

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk memahami asuhan keperawatan pada klien post operasi Sectio Caesarea dengan indikasi letak sungsang, maka penulis melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi selama 3 hari mulai tanggal 25-27 Juni 2015.

#### **3.1 Pengkajian**

Pengkajian data diambil pada tanggal 25 juni 2015, pukul 15.00 wib diruang mina Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

###### **1. Identitas pasien**

Ny. S berumur 20 tahun, suku Madura, bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMP, alamat sidotopo no.17 surabaya, pekerjaan swasta, Agama Islam, status menikah. Identitas suami Tn. A sebagai suami, berumur 26 tahun, suku Madura, bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan swasta, Agama Islam, status menikah, alamat sidotopo no.17 surabaya.

###### **2. Keluhan Utama**

Nyeri luka operasi

###### **3. Riwayat Kesehatan**

###### **1) Riwayat kesehatan sekarang**

Klien datang ke UGD Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya tanggal 24 juni 2015 pukul 09.00 WIB G1P0000 usia kehamilan 37 minggu dengan mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, nyeri yang dirasakan kadang

datang dan kadang hilang, skala nyeri 4 (0-10), keluar air ketuban pada jam 07.10 pagi dan perut terasa kencang-kencang. Dokter memutuskan klien untuk operasi sesar karena mengalami kelainan letak sungsang, pada pukul 14.30 WIB klien sebelum masuk keruang operasi berada diruang bersalin untuk menyiapkan yang akan dilakukan diruang operasi. Setelah itu klien dikirim ke ruang OK untuk dilakukan sectio caesarea pukul 15.00-16.00 WIB. Kemudian klien dipindahkan keruangan nifas pukul 16.00 WIB untuk mendapatkan perawatan diruangan Mina dengan nomer rekam medis 05-68-87. Post operasi hari pertama klien mengeluh badannya lemas, nyeri pada luka operasi, wajah tampak menyeringai kesakitan, dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum, nyeri sering timbul.

2) Riwayat Kesehatan/ Penyakit Dahulu

Klien mengatakan sebelum menikah sering mengalami dismenore jika datang bulan. Dan selama hamil klien memeriksakan kandungannya ke rumah bidan, klien mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama dan tidak pernah mengalami keguguran.

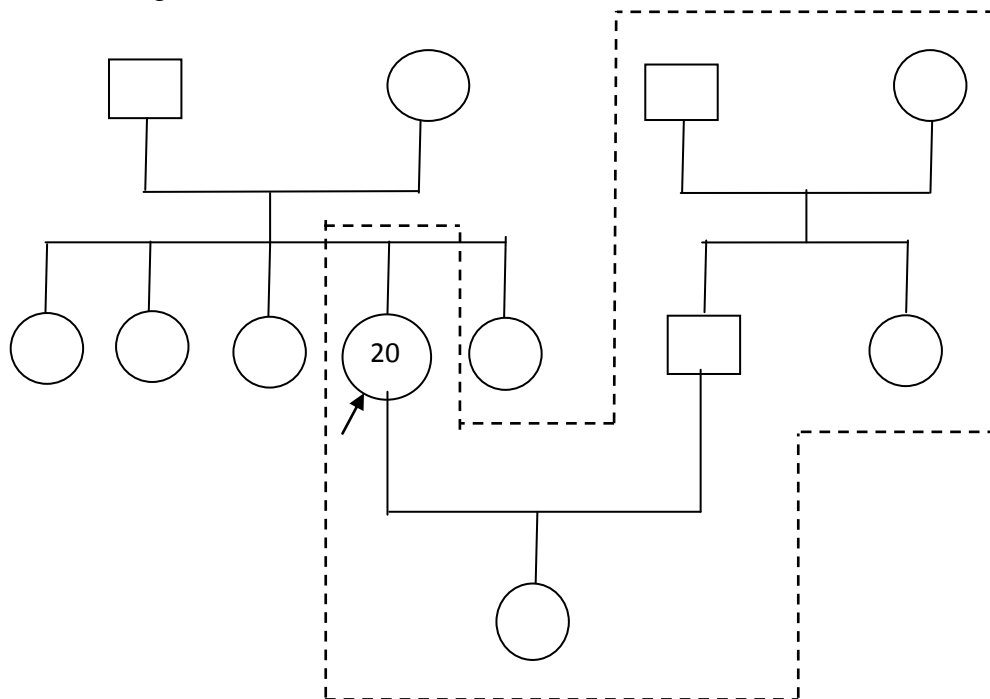
3) Riwayat Kesehatan/ Penyakit Keluarga

Klien mengatakan tidak ada yang menderita penyakit diabetes, hipertensi dll. Dan tidak ada riwayat dengan kelainan letak sungsang, rata-rata keluarga klien melahirkan secara normal.

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) Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :



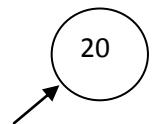
Laki-laki



Perempuan



Tinggal satu rumah



Pasien

## 6) Riwayat Kebidanan :

## (1) Riwayat Haid

Menarche umur 13 tahun, siklus 28 hari lamanya 6 hari, nyeri pada saat datang haid (disminorhea), kadang-kadang flouralbus tetapi sedikit, tidak berbau dan tidak gatal.

## (2) Riwayat Perkawinan

Klien menikah umur 18 tahun, lama menikah  $\pm$  15 bulan sampai sekarang.

(3) Riwayat Kehamilan

G1P000 UK 37 minggu dengan letak sungsang

HPHT tanggal 10-10-2014

HPL adalah 16-07-2015

(4) Riwayat Persalinan Sekarang

Persalinan dilakukan pada tanggal 24 juni 2015 jam 15.00 sampai 16.00 di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya partus dengan cara Sectio Caesarea dengan indikasi kelainan letak sungsang ditolong oleh dokter. Bayi lahir perempuan, tidak cacat/kelainan, AS 7-8, dengan berat 2700 gram, panjang 46 cm, ketuban keruh. Pada kala III: plasenta lahir lengkap pukul 15.45 perdarahan 200 cc, kontraksi uterus baik. Lochea berwarna merah jumlah lochea yang keluar  $\pm$  50 cc/softex.

7) Riwayat KB

Klien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi KB suntik 1 bulan setelah menikah.

8) Pola Fungsi Kesehatan

(1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

SMRS : Klien mengatakan selama hamil tidak mengkonsumsi alkohol, tidak merokok, pemeriksaan ANC (*Ante Natal Care*) dilakukan dirumah bidan secara teratur, minum tablet Fe secara teratur.

MRS : Post op hari pertama klien menjaga daerah sekitar luka bekas operasi agar tetap kering, mandi diseka, gosok gigi dan

mengganti baju serta minum obat tepat waktu sesuai dengan yang dianjurkan.

(2) Pola nutrisi dan metabolisme

SMRS : Klien mengatakan makan 3x/hari dengan porsi sedang komposisi nasi, lauk pauk, sayuran dan minum air putih 7-8 gelas/hari, tidak minum jamu-jamuan.

MRS : Klien mengkonsumsi makanan tanpa pantangan, minum air putih  $\pm$  5-6 gelas/hari, habis satu porsi bubur kasar, daging, serta sayur, mendapatkan diit TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein) dari rumah sakit.

(3) Pola aktivitas

SMRS : Klien mengatakan sebagai karyawan swasta dan setiap hari melakukan aktifitas bekerja dan juga melakukan aktivitas ibu rumah tangga.

MRS : Klien dalam memenuhi kebutuhannya dibantu oleh suami dan keluarganya dengan latihan miring kiri kanan, melakukan aktifitasnya ditempat tidur karena bila dibuat bergerak terasa nyeri pada luka bekas operasi.

(4) Pola eliminasi

SMRS : - BAK : Klien mengatakan buang air kecil  $\pm$  6-7x/hari dengan frekuensi sering, warna urine kuning jernih, bau khas (urine), pancaran lancar dan tidak ada keluhan buang air kecil.

- BAB : Klien mengatakan buang air besar 1x/hari dengan konsistensi lancar, lembek, warna kuning kecoklatan (khas feses), tidak ada keluhan saat buang air besar.

MRS : - BAK : Klien terpasang kateter dengan urine tampung  $\pm$  800 cc dengan konsistensi warna kuning jernih.

- BAB : Klien mengatakan belum buang air besar setelah operasi namun klien sudah flatus.

#### (5) Pola tidur dan istirahat

SMRS : Klien mengatakan jarang tidur siang karena bekerja, tidur malam  $\pm$  8 jam dari jam 21.00-05.00, kualitas tidur pulas tanpa gangguan.

MRS : Klien tidur siang  $\pm$  2 jam sering terbangun, klien tidur malam  $\pm$  8 jam dari jam 21.00-05.00, sering terbangun karena merasakan nyeri didaerah bekas luka operasi.

#### (6) Pola sensori dan kognitif

Sensori : Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan, klien mengatakan nyeri didaerah luka post sc.

Kognitif : Klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit atau proses penyembuhannya. Klien sering bertanya kepada perawat tentang kesehatannya, klien terlihat cemas saat ditanya.

(7) Pola persepsi diri

Gambaran diri : Klien mengatakan senang dan bangga dengan kelahiran putri pertamanya dan klien senang menjadi ibu.

Harga diri : Klien mengatakan tidak malu dengan perubahan bentuk tubuhnya sesudah melahirkan.

Ideal diri : Klien berharap ingin cepat sembuh dan segera pulang kerumah.

Peran : Klien mengatakan perannya sebagai istri dan menjadi ibu dari putri pertamanya belum maksimal karena harus dirawat di rumah sakit.

Identitas : Klien berjenis kelamin perempuan, usia 20 tahun, pekerjaan swasta.

(8) Pola hubungan dan peran

SMRS : Klien mengatakan hubungan klien dengan suami baik dan peran sebagai istri, serta hubungan dengan keluarga sebagai anak terhadap orang tuanya.

MRS : Klien kooperatif terhadap perawat dan tenaga medis lainnya berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia.

(9) Pola reproduksi dan seksual

SMRS : Klien mengatakan hubungan seksual dengan suaminya tanpa ada gangguan, seminggu 1x. Sebelum hamil klien menggunakan kontrasepsi KB suntik 1 bulan.

MRS : Klien tidak melakukan hubungan seksual karena kondisi tidak memungkinkan dan karena baru melakukan persalinan.

10) Pola mekanisme koping

Klien mengatakan apabila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekatnya yaitu suami dan orang tuanya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam, selama di rumah sakit klien melakukan ibadahnya dengan cara berdoa dan tidak menjalankan sholat karena klien dalam keadaan nifas dan mengharapkan cepat sembuh serta pulih kembali dengan melakukan kegiatan beribadah seperti biasanya.

9. Pemeriksaan fisik

1) Saat dianamnesis, kesadaran klien komposmentis, suara berbicara jelas, Tanda-tanda vital (Pernafasan Frekuensi : 28x/menit, irama reguler, Suhu tubuh : 37°C, Nadi : 98x/menit, kualitas kuat, irama reguler, Tekanan Darah 110/70 mmHg), GCS 4-5-6, BB: 50 kg, TB: 157 cm, CRT  $\leq$  2 detik.

2) Kepala

Bentuk kepala simetris tidak ada benjolan, rambut bersih, berwarna hitam tidak ada nyeri tekan pada kepala.

3) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan teraba nadi carotis.



## 4) Mata

Simetris, sklera warna putih tampak gambaran halus pembuluh darah, konjungtiva pucat, tidak ada odema pada palpebra, fungsi penglihatan baik.

## 5) Telinga

Bentuk telinga simetris, aurikula terbentuk normal, telinga bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran.

## 6) Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat sekret, lubang hidung bersih terdapat bulu hidung tipis, tidak terdapat polip dan tidak epitaksis, terdapat gerakan cuping hidung.

## 7) Mulut dan faring

Bibir pucat, mukosa bibir lembab, lidah bersih, tidak ada caries, gusi tidak bengkak, tidak ada stomatitis dan tidak ada faringitis.

## 8) Dada

Bentuk dada simetris, bentuk payudara simetris, payudara bersih, payudara terasa tegang dan berat, ASI belum keluar, kolostrum tidak bisa keluar, puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi pada areola, tidak ada pembengkakan pada payudara, tidak terdapat suara tambahan wheezing ataupun ronchi.

## 9) Abdomen

Inspeksi : Ada linea nigra, terdapat bekas jahitan post SC tertutup kasa  $\pm$  12 cm, tidak terlihat rembesan darah pada kasa.

Palpasi : Teraba TFU 2 jari dibawah pusat Post SC hari ke-2, nyeri pada area abdomen akibat bekas luka operasi, kontraksi uterus baik.

Auskultasi : Pada saat auskultasi bising usus masih lemah.

#### 10) Genetalia

Tidak ada luka jahitan diperineum, tidak ada hemoroid, kebersihan alat genetalia baik, terdapat lochea rubra, tidak terlihat darah yang mengering pada area kemaluan.

#### 11) Punggung

Bentuk punggung simetris, tidak didapatkan kifosis ataupun lordosis.

#### 12) Ekstremitas

##### a) Ekstremitas atas

Terpasang infus cairan RL 21 tetes/menit, pada ekstremitas kiri, tidak plebitis.

##### b) Ekstremitas bawah

Tidak ada varises, tidak ada nyeri sendi dan tidak ada benjolan.

#### 13) Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak didapatkan sianosis, akral hangat, turgor kulit baik, CRT  $\leq$  2 detik.

### 10. Pemeriksaan Penunjang

#### 1) Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan tanggal 25 Juni 2015

#### HEMATOLOGI

DL

HB = 8,6 gr/dl ( nilai normal 12,0 – 16,0 g/dl)

Leukosit	= 9.700 juta/mm <sup>3</sup> (nilai normal 4.5–11juta/mm <sup>3</sup> )
Trombosit	= 265.000 ( nilai normal 150.000 – 450.000)
Hematokrit	= 30,4 ( nilai normal 38.0 – 47.0)
Eritrosit	= 4,25 juta/mm <sup>3</sup> ( nilai normal 4,20 – 5,40juta/mm <sup>3</sup> )

#### FAAL HEMOSTASIS

Waktu pembekuan (CT)	= 11 menit ( nilai normal 5–11 menit)
Waktu perdarahan (BT)	= 2 menit ( nilai normal 1 – 5 menit)
Golongan darah ABO	= “ AB ”

#### SEROLOGI / IMUNOLOGI

HBs Ag	= Negatif ( nilai normal “Negatif”)
--------	-------------------------------------

#### GULA DARAH

Gula darah acak	= 84 mg/dl (nilai normal 100–150mg/dl)
-----------------	--

#### 2) Terapi

Tanggal 25 Juni 2015

Injeksi cefazolin	3x1 ampul
Injeksi Teranol	3x1 ampul
Injeksi Gastidin	2x1 ampul
Drip Alinamin F	3x1 ampul
Drip Vitamin C	3x1 ampul
Cairan infus RL & D5	2 ÷ 3 kolf
Clamixin	3x500 mg peroral
Mefinter	3x500 mg peroral
Analsix	3x500 mg peroral

### 3.1.2 Analisa Data

Tanggal 25 Juni 2015

#### 1) Data 1

Data subyektif : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri seperti tertusuk jarum, skala nyeri 6 (1-10) berat, nyeri terasa bila buat bergerak.

Data obyektif :

- a. Ekspresi wajah menyeringai dan meringis kesakitan.
- b. Klien sering memegang area perut.
- c. Terdapat bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut.
- d. Observasi tanda-tanda vital

Tekanan darah 110/70 mmHg

Pernafasan ( respirasi rate) 22x/menit, irama reguler

Suhu tubuh 37° C

Nadi 98x/menit, kualitas kuat, irama reguler.

Masalah : Nyeri akut.

Kemungkinan penyebab : Trauma pembedahan

#### 2) Data 2

Data subyektif : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi bila tubuhnya dibuat bergerak.

Data obyektif :

- a. Adanya luka operasi pada perut  $\pm$  12 cm tertutup dengan kasa.
- b. Terpasang infus RL 21 tetes/menit.
- c. Keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas.

- d. Klien tampak lemas, konjungtiva dan bibir tampak pucat.
- e. Klien tidur terlentang dan belajar miring kiri kanan.

Masalah : Gangguan aktifitas

Kemungkinan penyebab : Adanya insisi pembedahan

### 3) Data 3

Data subyektif : Klien mengatakan pusing dan badannya lemas

Data objektif :

- a. Tekanan darah 110/70 mmHg, RR 22x/menit irama reguler, suhu 37°C, nadi 98x/menit, kualitas kuat, irama reguler.
- b. Pasien terpasang infus RL 21 tetes/menit
- c. Terdapat luka bekas jahitan post SC  $\pm$  12 cm tertutup kasa, post operasi hari ke-1, tidak terlihat rembesan darah pada kasa.

Masalah : Risiko terhadap infeksi

Kemungkinan penyebab : Luka post operasi.

### 4) Data 4

Data subyektif : Klien mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini,  
klien merasa takut terjadi apa-apa dengan dirinya.

Data obyektif :

- a. Klien sering bertanya tentang keadaannya.
- b. G1P000.
- c. Klien baru pertama kali melakukan operasi.
- d. Klien kurang mengerti tentang proses penyembuhan luka operasi.
- e. Klien tampak cemas.

Masalah : Ansietas

Kemungkinan penyebab : Kurangnya pengetahuan.

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut yaitu mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu kesehatan, dengan tetap mendahulukan kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan ditandai dengan, ekspresi wajah menyeringai dan meringis kesakitan, klien sering memegang area perut, terdapat bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut. Skala nyeri nyeri 6, nyeri terasa bila dibuat bergerak, nyeri seperti tertusuk jarum, nadi 98x/menit.
2. Gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan ditandai dengan klien tampak lemas, nyeri bila melakukan aktifitas, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas, klien tidur terlentang dan belayar miring kiri kanan ditempat tidur.
3. Risiko terhadap infeksi berhubungan dengan luka post operasi ditandai dengan adanya bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut, luka tertutup kasa, suhu  $37^{\circ}\text{C}$ , pemeriksaan laboratorium : Hb 8,6 g/dl, leukosit 9.700juta/mm, eritrosit 4,25 juta/mm<sup>3</sup>.
4. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak cemas, klien kurang mengerti tentang proses penyembuhan luka operasi.

### 3.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai dengan prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan pada tanggal 25 Juni 2015.

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan ditandai dengan, ekspresi wajah menyeringai dan meringis kesakitan, klien sering memegang area perut, terdapat bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut. Skala nyeri nyeri 6, nyeri terasa bila dibuat bergerak, nyeri seperti tertusuk jarum, nadi 98x/menit.

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, rasa nyeri berkurang

2) Kriteria hasil :

- a) Mengungkapkan rasa nyeri berkurang
- b) Klien tampak rileks dan tidur
- c) Skala nyeri 1-2

3) Rencana tindakan :

1) Tentukan lokasi dan karakteristik ketidaknyamanan perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti meringis kesakitan.

Rasional : memahami klien mungkin tidak secara verbal dengan melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung. Membedakan karakteristik khusus dari nyeri dengan membantu membedakan nyeri paska operasi dari terjadi komplikasi.

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

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

- 3) Evaluasi tekanan darah dan nadi, perhatikan perubahan perilaku.

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

- 4) Perhatikan nyeri tekanan uterus dan adanya karakteristik nyeri.

Rasional : Melihat kondisi klien 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.

- 5) Ubah posisi klien, berikan gosokan punggung serta gunakan teknik pernafasan relaksasi dan distraksi.

Rasional : Merilekskan otot dan mengalihkan perhatian dari sensasi nyeri, meningkatkan kenyamanan.

- 6) Kolaborasi pemberian analgesik yaitu clamixin 500 mg peroral, mefinter 500 mg peroral.

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

2. Gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan ditandai dengan klien tampak lemas, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas, klien tidur terlentang dan belajar miring kiri kanan ditempat tidur.



- 1) Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien dapat beraktifitas tanpa bantuan.
- 2) Kriteria hasil :
  - a) Klien dapat bergerak bebas tanpa rasa nyeri.
  - b) Klien melakukan aktifitas tanpa dibantu orang lain.
- 3) Rencana tindakan :
  - 1) Kaji respon klien terhadap aktifitas.  
Rasional : Mengetahui perubahan yang terjadi pada aktifitas.
  - 2) Kaji kemampuan ADL klien  
Rasional : Mempengaruhi pilihan intervensi/bantuan
  - 3) Catat tipe anestesi yang diberikan pada saat intra partus waktu klien sadar.  
Rasional : Mempengaruhi obat anestesi yang dapat mengetahui terhadap aktifitas klien.
  - 4) Anjurkan klien untuk istirahat.  
Rasional : Mempercepat pemulihan tenaga untuk beraktifitas klien dapat rileks.
  - 5) Bantu klien dalam pemenuhan aktifitas sesuai kebutuhan.  
Rasional : Memberikan rasa tenang dan aman pada klien karena kebutuhan klien terpenuhi.
  - 6) Tingkatkan aktifitas secara bertahap.  
Rasional : Meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional.

3. Risiko terhadap infeksi berhubungan dengan luka post operasi ditandai dengan adanya bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut, luka tertutup kasa, suhu  $37^{\circ}\text{C}$ , pemeriksaan laboratorium : Hb 8,6 g/dl, leukosit 9.700juta/mm, eritrosit 4,25 juta/mm<sup>3</sup>.
  - 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam Infeksi tidak terjadi.
  - 2) Kriteria hasil :
    - a) Suhu tubuh klien normal :  $36^{\circ}\text{5}-37^{\circ}\text{5}^{\circ}\text{C}$
    - b) Tidak terlihat tanda-tanda infeksi seperti :

Terjadinya kenaikan leukosit ataupun terjadi penurunan Hb (normalnya Hb dan leukosit : Hb 12-14 gr/dl, Leukosit 4,5-11 gr/dl).
  - 3) Rencana tindakan :
    - 1) Lakukan tindakan terapeutik kepada klien dan keluarga.

Rasional : Pendekatan yang baik akan memudahkan tindakan yang akan dilakukan.
    - 2) Pantau suhu tubuh klien.

Rasional : Adanya proses inflamasi membutuhkan evaluasi/pengobatan.
    - 3) Observasi keadaan luka post operasi SC klien.

Rasional : Untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi.
    - 4) Pantau hasil laboratorium klien.

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum dan perkembangan klien.
    - 5) Berikan Health Education tentang perawatan dan proses penyembuhan luka post SC.

Rasional : Mencegah adanya infeksi dan memberikan pengetahuan baru lagi bagi klien.

- 6) Melakukan perawatan luka operasi secara steril.

Rasional : Mencegah terjadinya infeksi

4. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien kurang mengerti proses penyembuhan luka operasi, klien tampak cemas.

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam klien tidak cemas.

- 2) Kriteria hasil : Klien mengungkapkan perasaan tenang, komunikatif dan kooperatif.

- 3) Rencana tindakan :

- 1) Kaji tingkat dan penyebab kecemasan klien.

Rasional : Dapat mengetahui secara pasti tingkatan kecemasan klien.

- 2) Berikan informasi tentang kondisi klien dan serta memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.

Rasional : Memberikan informasi tentang kondisi klien sehingga dapat mengurangi rasa cemasnya.

- 3) Memberikan Health Education tentang perawatan dan penyembuhan luka operasi

Rasional : Menambah pengetahuan klien dan keluarga serta mengurangi kecemasan.

4) Motivasi klien untuk selalu optimis dan berdoa demi kesembuhannya.

Rasional : Dengan sikap optimis dapat membantu mempercepat kesembuhan dan intervensi keperawatan.

### 3.4 Pelaksanaan (Catatan Keperawatan)

#### 3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma pembedahan ditandai dengan, ekspresi wajah menyeringai dan meringis kesakitan, klien sering memegang area perut, terdapat bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut. Skala nyeri 6, nyeri terasa bila dibuat bergerak, nyeri seperti tertusuk jarum, nadi 98x/menit.

1. Tanggal 25-06-2015

a. Pukul 17.00 : Melakukan observasi vital sign.

Respon : TD = 110/70 mmHg, RR 22x/menit irama reguler, suhu  $37^{\circ}\text{C}$ , CRT  $\leq$  2 detik, nadi 98x/menit, kualitas kuat, irama reguler.

b. Pukul 17.20 : Menentukan lokasi dan karakteristik ketidaknyamanan perhatikan isyarat verbal dan non verbal.

Respon : Klien mampu mengungkapkan rasa sakit nyeri pada luka bekas operasi.

c. Pukul 17.45 : Memberikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan dan intervensi yang tepat.

Respon : Klien mengerti dan paham pemberian informasi.

d. Pukul 18.00 : Mengevaluasi vital sign.

Respon : TD : 110/70 mmHg, nadi 94x/menit, suhu 37'3<sup>0</sup>c, RR 24xmenit.

- e. Pukul 19.00 : Membantu klien mengubah posisi miring kiri/kanan dan memberikan gosokan halus pada punggung serta teknik pernafasan relaksasi.

Respon : Klien kooperatif dan mengikuti teknik relaksasi yang diajarkan.

- f. Pukul 20.00 : Memberikan analgesik yaitu clamixin 500 mg peroral dan mefinter 500 mg peroral.

Respon : Klien meminum obat secara teratur.

## 2. Tanggal 26-06-2015

- a. Pukul 07.30 : Mengevaluasi vital sign.

Respon : Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36'8<sup>0</sup>c ,RR 20x/menit.

- b. Pukul 08.00 : Memberikan analgesik yaitu clamixin 500 mg peroral, mefinter 500 mg peroral, analsix 500 mg peroral.

Respon : Klien meminum obat secara teratur.

- c. Pukul 10.00 : Memperhatikan nyeri tekan uterus.

Respon : Klien menyeringai, uterus keras TFU 2 jari bawah tali pusat.

- d. Pukul 11.00 : Menganjurkan klien teknik relaksasi nafas dalam.

Respon : Klien mengerti apa yang dianjurkan dan melakukannya.

## 3. Tanggal 27-06-2015

- a. Pukul 07.00 : Mengevaluasi tentang keadaan klien saat ini

Respon : Klien semakin membaik nyeri berkurang.

- b. Pukul 07.30 : Melakukan observasi vital sign.  
Respon : TD : 110/80 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36'5<sup>0</sup>c, CRT ≤ 2 detik, RR 18x/menit.
- c. Pukul 08.00 : Memberikan analgesik clamixin 500 mg peroral, mefinter 500 mg peroral, analsix 500 mg peroral.  
Respon : Klien minum obat secara teratur.
- d. Pukul 10.00 : Memperhatikan nyeri tekan uterus dan adanya karakteristik nyeri.  
Respon : Klien mengungkapkan nyeri berkurang, uterus keras TFU 2 jari bawah pusat.

#### 3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua

Gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan ditandai dengan klien tampak lemas, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas, klien tidur terlentang dan belajar miring kiri kanan ditempat tidur.

##### 1. Tanggal 25-06-2015

- a. Pukul 18.15 : Mengkaji kemampuan ADL klien.  
Respon : Klien tampak lemas dan lemah bila melakukan aktifitas.
- b. Pukul 19.00 : Mengajarkan klien untuk latihan duduk.  
Respon : Klien mengikuti latihan dan mempraktekkannya.
- c. Pukul 19.15 : Menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas lain seperti membaca, mendengarkan musik.  
Respon : Klien mengikuti anjuran perawat.
- d. Pukul 19.30 : Membantu klien dalam pemenuhan aktifitas.

Respon : Klien makan dengan bantuan.

- e. Pukul 20.00 : Menganjurkan klien untuk istirahat.

Respon : Klien tampak istirahat tidur telentang ditempat tidur.

## 2. Tanggal 26-06-2015

- a. Pukul 08.00 : Mengkaji ulang ADL klien.

Respon : Klien sudah bisa ke kamar mandi sendiri bila tidak ada keluarga yang menjaga.

- b. Pukul 10.00 : Melihat kegiatan atau aktifitas yang dilakukan klien.

Respon : Klien sudah bisa melakukan aktifitas-aktifitas ringan seperti; berjalan-jalan diluar ruangan, berbicara dengan pasien lain, membaca buku.

## 3. Tanggal 27-06-2015

- a. Pukul 10.15 : Menanyakan keadaan klien dan menjelaskan keadaan klien semakin membaik.

Respon : Klien tampak bersemangat dan sudah sudah tidak tampak lemas/lemah lagi.

### 3.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Risiko terhadap infeksi berhubungan dengan luka post operasi ditandai dengan adanya bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut, luka tertutup kasa, suhu  $37^{\circ}\text{C}$  pemeriksaan laboratorium : Hb 8,6 g/dl, leukosit 9.700juta/mm, eritrosit 4,25 juta/mm<sup>3</sup>.

## 1. Tanggal 25-06-2015

- a. Pukul 17.00 : Melakukan observasi vital sign dan melihat tanda-tanda infeksi.

Respon : TD : 110/70 mmHg, RR 22x/menit irama reguler, suhu 37°C, CRT  $\leq$  2 detik nadi 98x/menit, kualitas kuat, irama reguler, tidak ada tanda-tanda infeksi.

- b. Pukul 17.30 : Memonitoring hasil laboratorium klien, cek ulang Hb tanggal 25-06-2015.

Respon : Hb 8,6 g/dl.

- c. Pukul 18.00 : Mengevaluasi vital sign.

Respon : TD : 110/70 mmHg, nadi 94x/menit, suhu 37°C, CRT  $\leq$  2 detik, RR 24x/menit.

- d. Pukul 19.20 : Memberikan health education kepada klien tentang perawatan masa nifas.

Respon : Klien kooperatif dan mendengarkan perawat yang menjelaskannya.

## 2. Tanggal 26-06-2015

- a. Pukul 07.30 : Melakukan observasi vital sign dan melihat tanda-tanda infeksi.

Respon : Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,8°C, RR 20x/menit CRT  $\leq$  2 detik, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka post SC. Luka post SC tertutup kasa dalam keadaan baik tidak ada rembesan darah.

- b. Pukul 11.00 : Mengkaji ulang vital sign klien.

Respon : TD : 110/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,4°C, RR 18x/menit, CRT  $\leq$  2 detik.



c. Pukul 12.00 : Melihat hasil laboratorium klien. Cek Hb ulang tanggal 27-06-2015.

Respon : Hb 8,6 g/dl.

3. Tanggal 27-06-2015

a. Pukul 07.00 : Menanyakan keadaan klien saat ini.

Respon : Klien semakin membaik.

b. Pukul 07.30 : Melakukan observasi vital sign.

Respon : TD : 110/80 mmHg, nadi 84x/menit, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ , CRT  $\leq$  2 detik, RR 18x/menit.

c. Pukul 08.15 : Melihat hasil laboratorium klien

Respon : Hb 9 g/dl.

d. Pukul 15.00 : Melakukan perawatan luka post Sectio Caesarea secara steril.

Respon : Kondisi luka baik, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pus.

3.4.4 Diagnosa keperawatan keempat

Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak cemas.

1. Tanggal 25-06-2015

a. Pukul 18.15 : Mengkaji tingkat kecemasan klien dan menjelaskan kepada klien tentang keadaannya saat ini.

Respon : Klien tampak cemas dan sering bertanya tentang keadaannya.

b. Pukul 18.20 : Menganjurkan klien untuk selalu optimis dan berdoa supaya tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

Respon : Klien kooperatif dan optimis untuk kesembuhannya.

c. Pukul 19.00 : Memberikan health education tentang perawatan dan proses penyembuhan luka operasi.

Respon : Klien mendengarkan dan memperhatikan yang telah disampaikan.

## 2. Tanggal 26-06-2015

a. Pukul 07.15 : Menanyakan keadaan klien

Respon : Klien semakin membaik.

b. Pukul 07.20 : Memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya (cemas).

Respon : Cemas klien sudah teratasi dan klien sudah mengerti tentang keadaannya saat ini.

c. Pukul 08.05 : Mengajarkan klien agar tidak cemas dengan berdoa.

Respon : Klien kooperatif dan melakukan seperti yang diajarkan oleh perawat.

### 3.5 Evaluasi

#### 3.5.1 Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 25 Juni 2015.

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan.

##### **Tanggal 26 Juni 2015 pukul 21.00 WIB**

- Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi Skala nyeri 5, nyeri terasa bila dibuat bergerak, nyeri seperti tertusuk jarum.

Obyektif :

- Ekspresi wajah menyeringai dan meringis kesakitan.
- Klien sering memegang area perut.
- Terdapat bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut.
- Observasi tanda-tanda vital ;Tekanan darah 110/70 mmHg, RR 22x/menit, CRT  $\leq$  2 detik, suhu tubuh 37<sup>o</sup>c, nadi 90x/menit.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planingng : Rencana tindakan 2,3,4,5,6 dilanjutkan.

##### **Tanggal 27 Juni 2015 pukul 14.00 WIB**

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

Obyektif :

- Klien tampak sedikit menyeringai
- Klien tidak memegang area perutnya
- Skala nyeri 3

- Terdapat luka bekas operasi pada perut.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan 3,4,5,6 dilanjutkan

**Tanggal 28 Juni 2015 pukul 12.00**

Subyektif : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang

Obyektif :

- Klien tampak rileks
- Klien tidak memegang area perutnya
- Skala nyeri 2

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Intervensi dipertahankan

## 2. Gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan

**Tanggal 25 Juni 2015 pukul 21.00 WIB**

Subyektif : Klien mengatakan masih lemas dan tidak bertenaga bila melakukan aktifitas terasa nyeri.

Obyektif : Klien tampak berbaring ditempat tidur dan tidak melakukan aktifitas.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi no. 2,4,5,6 dilanjutkan

**Tanggal 26 Juni 2015 pukul 13.00 WIB**

Subyektif : Klien mengatakan masih lemas dan nyeri bila beraktifitas.

Obyektif : Klien sudah bisa ke kamar mandi sendiri saat keluarganya tidak ada.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi 2,6 dilanjutkan

**Tanggal 27 Juni 2015 pukul 12.00**

Subyektif : Klien mengatakan sudah tidak nyeri bila beraktifitas.

Obyektif : Klien sudah bisa berjalan-jalan disekitar rumah sakit.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Pasien KRS, follow up control kembali 1 minggu lagi.

3. Risiko terhadap infeksi berhubungan dengan luka post operasi.

**Tanggal 25 Juni 2015 pukul 20.00 WIB**

Subyektif : Klien mengatakan pusing dan badannya terasa lemas

Obyektif :

- Tekanan darah 110/70 mmHg, RR 22x/menit irama reguler, suhu 37°C, nadi 98x/menit, kualitas kuat, irama reguler.
- Pasien terpasang infus RL 21 tetes/menit.
- Terdapat bekas jahitan post SC  $\pm$  12 cm tertutup kasa, tidak terlihat rembesan darah pada kasa luka dalam keadaan baik.
- Cek Hb ulang tanggal 25-06-2015 hasil = Hb 8,6 g/dl.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan 2,3,4,5 dilanjutkan.

**Tanggal 26 Juni 2015 pukul 14.00 WIB**

Subyektif : Klien mengatakan sudah tidak pusing lagi namun badannya masih terasa lemas.

Obyektif :

- Wajah tampak pucat, konjungtiva dan palpebra pucat, hasil laboratorium Hb 8,6 g/dl. Vital sign TD : 110/80 mmHg, nadi 88x/menit, RR 18x/menit,

CRT  $\leq$  2 detik, suhu 36'4<sup>0</sup>c. Luka post SC dalam keadaan baik dan tidak terjadi tanda-tanda infeksi.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 3,4 dilanjutkan.

**Tanggal 27 Juni 2015 pukul 11.00 WIB**

Subyektif : Klien mengatakan sudah tidak pusing lagi badannya sudah tidak lemas.

Obyektif : Wajah tidak terlihat pucat, konjungtiva palpebra merah muda, hasil laboratorium Hb 9 g/dl. Vital sign 110/80 mmHg, nadi 84x/menit, RR 18x/menit, CRT < 2 detik, suhu 36'5<sup>0</sup>c. Luka post SC dalam keadaan baik tidak ada tanda-tanda dari infeksi.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Pasien KRS, follow up control kembali 1 minggu lagi.

4. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan.

**Tanggal 25 Juni 2015 pukul 20.00 WIB**

Subyektif : Klien mengatakan cemas akan keadaannya saat ini, klien takut terjadi apa-apa pada dirinya.

Obyektif : Klien sering bertanya tentang keadaannya

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi no 1,2,3 dilanjutkan.

**Tanggal 26 Juni 2015 pukul 11.00 WIB**

Subyektif : Klien mengatakan mengerti tentang keadaannya saat ini dan tidak cemas lagi.

Obyektif : Klien tampak tenang, klien sudah tidak sering bertanya tentang keadaannya.

Assesment : Masalah teratasi sebagian.

Planning : Intervensi dipertahankan.

## 5. Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada Ny. S post SC (Sectio Caesarea) dengan kelainan letak sungsang.

1. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan ditandai dengan ekspresi wajah menyeringai dan meringis kesakitan, Klien sering memegang area perut, terdapat bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut, skala nyeri nyeri 6, nyeri terasa bila dibuat bergerak, nyeri seperti tertusuk jarum. Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 110/70 mmHg, RR 28x/menit, CRT  $\leq$  2 detik, suhu 37<sup>o</sup>c, nadi 98x/menit. Tujuan tercapai tanggal **27 Juni 2015 pukul 12.00 WIB**. Klien mengatakan nyeri berkurang, klien tampak rileks, Klien tidak memegang area perutnya skala nyeri 2.
2. Gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan ditandai dengan klien tampak lemas, nyeri bila dibuat melakukan aktifitas, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas, klien tidur terlentang dan belajar miring kiri kanan ditempat tidur. Tujuan tercapai tanggal **27 Juni 2015 pukul 12.00 WIB**. Klien mengatakan sudah tidak nyeri bila beraktifitas, klien sudah bisa berjalan-jalan disekitar rumah sakit.

3. Risiko terhadap infeksi berhubungan dengan luka post operasi ditandai dengan adanya bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut, luka tertutup kasa, pemeriksaan laboratorium : Hb 8,6 g/dl, leukosit 9.700juta/mm, eritrosit 4,25 juta/mm<sup>3</sup>. Tujuan tercapai tanggal **27 Juni 2015 pukul 11.00 WIB**. Klien mengatakan sudah tidak pusing lagi badannya sudah tidak lemas. Wajah tidak terlihat pucat, konjungtiva merah muda, hasil laboratorium ulang tanggal 26-06-2015 Hb 9 g/dl. Vital sign 110/80 mmHg, nadi 84x/menit, RR 18x/menit, CRT < 2 detik, suhu 36'5<sup>0</sup>c. Luka post SC dalam keadaan baik tidak ada tanda-tanda dari infeksi.
4. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien kurang mengerti tentang perawatan dan proses penyembuhan luka operasi, klien tampak cemas. Tujuan tercapai tanggal **26 Juni 2015 pukul 10.00 WIB**. Klien mengatakan mengerti tentang keadaannya saat ini dan tidak cemas lagi, Klien tampak tenang, klien sudah tidak sering bertanya tentang keadaannya.