Klien mampu melakukan hal-hal ringan seperti duduk ditempat tidur secara mandiri, memakai baju sendiri, dan berjalan ringan dengan jarak yang dekat tanpa bantuan.

#### **3.4.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga**

Kurang pengetahuan berhubungan dengan misintrepetasi informasi ditandai dengan Klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan klien SMA, klien bekerja, klien sudah menikah selama 2th, ini adalah kehamilan dan pengalaman pertamanya dengan melahirkan secara seksio sesaria.

#### **Dilakukan pada tanggal 28 Mei 2014 pukul 08.00 WIB**

1. Memberikan informasi yang jelas tentang kondisi klien saat ini dengan post SC.

Respon : Klien dapat memahami penjelasan informasi dengan baik.

2. Menjelaskan pada klien tentang pentingnya pemenuhan asupan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

Respon : Klien memahami dengan baik dan porsi makan dari rumah sakit dihabiskan 1 porsi.

### **Pukul 12.00 WIB**

1. Menganjurkan klien dan keluarga untuk berhati-hati akan perawatan luka, dan memeriksakan lukanya kepada tenaga kesehatan yang ada.

Respon : Klien dan keluarga memahami tentang penatalaksanaan yang benar guna menghindari resiko infeksi yang muncul.

2. Menganjurkan klien untuk patuh dalam menjalankan regimen terapeutik yang sudah dijadwalkan.

Respon : Klien mengatakan akan menaati petunjuk yang diberikan.

3. Memberikan kesempatan bertanya pada klien dan keluarga setelah pemberian informasi.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif.

### **Tanggal 29 Mei 2014 pukul 10.00 WIB**

1. Mengevaluasi kembali tentang pemahaman klien akan kondisinya saat ini.

Respon : Klien mengatakan sudah paham akan kondisi yang dialaminya saat ini.

2. Menjelaskan kembali pada klien tentang pentingnya pemenuhan asupan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

Respon : Klien memahami dengan baik dan porsi makan dari rumah sakit dihabiskan 1 porsi.

3. Menganjurkan kembali pada klien dan keluarga untuk berhati-hati akan perawatan luka, dan memeriksakan lukanya kepada tenaga kesehatan yang ada.

Respon : Klien dan keluarga memahami tentang penatalaksanaan yang benar guna menghindari resiko infeksi yang muncul.

4. Menganjurkan kembali pada klien untuk patuh dalam menjalankan regimen terapeutik yang sudah dijadwalkan.

Respon : Klien mengatakan akan menaati petunjuk yang diberikan.

5. Memberikan kesempatan bertanya pada pasien dan keluarga setelah pemberian informasi.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif.

### **3.5 Evaluasi Keperawatan**

#### **3.5.1 Catatan Perkembangan**

1. 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.

#### **Tanggal 27 Mei 2014**

S : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi.

O : Wajah menyeringai dan meringis kesakitan, klien tampak memegang perutnya, pada perut terdapat luka operasi, skala nyeri 5. TD 110/70 mmHg, Nadi 88x/menit, Suhu 37°C, RR 20x/menit.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan a,c,d,e,f dilanjutkan.

#### **Tanggal 28 Mei 2014**

S : Klien mengatakan nyeri berkurang, mampu beradaptasi terhadap nyeri dan menggunakan terapi relaksasi.

O : Wajah tampak rileks, klien tidak memegang perutnya, skala nyeri 3. TD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,8°C, RR 20x/menit.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan a dan c dilanjutkan.

**Tanggal 29 Mei 2014**

S : Klien mengatakan bebas dari rasa nyeri, luka jahitan kering tidak ada puss.

O : Wajah tampak rileks, klien tidak memegang perutnya saat berjalan, skala nyeri 1. TD 120/80 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu 37°C, RR 20x/menit.

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dipertahankan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya dibuat bergerak, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas.

**Tanggal 27 Mei 2014**

S : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya digerakan, serta kedua kakinya masih terasa lemas.

O : Adanya luka operasi, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas. TD 110/70 mmHg, Nadi 88x/menit, Suhu 37°C, RR 20x/menit.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan a,d,e,f dan g dilanjutkan.

**Tanggal 28 Mei 2014**

S : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang.

O : Adanya luka operasi, klien sudah dapat duduk diatas tempat tidur secara mandiri, melatih pergerakan kaki dibantu oleh suami, dan keluarga. TD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,8°C, RR 20x/menit.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan a dan g dilanjutkan.

**Tanggal 29 Mei 2014**

S : Klien mengatakan nyeri berkurang bila tubuhnya bergerak.

O : Klien dapat berjalan dan memenuhi kebutuhannya tanpa bantuan orang. TD 120/80 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu 37°C, RR 20x/menit.

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dipertahankan.

3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan misintrepetasi informasi ditandai dengan Klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan klien SMA, klien bekerja, klien sudah menikah selama 2th, ini adalah kehamilan dan pengalaman pertamanya dengan melahirkan secara seksio sesaria.

**Tanggal 28 Mei 2014**

S : Klien belum memahami tentang prognosis penyakitnya sesuai dengan kondisi saat ini.

O : Klien sering bertanya pada petugas kesehatan. TD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,8°C, RR 20x/menit.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan b,c,d,e dilanjutkan.

**Tanggal 29 Mei 2014**

S : Klien mulai paham tentang kondisi penyakitnya saat ini.

O : Klien mampu memahami penjelasan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan klien mampu menjawab pertanyaan evaluasi yang diberikan. TD 120/80 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu 37°C, RR 20x/menit.

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dipertahankan.