

BAB IV
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Hasil studi kasus ini menggambarkan tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny.R P1A0 *Post Partum Sectio Caesarea* Atas Indikasi *Oligohidramnion+ Kalsifikasi plasenta grade 2 + gagal drip POD 1* Dengan Risiko Infeksi Di Ruang Nifas RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Tahun 2023”. Studi kasus ini dilaksanakan mulai tanggal 13 April 2023 – 18 April 2023 di Ruang nifas RSUD Al-ihsan Provinsi Jawa Barat.

4.1.1 Hasil Pengkajian

a. Identitas Klien

IDENTITAS	ISTRI	SUAMI
(1)	(2)	(3)
Nama	Ny. R	Tn. R
Umur	21 tahun	20 tahun
Suku bangsa	Sunda	Sunda
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMA
Pekerjaan	IRT	Wiraswasta
No. Register	870969	-
Tanggal masuk RS	11 April 2023	-
Hari / Tanggal pengkajian	Kamis, 13 April 2023	-
Waktu / jam pengkajian	11.00 WIB	-
Golongan darah	Tidak tahu	-
Diagnosa medis	P1A0 <i>Post Partum SC</i> Atas Indikasi	

dilanjutkan

Lanjutan		
(1)	(2)	(3)
<i>Oligohidramnion+ Kalsifikasi plasenta grade 2 + gagal drip</i>		
Nomor telepon	08953548*****	-
Status perkawinan	Menikah	Menikah
Alamat rumah	Waas Rt 05 Rw 03, Sukasari, Kec. Pameungpeuk, Kab. Bandung	Waas Rt 05 Rw 03, Sukasari, Kec. Pameungpeuk, Kab. Bandung
Alamat kantor	-	PT. Feng Tay (Jl. Raya Banjaran No.Km 14, RW 6, Sukasari, Kec. Pameungpeuk, Kab. Bandung

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama (here and now) :

Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi *SC*.

2) Riwayat kesehatan sekarang :

Klien mengatakan pada tanggal 11 April 2023 ia memeriksakan kehamilannya di bidan. Berdasarkan hasil USG. bidan menyebutkan bahwa air ketubannya sedikit sehingga bidan merujuk klien untuk ke rumah sakit, klien dan keluarga memutuskan untuk di rujuk ke RSUD Al-Ihsan. Klien datang ke IGD RSUD Al-ihsan pada pukul 14.35 WIB dengan keluhan air ketuban sedikit. Ketika dikaji klien belum merasakan tanda-tanda persalinan. Sembari menunggu pembukaan klien dipindahkan ke ruang rawat inap tepatnya pada pukul 17.30. Klien dilakukan induksi, namun tetap tidak ada kemajuan kala persalinan (gagal drip) dan tidak ada mulas serta air ketuban semakin sedikit (*oligohidramnion*) sehingga diputuskan untuk dilakukan persalinan secara *SC* pada tanggal 12 April 2023. Operasi *sectio caesarea* dilakukan pada hari Rabu 12 April 2023 pukul

11.20 hingga 12.05 dengan anastesi regional yakni anastesi spinal. Kemudian klien kembali ke ruang rawat inap dan *bed rest* selama 24 jam.

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri di area luka operasinya. Selain itu klien juga merasa panas dan seperti gatal di area sekitar luka. Klien mengatakan nyeri terasa ketika ia bergerak dan akan mereda jika istirahat, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada daerah perut yakni pada luka operasi, skala nyeri 4 dari 0-10, nyeri dirasakan secara terus menerus.

3) Riwayat kesehatan dahulu :

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat operasi sebelumnya dan ini merupakan kali pertama ia menjalani operasi. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit baik sebelum hamil maupun saat hamil.

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menurun seperti darah tinggi, gula, penyakit jantung, asma. Klien tidak memiliki penyakit menular seperti HIV, AIDS, TBC.

4) Riwayat kesehatan keluarga (fokus pada penyakit genetik & menular):

Klien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat penyakit menurun seperti darah tinggi, gula, penyakit jantung, asma dan tidak ada juga keluarga yang memiliki penyakit menular seperti HIV, AIDS, TBC.

5) Riwayat kesehatan ginekologi dan obstetri.

a) Riwayat ginekologi

Riwayat menstruasi / haid meliputi menarche di usia 13 tahun, siklus haid teratur, keluhan ketika haid yakni biasanya nyeri perut di hari pertama haid. Riwayat perkawinan klien yaitu klien sudah menikah ketika berusia 20 tahun dan

suaminya berusia 19 tahun, lama pernikahannya sudah 1 tahun, dan pernikahan ini adalah pernikahan yang pertama bagi klien maupun suaminya. Riwayat Keluarga Berencana (KB) yakni klien tidak menggunakan KB jenis apapun karena ingin cepat memiliki anak, rencana kontrasepsi sesudah melahirkan yang dipilih klien yaitu IUD.

b) Riwayat Obstetri

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah hamil karena kehamilan ini adalah kehamilan pertamanya. Tanda bahaya atau penyulit selama kehamilan yaitu *oligohidramnion + kalsifikasi plasenta grade 2 + gagal drip*, klien melakukan ANC di bidan dengan frekuensi > 9x. Klien tidak mengkonsumsi obat-obatan apapun kecuali yang diberikan oleh bidan yakni Fe, vitamin dan kalsium. Riwayat imunisasi TT klien lengkap.

c. Pola aktivitas sehari-hari

Jenis (1)	Sebelum (2)	Sekarang (3)
Personal hygiene		
- Mandi	2x/hari	Belum mandi, terakhir mandi/ seka kemarin sore pada hari Rabu 12 April 2023
- Ganti pakaian dalam	2x/hari	Belum
- Jenis pakaian	Pakaian santai	Pakaian santai
- Perawatan gigi	2x/hari	1x/hari
- Perawatan payudara	1x/hari	1x/hari
- Vulva hygiene	2x-3x/hari	3x-4x/hari (tiap ganti pembalut)

d. Pemeriksaan fisik

1) Ibu

a) Keadaan umum

Kesadaran klien *compos mentis* dengan GCS 15 (E4M6V5).

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg, nadi : 72 x/menit, respirasi : 20 x/menit, spo : 100%, suhu : 37,8°C.

c) Antropometri

TB : 156 C, BB sekarang : 62 kg, BB sebelum hamil : 50 kg, IMT : 20,54 (Normal)

d) Kepala

Mata klien tampak sayu, telinga klien normal, hidung normal, bibir berwarna merah muda, mukosa bibir lembab. Pada leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.

e) Dada

Pergerakan irama nafas teratur, bunyi nafas vesikuler dan tidak terdapat bunyi tambahan. Bunyi jantung lub dub dengan irama reguler. Payudara nomal tidak terdapat kelainan.

f) Perut

Terdapat luka bekas operasi dengan panjang ± 10 cm dan bentuk luka horizontal, keadaan luka tertutup kasa, tidak terdapat luka parut, terdapat striae, penurunan TFU 2 jari dibawah pusat, kontaksi uterus kuat, Tanda infeksi di

tunjukkan dengan kenaikan leukosit yakni 19030 Sel/UI dengan rentang normal yakni 3800 ~ 10600.

g) Ekstremitas

Ekstremitas atas dan ekstremitas bawah tidak ada gangguan. Pada ekstremitas kiri terpasang infuse.

h) Genetalia

Klien terpasang kateter. Terdapat darah nifas pada pembalut, lochea rubra, bau amis, berwarna merah kehitaman.

i) Data psikologis

Klien dalam fase *taking in* karena cenderung pasif dan membutuhkan bantuan orang lain.

j) Data sosial

Hubungan klien terjalin dengan baik dengan keluarga, dengan tenaga kesehatan dan dengan sesama pasien.

k) Data spiritual

Klien mengatakan selalu menjaga ibadahnya yakni sholat 5 waktu dan mengaji saat di rumah.

l) Data penunjang

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 13 April 2023

Pemeriksaan (1)	Flag (2)	Hasil (3)	Unit (4)	Normal (5)
IMUNOLOGI				
Rapid Antigen covid-19		Negative		
HEMATOLOGI				
Darah Rutin				
Hemoglobin		12.9	g/dL	12.0 ~ 16.0

Lekosit	*	19030	Sel/uL	3800 ~ 10600
Eritrosit		4.43	Juta/uL	3.6 ~ 5.8
Hematokrit		40.2	%	35 ~ 47
Trombosit		344000	Sel/uL	150000 ~ 440000

m) Data terapi

Terapi farmakologi

Nama obat	Dosis	Waktu	Rute	Manfaat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Ceftriaxone 1 gr	2x1	3x24 jam (tanggal 12,13,14 April 2023)	Iv	Jenis antibiotik untuk mengatasi infeksi bakteri
Ketorolac	3x1 amp	3x24 jam (tanggal 12,13,14 April 2023)	Iv	Untuk mengatasi nyeri akut dan digunakan dalam jangka pendek (<5 hari)
Infuse RL 500 ml	20 gtt		Iv	Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang saat mengalami luka, cedera, atau menjalani operasi. Selain itu, cairan ini juga sering digunakan sebagai cairan pemeliharaan ketika sedang menjalani perawatan di rumah sakit.

Terapi nonfarmakologi

Kegiatan	Manfaat
Perawatan luka <i>sectio caesarea</i>	Mempercepat penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi.
Relaksasi nafas dalam	Menurunkan intensitas nyeri dan memurunkan kecemasan.
Mobilisasi dini	Mempercepat penyembuhan luka dan memulihkan kondisi tubuh klien.
Memandikan/seka	Menjaga kebersihan klien

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

a. Analisa data

No	Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah
(1)	(2)	(3)	(4)
1	DS : Klien mengatakan nyeri pada luka operasinya	Post operasi SC	Risiko infeksi (D.0142)
	- Klien mengatakan luka operasinya terasa panas dan gatal.	Luka post operasi sc	
	- Klien mengatakan hari ini belum mandi/seka dan belum mengganti	Jaringan terbuka	

pakaian		Proteksi kurang	
dilanjutkan			
Lanjutan			
(1)	(2)	(3)	(4)
DO :		↓	
<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi SC dengan panjang ± 10 cm. - Leukosit : 19030 Sel/uL (3800 ~ 10600) - Skala nyeri 4 dari 0 - 10 - Suhu 37,8°C - Klien masih terpasang kateter 		Invasi bakteri	
		↓	
		Risiko infeksi	
Klien masih terpasang infuse			
2.	DS :	Post operasi SC	Nyeri akut (D.0077)
<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada luka operasinya - Klien mengatakan nyeri terasa ketika bergerak dan akan mereda jika istirahat - Klien merasa nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri pada perutnya yakni pada luka operasi. - Klien mengatakan nyerinya dirasakan terus menerus. 		↓	
		Luka post operasi SC	
		↓	
		Terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf sekitar abdomen	
		↓	
		Merangsang pengeluaran histamin, bradikinin, prostaglandin	
		↓	
		Merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf	
DO :		↓	
<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri 4 dari 0 – 10 - TD : 120/80 mm N : 72 x/mnt RR : 20x/mnt 		Nyeri dihantarkan ke dorsol spinal	
		↓	
		Gangguan rasa nyaman	
dilanjutkan			

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
3	S : 37,8°C DS :	Nyeri akut Post operasi SC	Defisit perawatan diri (D.0109)
	- Klien mengatakan pada hari ini belum mandi/seka, terakhir mandi/ seka kemarin sore pada hari Rabu 12 April 2023	↓ Anastesi spinal	
	- Klien mengatakan sejak pagi belum mengganti pakaian, terakhir mengganti pakaian kemarin sore pada hari Rabu 12 April 2023	↓ Bed rest 24 jam	
	- Klien belum menggosok gigi sejak keluar dari ruang operasi pada hari Rabu 12 April 2023	↓ Fase <i>taking in</i>	
	- Klien mengatakan takut bergerak karena takut jahitan luka operasinya terbuka sehingga belum mandi dan mengganti pakaian sejak pagi.	↓ Kelemahan fisik	
	DO :	↓ Defisit perawatan diri	
	- Klien bedrest 24 jam yakni sampai hari Kamis, 13 April pukul 12.05 klien hanya boleh miring kanan dan miring kiri.		
	- Klien belum mampu mandi secara mandiri		
	- Klien belum mampu mengenakan pakain secara mandiri		
	- Minat melakukan perawatan diri kurang		
	- Terdapat lochea rubra berwarna merah kehitaman dan pembalut tampak		

sudah penuh

b. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- 1) Risiko infeksi d.d efek prosedur invasive *sectio caesarea*
- 2) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d klien mengeluh nyeri pada luka operasinya, klien mengatakan nyeri terasa ketika bergerak dan akan mereda jika istirahat, klien merasa nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri pada perutnya yakni pada luka operasi, klien mengatakan nyerinya dirasakan hilang timbul, skala nyeri 4 dari 0 – 10, klien tampak meringis kesakitan.
- 3) Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d klien mengatakan pada hari ini belum mandi/seka, klien belum mengganti pakaian, dan klien belum menggosok gigi sejak keluar dari ruang operasi.

4.1.3 Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif <i>sectio caesarea</i>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 7 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil (L.14137) : - Demam menurun - Kemerahan berkurang - Nyeri berkurang - Bengkak berkurang	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Terapeutik 2. Berikan perawatan luka pada area luka operasi. Edukasi 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.	Observasi 1. Tanda dan gejala infeksi perlu diketahui secara dini untuk mencegah terjadinya komplikasi agar dapat mengetahui tindakan selanjutnya. Terapeutik Perawatan luka yang baik dan benar dengan mempertahankan teknik aseptik dapat mencegah terjadinya infeksi.

dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
		- Drainase purulen menurun Kadar sel darah putih membaik	5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 7. Anjurkan menjaga personal hygiene Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian antibiotik	2. Edukasi 3. Memberikan informasi kepada klien tentang tanda dan gejala infeksi agar klien dapat memantaunya keadaan lukanya secara mandiri. 4. Cuci tangan dapat menjadi upaya pencegahan infeksi. 5. Agar dapat mengenali tanda dan gejala infeksi lebih dini. 6. Nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan luka 7. Kebersihan diri dapat mempercepat penyembuhan luka Kolaborasi 8. Antibiotik sebagai upaya pencegahan terjadinya infeksi.
2	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d klien mengeluh nyeri pada luka operasinya, klien mengatakan nyeri terasa	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) :	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri, respons nyeri non verbal,	(I.08238) Observasi 1. Menentukan dan memantau nyeri untuk intervensi selanjutnya Terapeutik 2. Teknik non-farmakologi dapat membantu mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien.

dilanjutkan

Lanjutan






(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	ketika bergerak dan akan mereda jika istirahat, klien merasa nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri pada perutnya yakni pada luka operasi, klien mengatakan nyerinya dirasakan hilang timbul, skala nyeri 4 dari 0 – 10, klien tampak meringis kesakitan.	<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Klien tidak tampak meringis kesakitan - Gelisah menurun - Ttv dalam batas normal 	<p>faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (PQRST).</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien tentang strategi meredakan nyeri 4. Teknik relaksasi nafas dalam dapat merangsang hormone endorphine dan meminimalkan aktivitas simpatik dalam saraf otonom sehingga nyeri berkurang. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Analgetik bekerja untuk mengurangi transduksi nyeri yang bekerja di reseptor saraf perifer dan pusat.
3.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d klien mengatakan pada hari ini belum mandi/seka, klien belum mengganti pakaian, dan klien belum menggosok gigi sejak keluar dari ruang operasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 7 jam diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil (L.11103) :	Dukungan perawatan diri (I.11348)	Observasi
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. 2. Monitor tingkat kemandirian. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keterbatasan dan kebiasaan klien dalam perawatan diri. 2. Mengetahui tingkat kemandirian klien dalam melakukan perawatan diri. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lingkungan yang terapeutik dapat membuat klien merasa aman dan nyaman. 4. Meningkatkan kemampuan klien dalam personal hygiene.

dilanjutkan

Lanjutan









(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.		<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat - Minat melakukan perawatan diri meningkat 	Terapeutik 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal suasana hangat, rileks, privasi). 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu Edukasi 6. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.	5. Meningkatkan kemampuan klien untuk mengenakan pakaian secara mandiri. Edukasi 6. Sebagai sarana keberlanjutan peningkatan kemampuan perawatan diri pasien secara mandiri dirumah

4.1.4 Pelaksanaan Keperawatan


No.	Tanggal /jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Kamis 13/4/23 11.30	1	Memonitor tanda dan gejala infeksi E/ Leukosit : 19030 (3800~10600)	
2.	11.35	1	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik E/ Klien tampak memperhatikan dan dapat mengulangi tanda dan gejala infeksi.	
3.	11.40	1	Menganjurkan menjaga personal hygiene E/ Klien kooperatif dan mengikuti anjuran	
4.	11.45	2	Mengidentifikasi nyeri E/ P : Nyeri semakin berat ketika bergerak dan mereda jika istirahat Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut pada bagian luka operasi SC S : Skala nyeri 4 dari 0 - 10 T : Nyeri dirasakan hilang timbul	
5.	11.55	3	Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri E/ Klien belum mampu mandi secara mandiri Klien belum mampu mengenakan pakain secara mandiri	


dilanjutkan


Lanjutan


(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
			Klien belum menggosok gigi sejak keluar dari ruang operasi	
6.	12.15	3	Memonitor tingkat kemandirian E/ Klien masih memerlukan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.	
7.	12.30	2	Menjelaskan strategi mengurangi nyeri E/ Klien dapat memahami dan memilih untuk melakukan nafas dalam untuk mengurangi nyerinya.	
8.	13.00	2	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri E/ Klien memahami dan akan mempraktekkannya untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.	
9.	13.05	2	Memberikan teknik non farmakologis (nafas dalam) untuk mengurangi nyeri E/ Klien merasa nyerinya dapat sedikit terkontrol.	
10.	13.20	3	Menyediakan lingkungan yang terapeutik (misal suasana hangat, rileks, privasi) E/ Klien merasa privasinya terjaga	
11.	13.25	3	Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan E / Klien bersedia dibantu di seka oleh perawat	
12.	13.55	3	Memfasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu E / Klien kooperatif	
13.	14.00	3	Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. E/ Klien memahami dan mencoba untuk mengikuti anjuran	



4.1.5 Evaluasi Sumatif (Catatan Perkembangan)



Tanggal/ jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
14 April 2023 10.00	1	S : 1. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi disertai seperti terasa panas dan juga gatal. 2. Klien mengatakan ini pengalaman pertamanya dilakukan operasi SC. 3. Klien mengatakan tidak mengetahui mengenai risiko infeksi luka <i>post</i> operasi. O : 1. Skala nyeri 3 (0-10) 2. TTV TD : 121/79 mmHg, N : 72x/menit, RR : 20 x/menit, SPO : 100%, S : 37°C 3. Terdapat luka bekas operasi dengan panjang \pm	



		<p>10 cm.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Klien masih terpasang kateter 5. Klien masih terpasang infus 6. Saat ditanya mengenai risiko infeksi klien tampak bingung dan tidak dapat menjawabnya. 7. Pendidikan terakhir klien SMP 8. Klien mengatakan takut bergerak karena takut jahitan luka operasinya terbuka. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan perawatan luka pada area luka operasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kolaborasi pemberian antibiotik <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi pemberian obat (ceftriaxone) 2. Memberikan perawatan luka pada area operasi 3. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien kooperatif obat diberikan secara IV 2. R : Tidak terdapat kemerahan E : Tidak terdapat bengkak E : Tidak terdapat kebiruan D : Terdapat serum A : Pendekatan antar tepi luka baik Nilai REEDA = 1 Verban telah di ganti dengan verban anti air. 3. Tidak terdapat kemerahan, klien mengatakan lukanya terasa panas dan sedikit gatal, tidak terdapat bengkak, ada nyeri dengan skala nyeri 3 (0 – 10). <p>R : Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>14 April 2023 10.30</p>	<p>2</p>	<p>S : Klien masih mengeluh nyeri pada area luka operasi</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 4 (0-10) 2. TTV TD : 121/79 mmHg, N : 72x/menit, RR : 20 x/menit, SPO : 100%, S : 37°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TTV 2. Identifikasi nyeri secara komprehensif 3. Kolaborasi pemberian analgetik 	


		<p>4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi TTV 2. Mengidentifikasi nyeri 3. Berkolaborasi pemberian obat (keterolac) 4. Memberikan teknik non farmakologis (nafas dalam) untuk mengurangi rasanyeri <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 121/79 mmHg N : 72 x/menit RR : 20 x/meni SPO : 100 % S : 37°C 2. P : Nyeri terasa berat ketika duduk dan mereda jika tiduran. Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut pada bagian luka operasi SC S : Skala nyeri 3 dari 0 – 10 T : Nyeri dirasakan hilang timbul 3. Klien mengatakan sedikit perih saat obat dimasukkan secara IV 4. Klien mengatakan nyerinya mulai berkurang dibanding kemarin <p>R : Lanjutkan Intervensi</p>	
14 April 2023 09.30	3	<p>S : Klien mengatakan belum berani mandi sendiri di kamar mandi, klien di seka dengan bantuan keluarganya.</p> <p>O : Klien tampak lebih segar dan sudah mengganti pakaiannya.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kemandirian. 2. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tingkat kemandirian perawatan diri. 2. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien belum mampu mandi/seka sendiri, klien sudah mampu menggunakan pakaian secara mandiri, klien sudah menggosok gigi. 2. Klien kooperatif dan memahami anjuran. <p>R : Lanjutkan Intervensi</p>	
15 April 2023	1	<p>S : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi disertai rasa gatal.</p>	

14.30 (Home visit)		<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 2 (0-10) 2. TTV TD : 110/70 N : 62 x/menit S : 20 x/menit RR : 36, 5°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Berikan pendidikan kesehatan/penyuluhan cara mencuci tangan dengan benar <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Memberikan pendidikan kesehatan/penyuluhan cara mencuci tangan dengan benar <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka masih tertutup kasa, kasa tampak bersih, klien mengatakan masih ada nyeri skala 2 (0-10), sudah tidak terasa panas namun masih sedikit gatal, tidak terdapat bengkak 2. Klien kooperatif, memahami dan dapat mengulangi kembali cara mencuci tangan dengan benar <p>R : Lanjutkan Intervensi</p>	
15 April 2023 15.00 (Home visit)	2	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh masih nyeri pada bagian lukanya dan kadang membuat sulit tidur 2. Klien mengeluh istirahatnya tidak cukup 3. Klien mengatakan hanya bisa tidur 4 jam- 5 jam saat malam <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 2 (0-10) 2. Mata klien tampak layu 3. Td : 90/70 <p>A : Masalah belum teratasi, muncul masalah baru Dx 4 : Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d klien sering terbangun ketika bayinya menangis dan untuk menyusui bayinya.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV 2. Monitor nyeri <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Mengidentifikasi nyeri <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 110/70 N : 68 x/menit RR : 20 x/menit SPO : 98% 	


		<p>S : 36, 7°C</p> <p>2. P : Nyeri terasa berat ketika berjalan terlalu jauh dan mereda jika istirahat.</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri pada daerah perut pada bagian luka operasi SC</p> <p>S : Skala nyeri 2 dari 0 - 10</p> <p>T : Nyeri dirasakan hilang timb</p> <p>R : Lanjutkan Intervensi</p>	
15 april 2023 15.30	3	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mandi 2x/hari tanpa di bantu. 2. Klien mengatakan mengganti pakaian 2x/hari tanpa dibatu 3. Klien mengatakan menggosok gigi 2x/hari. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak segar <p>1. TTV :</p> <p>TD : 110/70</p> <p>N : 62 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SPO : 97%</p> <p>S : 36, 5°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kemandirian <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tingkat kemandirian perawatan diri <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah mampu mandi secara mandiri. <p>R : Intervensi dihentikan</p>	
15 april 2023 17.00	4	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh tidak puas tidur karena sering terbangun untuk menyusui bayinya. 2. Klien mengeluh sering terjaga ketika bayinya menangis 3. Klien mengeluh istirahatnya tidak cukup 4. Klien mengatakan hanya bisa tidur 4 jam- 5 jam saat malam <p>O : Mata klien tampak sayu</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>Dx 5 : Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d klien sering terbangun ketika bayinya menangis dan untuk menyusui bayinya.</p> <p>P : Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik</p>	




		<p>3. Modifikasi lingkungan</p> <p>4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Memodifikasi lingkungan 4. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidur malam \pm 5 jam-6 jam namun sering terbangun 2. Sering terbangun untuk menyusui bayinya dan ketika bayi nangis 3. Klien mengatakan jika tidur lebih nyaman dengan mengurangi pencahayaan dan suasanya yang tenang 4. Klien nyaman dengan posisi miring kanan <p>R : Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>17 April 2023 14.30</p>	<p>1</p>	<p>S : Klien masih merasa gatal pada bagian nekas operasinya</p> <p>O : Kasa tampak bersih</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda gejala infeksi 2. Berikan pendidikan kesehatan/penyuluhan tentang asupan nutrisi <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Memberikan pendidikan kesehatan/penyuluhan tentang asupan nutrisi <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka masih tertutup kasa, kasa tampak bersih, klien mengatakan masih ada nyeri skala 1 (0-10), sudah tidak terasa panas namun masih sedikit gatal, tidak terdapat bengkak 2. Klien kooperatif dan memahami makanan apa saja yang harus dikonsumsi untuk meningkatkan asupan nutrisinya dan mempercepat penyembuhan luka <p>R : Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>17 April 2023 15.00</p>	<p>2</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyerinya sudah berkurang, walaupun masih merasa sedikit nyeri tapi tidak mengganggu aktivitas <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah tidak tampak meringis 2. Skala nyeri 1 (0-10) 3. TTV 	

		<p>TD : 110/80 mmHg N : 68 x/menit RR : 20 x.menit S : 36,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Identifikasi nyeri</p> <p>I : Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>E : Nyeri yang dirasakan sudah menurun dan tidak mengganggu aktivitas, skala nyeri 1 (0-10)</p> <p>R : Intervensi dihentikan</p>	
<p>17 April 2023 16.30</p>	4	<p>S : Klien masih sering terbangun untuk menyusui bayinya.</p> <p>O : Mata klien tampak sayu</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Identifikasi pola tidur</p> <p>I : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>E : Klien mengatakan tidur malam \pm 6 jam-7 jam namun masih sering terbangun</p> <p>R : Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>18 April 2023 16.00</p>	1	<p>S : Klien mengatakan sudah tidak merasa gatal pada area luka operasinya</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> TTV : TD :110/80 N : 78 x/menit RR : 20 x/menit SPO : 100% S : 36, 2°C Tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada nyeri. <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor TTV Monitor tanda dan gejala infeksi <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor TTV Memonitor tanda dan gejala infeksi Memberikan pendidikan kesehatan/penyuluhan cara memeriksa kondisi luka operasi <p>E :</p>	

		<p>1. TTV TD :110/80 N : 78 x/menit RR : 20 x/menit SPO : 100% S : 36, 2°C</p> <p>2. Tidak terdapat kemerahan, klien mengatakan lukanya sudah tidak terasa panas dan sudah tidak terasa gatal, tidak terdapat bengkak, Nilai REEDA = 0 R : Tidak terdapat kemerahan E : Tidak terdapat bengkak E : Tidak terdapat kebiruan D : Tidak terdapat Cairan/serum A : Pendekatan antar tepi luka baik Verban sudah dibuka saat kontrol ke poli</p> <p>3. Klien memahami dan mampu mengulang kembali tanda dan gejala infeksi pada luka R : Intervensi Dihentikan</p>	
18 April 2023 17.00	4	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien sudah tidak sering terbangun seperti malam sebelumnya Klien merasa tidur/istirahatnya cukup Klien mengatakan semalam tidur ± 6 jam – 7 jam <p>O : Mata tampak segar dan sudah tidak layu</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Identifikasi pola tidur</p> <p>I : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>E : Klien mengatakan tidur malam ± 6 jam-7 jam namun masih sering terbangun</p> <p>R : Intervensi dihentikan</p>	

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Sabtu, 15 April 2023 Pukul 15.30	3	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mandi 2x/hari tanpa di bantu. Klien mengatakan mengganti pakaian 2x/hari tanpa dibantu Klien mengatakan menggosok gigi 2x/hari. <p>O : Klien tampak lebih segar</p>	

		A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
Senin, 17 April 2023 15.00	2	S : 1. Klien mengatakan nyerinya sudah berkurang 2. Klien mengatakan skala nyeri 1 dari 0 - 10 O : 2. Klien sudah tidak tampak meringis kesakitan 3. TTV : TD : 110/70 N : 62 x/menit RR : 20 x/menit SPO : 97% S : 36,5°C A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
Selasa, 18 April 2023 16.00	1	S: Klien mengatakan lukanya sudah tidak terasa panas dan sudah tidak terasa gatal O : TTV : TD : 110/80 N : 78 x/menit RR : 20 x/menit SPO : 100% S : 36,2°C Tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada nyeri. REEDA = 0 R : Tidak terdapat kemerahan E : Tidak terdapat bengkak E : Tidak terdapat kebiruan D : Tidak terdapat Cairan/serum A : Pendekatan antar tepi luka baik Verban sudah dibuka saat kontrol ke poli Klien memahami dan mampu mengulang kembali tanda dan gejala infeksi pada luka A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
Selasa, 18 April 2023 17.00	5	S : 1. Klien mengatakan tidak sesering sebelumnya dan saat ini ia tidak merasa terganggu akan hal itu. 2. Klien tidak merasakan kesulitan tidur lagi 3. Klien merasa tidur/istirahatnya cukup 4. Klien mengatakan semalam tidur ±6 jam – 7 jam O : Mata klien tampak segar sudah tidak layu A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	

4.2 Pembahasan

Studi kasus ini bertujuan untuk melakukan proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Metode yang digunakan adalah wawancara, observasi dan dokumentasi. Pengimplementasian tindakan dilakukan selama 2 hari di Rumah sakit dan dilanjutkan 3 hari kunjungan rumah (*home visit*). Diagnosa medis Ny.R yaitu *Post Partum SC Atas Indikasi Oligohidramnion+ kalsifikasi plasenta + gagal drip grade 2*

4.2.1 Pengkajian

Ny. R (21 tahun) seorang ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SMP dengan diagnosa medis P1A0 *post partum SC* atas indikasi *oligohidramnion +kalsifikasi plasenta grade 2 + gagal drip* POD 1. Keluhan utama klien adalah nyeri, hal ini sesuai dengan teori Iyan (2021) mengenai konsep asuhan keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* bahwa keluhan utama yang sering muncul adalah nyeri pada luka operasi.

Pada pola aktivitas sehari-hari di dapatkan hasil bahwa terdapat keluhan pada pola personal *hygiene* klien bahwa klien belum mandi dan belum mengganti pakaian sejak kemarin, terakhir mandi/ seka kemarin sore pada hari Rabu 12 April 2023. Hal tersebut dikarena klien masih *bed rest* sehingga tidak dapat melakukannya secara mandiri, selain itu klien juga masih takut untuk bergerak ia masih merasa nyeri pada luka operasinya dan juga takut jika nantinya jahitannya akan robek jika ia bergerak. Hal tersebut sesuai dengan teori Aspiani (2017) yang mengatakan bahwa ibu *post sectio caesarea* membutuhkan bantuan orang lain

untuk memenuhi kebutuhan *personal hygiene* nya terutama ketika masih *bedrest*. Teori Virginia Henderson juga mengatakan bahwa pola aktivitas pada ibu *post sc* dapat terganggu karena adanya rasa nyeri di daerah operasi sehingga ibu akan membatasi pergerakan bahkan takut untuk bergerak.

Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe, didapatkan hasil bahwa pada bagian abdomen ditemukan terdapat luka post operasi dengan panjang ± 10 cm dengan posisi horizontal, keadaan luka masih tertutup oleh kasa, tanda REEDA (Reedness, edema, ecchymosis, draigane, approximation) belum terkaji karena luka masih tertutup kasa/verban. Pada bagian genetalia terdapat lochea rubra dan masih terpasang kateter. Hasil laboratorium yang dilakukan pada Ny.R didapatkan data bahwa terjadi peningkatan leukosit dengan hasil 19030 sel/uL dengan nilai normal yaitu 3800 – 10600 sel/uL.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data diperoleh beberapa masalah keperawatan pada Ny. R diantaranya yaitu : (D.0142) Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif *sectio caesarea* didapatkan hasil laboratorium terjadi peningkatan leukosit dengan hasil 19030 sel/uL dengan nilai normal yaitu 3800 – 10600 sel/uL, klien mengatakan nyeri pada luka operasinya dengan skala 4 dari 0 – 10 , klien mengatakan luka operasinya terasa panas dan gatal, klien mengatakan hari ini belum mandi dan belum mengganti pakaian; (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d klien mengeluh nyeri pada luka operasinya, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan secara terus menerus dengan

skala nyeri 4 dari 0 – 10; dan (D.0109) Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d klien mengatakan pada hari ini belum mandi/seka, klien belum mengganti pakaian, klien belum menggosok gigi, klien mengatakan takut bergerak karena takut jahitan operasinya terbuka sehingga belum mandi dan mengganti pakain. Kemudian pada saat dilakukan kunjungan rumah atau *home visit* ditemukan masalah (D.0055) Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur dd klien mengeluh tidak puas tidur karena sering terbangun untuk menyusui bayinya dan klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada bekas operasinya.

Berdasarkan teori kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu *post sc* berdasarkan SDKI (2017), tidak ditemukannya masalah menyusui tidak efektif, masalah gangguan eliminasi urin dan risiko perdarahan karena tidak ada data yang mendukung. Pada masalah menyusui tidak efektif setelah dikaji dari hari pertama hingga terakhir tidak ditemukan data yang mengarah ke masalah tersebut, klien mengatakan tidak ada masalah dalam menyusui bayinya dan saat dilakukan kunjungan rumah tampak klien sedang menyusui bayinya tanpa ada keluhan. Pada masalah gangguan eliminasi urin setelah dikaji dari hari pertama hingga hari terakhir tidak ditemukan data yang mengarah ke masalah tersebut, klien tidak ada keluhan ketika masih terpasang kateter maupun setelah dilepas kateternya. Pada masalah risiko perdarahan tidak ditemukan data yang mendukung juga saat dilakukan pengkajian hingga hari terakhir kunjungan.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan di susun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Intervensi pada masalah risiko infeksi meliputi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, berikan perawatan luka pada area luka operasi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan menjaga personal hygiene.

Intervensi pada masalah nyeri akut diantaranya Identifikasi nyeri secara komprehensif, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Intervensi pada masalah defisit perawatan diri diantaranya identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri, monitor tingkat kemandirian, sediakan lingkungan yang terapeutik, fasilitasi mandi, fasilitasi mengenakan pakaian, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Intervensi pada masalah gangguan pola tidur meliputi identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan dan lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan.

4.2.2 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan di laksanakan selama 5 hari yakni 2 hari di rumah sakit dan 3 hari kunjungan rumah. Pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan yang sudah di susun sebelumnya. Implementasi yang dilakukan pada masalah risiko infeksi yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, memberikan perawatan luka pada area luka operasi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan

cara memeriksa kondisi luka operasi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan menganjurkan menjaga *personal hygiene*. Selain dilakukan tindakan tersebut terdapat lembar observasi luka berupa pemantauan REEDA. Pada hari kedua asuhan keperawatan pada Ny.R terdapat tanda dan gejala infeksi berupa adanya nyeri pada luka skala 4 (0 – 10), adanya rasa panas dan gatal pada luka dan suhu klien meningkat yakni 37,8°C. Selain itu, hasil dari observasi REEDA menunjukkan penilaian = 1 yang artinya penyembuhan luka kurang baik. Didapatkan hasil, R : Tidak terdapat kemerahan, E : Tidak terdapat pembengkakan, E : Tidak terdapat bercak perdarahan, D : Terdapat serum dengan nilai 1, A : Pendekatan antar tepi luka baik. Setelah 4 hari dilakukan tindakan terlihat peningkatan kondisi klien yang semula terdapat tanda dan gejala infeksi menjadi berkurang yakni nyeri yang dirasakan menurun skala 1 (0 – 10), tidak ada rasa panas dan gatal pada luka, dan suhu dalam batas normal 36,5°C. Hasil observasi REEDA menunjukkan nilai = 0 yakni R : Tidak terdapat kemerahan, E : Tidak terdapat pembengkakan, E : Tidak terdapat bercak perdarahan, D : Tidak terdapat cairan/serum luka, A : Pendekatan antar tepi luka baik berdasarkan hasil observasi tersebut artinya penyembuhan luka baik.

4.2.2 Evaluasi

Pada masalah risiko infeksi dilakukan evaluasi pada hari Selasa tanggal 18 april pukul 16.00 dengan membandingkan dengan kriteria hasil. Dan diperoleh hasil evaluasi meliputi TTV dalam batas normal tekanan darah 110/70, nadi 62 x/menit, nafas : 20 x/menit, saturasi oksigen 97 %, suhu 36, 5°C, tidak terdapat kemerahan, tidak terdapat panas, tidak terdapat bengkak. Nilai REEDA = 0 yakni

tidak terdapat kemerahan, tidak terdapat bengkak, tidak terdapat kebiruan, tidak terdapat cairan/nanah, pendekatan antar tepi luka baik.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Penulis menyadari bahwa hasil penelitian ini masih terdapat beberapa keterbatasan yang diantaranya disebabkan oleh beberapa faktor yaitu ibu *post SC* yang dirawat di RSUD Al-ihsan sudah diperbolehkan pulang setelah POD 2 sehingga perawatan luka hanya bisa dilakukan hanya 1 kali saja, selain itu sulitnya melakukan kontrak waktu untuk home visit dengan pasien dikarenakan pasien yang memiliki kesibukan lainnya setelah pulang dari rumah sakit.