

## BAB IV

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### 1.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus dengan judul “Asuhan keperawatan pada Ny.”P” P2A0 *Postpartum Maturus Sectio Caesarea transperitoneal Profunda* POD 1 Dengan Masalah Nyeri Akut Di Ruang Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2023” ini sudah selesai dilaksanakan dari tanggal 10 April s/d 19 April 2023, dengan 1 orang pasien yang diberikan fokus intervensi asuhan keperawatan dan fokus intervensi Terapi musik untuk menurunkan Nyeri pada ibu postpartum *Sectio Caesarea*. Pelaksanaan studi kasus ini berlangsung 5 hari dengan 3 hari di rumah sakit dan 2 hari di rumah pasien (*home visit*). Hasil data yang didapatkan dan dikumpulkan akan digambarkan dalam bentuk asuhan keperawatan yang terdiri dari beberapa proses keperawatan yaitu, pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### 4.1.1 Hasil Pengkajian

---

##### a. Pengkajian

---

(1)	(2)
Identitas pasien	Pasien ber inisial Ny.”P” berumur 29 tahun, no register 430530, bertempat tinggal di Kp Galampit 03/16,Desa Cileunyi kulon,Kec Cileunyi, Jawa Barat, tanggal masuk RS 13 April 2023 dan dioperasi <i>sectio caesarea</i> pada tanggal 14 April 2023. Ibu dikaji oleh perawat pada tanggal 14 April 2023 pada jam 13.30 WIB dengan diagnosa Ibu P1A0 34 – 41 minggu dengan letak sungsang.
Riwayat kesehatan	<b>b. Keluhan utama</b> Pasien mengeluh nyeri bekas oprasi sambil meringis kesakitan

---

**c. Riwayat kesehatan sekarang**

Pada tanggal 10 april 2023 pasien datang ke poli kandungan RSUD Kota Bandung lalu mendapat jadwal oprasi pada tanggal 14 April 2023 di karnakan bayi sungsang. Setelah itu pasien datang kembali ke RSUD pada tanggal 13 April 2023 untuk di rawat inap menjelang oprasi, lalu pada tanggal 14 April 2023 jam 09.00 – 10.00 pasien melakukan oprasi, setelah oprasi selesai pasien kembali keruangan aster dengan keluhan nyeri bekas oprasi.

Pasien mengatakan nyeri pada luka oprasi nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika pasien istirahat nyeri di rasa seperti di sayat. Nyeri di rasakan pada bagian perut bawah dengan skala 8 dari (1 – 10), nyeri dirasa hilang timbul. TTV : TD :123/85 mmHg, N :100x/menit, R:20x/menit, S:36,5°C, SPO2 : 85%. Pasien tampak meringis pada saat bergerak.

**d. Riwayat kesehatan dahulu**

Pasien menyatakan tidak pernah di rawat atau di oprasi sebelumnya, pasien tidak memiliki trauma dan tidak menggunakan obat-obatan

**e. Riwayat kesehatan keluarga**

Pasien mengatakan keluarganya sehat, tidak ada yang menderita penyakit menurun, seperti tekanan darah tinggi, gula, dan jantung. Pasien juga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular, seperti tuberkulosis, hepatitis atau penyakit menular seksual.

**f. Riwayat ginekologi**

**Riwayat menstruasi**

Pasien mengatakan pertama kali mens pada saat umur 12 tahun dengan siklus haid 29 hari.

**Riwayat pernikahan**

Pasien berstatus menikah dan merupakan pernikahan yang pertama saat berumur 20 tahun, lama pernikahan sudah 10 tahun.

**Riwayat keluarga berencana (KB)**

Pasien mengatakan sebelumnya menggunakan KB Pil selama 3 tahun, dan sudah berencana menggunakan KB Suntik sesudah melahirkan.

**g. Riwayat obsetri**

**Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu**

Pasien mengatakan ini merupakan kehamilan anak ke 2. Ibu melahirkan anak pertama pada tahun 2014 secara spontan berjenis kelamin Laki – Laki dengan berat badan 2950gr bersalin di BPM.

**Riwayat kehamilan sekarang**

Riwayat P2A0 dengan HPHT 2 juli 2022 TP : 9 April 2023, ibu bersalin 14 April 2023, ANC 10 x di BPM RSUD Kota Bandung

**Riwayat persalinan sekarang**

Ibu mengalami sungsang jenis persalinan buatan *sectio caesarea* dengan insisi *transperitoneal profunda* dengan masa gestasi 41 minggu.

---

**Pola aktivitas sehari - hari**

Pola makan pasien saat dirumah dan dirumah sakit tidak berbeda hanya di rumah sakit pasien diberikan makan yang tinggi protein seperti

---

---

telur dan susu, untuk pola minum ibu tidak berbeda dengan jenis air mineral dan jumlahnya  $\pm 8$  gelas/hari,

Pola eliminasi tidak berbeda yaitu BAB dengan frekuensi 1 kali/ hari berwarna kuning padat, terpasang kateter berwarna kuning jernih dengan bau amonia.

Pola istirahat dan tidur ibu berbeda saat dirumah sakit karena ibu sulit tidur saat merasa nyeri pada luka operasi.

Pasien belum mandi/di seka, sudah ganti pakaian 1x/hari, jenis pakaian kaos dan daster, perawatan gigi 1x/hari, perawatan payudara belum di lakukan.

Pasien sudah mengetahui mengenai hubungan sex pasca melahirkan, ibu tidak merokok, dan tidak meminum minuman yang beralkohol.

---

**Pemeriksaan fisik**

Kesadaran Ny.P Compos Mentis GCS 15, pasien tampak meringis dengan TTV TD : 123/80 mmHg, N : 72x/menit R : 20x/menit S: 36,2 °C Warna rambut pasien hitam dengan distribusi merata, tampak bersih namun sedikit rontok. Tidak terdapat cloasma gravidarium. Penglihatan pasien normal pasien dapat membedakan warna dan pasien tidak menggunakan kacamata. Konjungtiva merah muda, tidak terdapat lesi ataupun edema pada kelopak mata, sklera tidak ikterik. Telinga bersih tidak ada serumen dan pasien mampu merespon suara perawat, hidung bersih tidak ada kotoran, fungsi penciuman baik, dapat mencium aroma kayu putih, mulut bibir lembab, gusi merah muda, leher tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid Pergerakan nafas teratur, bunyi nafas vasikular bunyi jantung lup dup dan irama jantung regular, bentung payudara simetris tegang, puting susu menonjol, areola bersih, tidak ada benjolan, kolostrum tidak ada.

Terdapat luka bekas operasi dengan insisi *transperitonealis* profunda dengan panjang  $\pm 10$  cm, keadaan luka tertutup oleh perban, TFU sepusar, kontraksi uterus keras, tidak ada edema, tidak berwarna kebiruan di sekitar luka, tidak ada pengeluaran cairan/serum dari luka. Terpasang kateter, vulva tertutup, terdapat perdarahan, lochea lubra, tidak ada REEDA, anus tidak terdapat hemoroid

---

**Data psikologis**

Status emosional Emosi pasien stabil, pasien mengatakan merasa sangat senang dapat melahirkan lancar walaupun melahirkan secara SC, ibu masih dengan pada fase taking in dan masih beradaptasi dengan pengalaman baru operasi sectio caesarea

---

**Pemeriksaan penunjang**

Laboratorium (Darah) :

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Leukosit	H 12.21	$10^3/\mu\text{L}$	3.6-11.0

---

**Therapi obat**

Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
-----------	-------	------	----------

---

<b>Therapi non farmakologi</b>	<b>Ceftriaxone</b>	2x1 gr	IV	Antibiotik untuk mengatasi berbagai infeksi yang terjadi dalam tubuh
	<b>Paracetamol</b>	3x500 mg	Oral	Obat analgetik Untuk meredakan nyeri
	<b>SF</b>	1x 200 mg	Oral	Suplemen zat besi untuk mengatasi anemia akibat kekurangan zat besi dalam darah
	<b>Terapi musik</b>	15 menit		Manfaat dari terapi musik yaitu penggunaan musik untuk relaksasi, mempercepat penyembuhan, meningkatkan fungsi mental dan menciptakan rasa sejahtera.

#### 4. 1 Pengkajian Bayi

<b>Data Bayi (1)</b>	<b>Hasil (2)</b>		
<b>Identitas bayi</b>	By. Ny. P, berjenis kelamin laki-laki lahir pada tanggal 14 April 2023 pukul 09.40 WIB. No. Register 821250. Berat badan 3665 gr, panjang badan 45 cm. Dilakukan pengkajian pada tanggal 14 April 2023.		
<b>APGAR score</b>	<b>Kriteria</b>	<b>1 menit</b>	<b>5 menit</b>
	<i>Appearance</i> (colour = warna kulit)	2	2
	<i>Pulse</i> (heart rate = denyut nadi)	2	2
	<i>Grimace</i> (refleks terhadap rangsangan)	1	2
	<i>Activity</i> (tonus otot)	2	2
	<i>Respiration</i> (usaha bernafas)	1	2
	<b>Jumlah</b>	8	10
<b>Pemeriksaan fisik</b>	Kesadaran bayi menangis dan aktif-sadar, hasil TTV: Suhu: 36.50C, HR: 44x/mnt, Pernafasan: 118x/mnt. Lingkar kepala: 34 cm, sedikit lonjong,. kulit kemerahan, terdapat vernik kaseosa, tidak terdapat milia, tampak lanugo lembut, tipis, dan halus. Bercak mongolia tidak ada, tanda lahir tidak ada, dan bayi tidak ikterik. Rambut hitam, halus dan bersih, bulu mata lentik keatas, alis berwarna hitam, simetris dan distribusi merata. Kuku jari lengkap berjumlah 10, bersih, dan kuku panjang. Payudara simetris, terdapat areola berwarna coklat, terdapat puting susu. Panjang penis 3 cm. Refleks pelindung (+), refleks makan (+), refleks bernafas (+), indera khusus (+).		

a. Analisa data

4. 2 Analisa Data

No	Data	Kemungkinan penyebab	Masalah
(1)	(2)	(3)	(4)
1	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri pada bagian luk oprasi saat berkemih dan bergerak.</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat sayat</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat Nyeri tekan pada luka oprasi.</li> <li>- Skala nyeri 8 (1 – 10)</li> <li>- Tampak meringis</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 123/80 mmHg R : 20x/Menit N : 80x/Menit S : 36,2 °C</p>	<p>Post partum sectio ceasarea</p> <p>↓</p> <p>Fisiologis</p> <p>↓</p> <p>Sistem integumen</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Ruang insisi</p> <p>↓</p> <p>Radang mendadak</p> <p>↓</p> <p>Rangsangan resepsor nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri akut (D.0077)
2	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluhkan kesulitan tertidur</li> <li>- Pasien mengatakan akan terbangun apabila nyeri di luka bekas oprasi terasa,dan terbangun di malam hari karna bayi nya menangis</li> </ul> <p><b>DO :</b> ibu tampak lesu</p>	<p>ectio Ceasarea</p> <p>↓</p> <p>Post partum / nifas</p> <p>↓</p> <p>Psikologi</p> <p>↓</p> <p>Penambahan anggota baru</p>	Gangguan pola tidur (D.0077)




---

3	<b>DS:</b> - Pasien menyatakan Terdapat luka dalam op sc.  <b>DO:</b> - Terdapat luka dalam ± 10 cm pada bagian bawah abdomen - Terpasang kateter - Kassa belum di ganti	Post partum sectio ceasarea  ↓ Fisiologis  ↓ Sitem integumen  ↓ Diskontunitas jaringan  ↓ Luka  ↓ Luka terpapar dunia luar  ↓ Perkembangbiakan bakteri dan kuman  ↓ Resiko infeksi	Resiko infeksi (D.01142)
---	--	--	-----------------------------

---

#### 4.1.2 Diagnosa Keperawatan

##### 4. 3 Diagnosa Keperawatan

---

No.	Diagnosa
(1)	(2)
1	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik di tandai dengan Pasien mengeluh nyeri pada bagian luk oprasi dan bergerak, Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat sayat, Terdapat Nyeri tekan pada luka oprasi, Skala nyeri 8 (1 – 10), Tampak meringis, TTV : TD : 123/80 mmHg, R : 20x/Menit, N : 80x/Menit, S : 36,2 °C

---

2	(D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan pasien mengeluh kesulitan tertidur
3	(D.01142) Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi di tandai dengan pasien menyatakan terdapat luka dalam post op sc, Terdapat luka dalam $\pm$ 10 cm, Kassa belum di ganti

### 1.1.3 Intervensi Keperawatan

#### 4. 4 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik di tandai dengan Pasien mengeluh nyeri pada bagian luk oprasi dan	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x7 jam di harapkan nyeri berkurang	Observasi 1. Identitasi lokasi,karakteristik,du rasi frekuensi,kalitas,itensi tas nyeri 2. Monitor TTV	1. mengetahui lokal karakteristik,durasi,fr ekuensi,kualitas,dan intensitas nyeri 2. mengetahui keadaan umum pasien

bergerak, Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat sayat, Terdapat Nyeri tekan pada luka oprasi, Skala nyeri 8 (1 – 10), Tampak meringis, TTV : TD : 123/80 mmHg, R : 20x/Menit, N : 80x/Menit, S : 36,2 °C	dengan kriteria hasil - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang - Mampu tidur dan beristirahat dengan tenang	3. Identifikasi non verbal 4. Identifikasi skala nyeri 5. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 6. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 7. fasilitasi istirahat tidur Edukasi 8. Jelaskan penyebab periode Edukasi 9. berikan analgetik sesuai anjuran dokter (PCT 3x500 mg, Ethigobal 3x500 mg dan SF 1X1 mg rute oral).	3. mengetahui respon pasien 4. mengetahui tingkat cedera yang di rasakan pasien 5. mengurangi faktor faktor yang dapat mempengaruhi nyeri yang di rasakan 6. teknik non farmakologis dapat mengurangi nyeri 7. kebutuhan tidur pasien terpenuhi 8. pasien dapat mengetahui penyebab nya 9. analgetik dapat mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien
---	---	--	--

<b>2</b> (D.0077) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur di tandai dengan pasien mengeluh kesulitan tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun	<b>Observasi</b> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). Terapeutik 4. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 5. Batasi tidur siang jika perlu	1. dengan mengidentifikasi pola aktivitas tidur, maka dapat diketahui seberapa cukup pasien beristirahat  2. dengan mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dapat mengetahui apakah pasien terganggu tidur akibat faktor fisik ataupun faktor psikologi 3. minuman yang mengandung kafein, dapat mempengaruhi
---	--	---	---



			6. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi, akupresur). 7. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	<p>rasa kantuk</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. lingkungan yang nyaman dapat membuat pasien rilex dan dapat beristirahat dengan tenang</p> <p>5. waktu tidur pada siang hari yg berlebihan dapan mempengaruhi tidur malam</p> <p>6. Dengan meningkat kan kenyamanan dapat membuat pasien lebih cepat untuk beristirahat</p> <p>7. agar pasien dapat mengerti pentingnya tidur cukup saat sakit</p>
3.	(D.01142) Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi di tandai dengan pasien menyatakan terdapat luka dalam post op sc, Terdapat luka dalam ± 10 cm, Kassa belum di ganti	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x7 jam di harapkan tidak ada tanda tanda infeksi dengan kriteria hasil - Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi - Menentukan kemampuan untuk mencegah tumbuh nya infeksi - menunjukan prilaku hidup sehat	Observasi 1. Monitor tanda gejala lokal dan sistematik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. berikan perawatan kulit pada luka op 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda gejala infeksi 7. Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan	<p>1. Mengetahui tanda gejala lokal atau resiko infeksi</p> <p>2. agar luka pasien tetap amandari bakteri lain nya</p> <p>3. Perawatan kulit bertujuan untuk menjaga tidak terjadi infeksi</p> <p>4. Meminimalisir virus atau bakteri pada area sekitar luka bekas post op</p> <p>5. teknik aseptik dapat mencegah terjadinya resiko infeksi</p> <p>6. Agar pasien mengetahui tanda gejala dan resiko infeksi</p> <p>7. mempermudah bila pasien ingin memeriksa luka di rumah</p>

---

8. asupan nutrisi baik  
bisa membantu  
pengeringan luka  
dengan cepat

---

#### 1.1.4 Implementasi Keperawatan

No.	Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	14 April 2023 10.00	3	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien E/ perawat mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
2.	10.10	1	Memonitor TTV E/ TD: 123/85 mmHg N : 100x/menit S : 36,2 °C Spo2: 95%	
3	10.15	1	Mengkaji secara komperhensif (lokasi,karakteristik,durasi dan frekuensi) E/ Pasien mengatakan lokasi nyeri berada di bagian perut sekitar bekas luka oprasi,nyeri seperti di tusuk tusuk	
4	13.18	1	Mengidentivikasi non verbal E/ Pasien tampak meringis	
5	13.18	3	Membatsi jumlah pengunjung E/Hanya suami pasien yang menunggu	
6	18.30	1	Mengidentifikasi skala nyeri E/Pasien menyatakan skala nyeri 8 (1 – 10)	
7	18.35	1	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri seperti terapi musik E/Pasien menyukai genre pop,pasien menyatakan lebih tenang dari sebelum di berikan terapi musik	

#### 4.1.5 EVALUASI FORMATIF

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
15-04-2023 08.00 WIB	1	<p>S : Pasien mengeluh nyeri hingga sulit tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>h. Skala nyeri 8 (1 – 10)</li><li>i. TD : 123/85 mmHg</li><li>j. N : 100 x/menit</li><li>k. RR : 20 x/menit</li><li>l. Spo2% : 95%</li></ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1. Monitor tanda – tanda vital</li><li>2. Berikan teknik non farmakologi untuk menghilangkan nyeri seperti terapi musik</li><li>3. Identifikasi non verbal</li><li>4. Identifikasi skala nyeri</li><li>5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li></ul> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>2. Memonitor tanda – tanda vital</li><li>3. Berikan teknik non farmakologi untuk menghilangkan nyeri seperti terapi musik</li><li>4. Mengidentifikasi non verbal</li><li>5. Mengidentifikasi skala nyeri</li><li>6. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li></ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1. TD : 123/85 mmHg</li><li>N : 100 x/menit</li><li>RR : 20 x/menit</li><li>Spo2% : 95%</li></ul>	

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien menyukai genre musik pop</li> <li>3. Pasien tampak meringis</li> <li>4. Skala nyeri 7 (1 – 10)</li> <li>5. Faktor yang memperberat adalah saat berusaha bergerak dari tidur ke bangun, yang memperingan adalah istirahat</li> </ol>
		R : lanjutkan intervensi
15-04-2023 08.00 WIB	2	<p>S : Pasien mengatakan sulit tertidur</p> <p>O : Pasien tampak lesu</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> </ol> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur</li> <li>5. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>6. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> </ol> <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari</li> <li>2. Pasien terganggu tidurnya karena nyeri luka operasi</li> <li>3. Pasien tidak mengonsumsi minuman berkafein</li> </ol>
		R : Lanjutkan intervensi
15-04-2023 09.00 WIB	3	<p>S : pasien belum mengetahui tanda gejala</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka operasi ± 10 cm</li> <li>2. Leukosit setelah operasi <math>12.21 \times 10^3/\mu\text{L}</math></li> </ol>

---

3.Tidak ada kemerahan,tidak ada pembengkakan

4.masih terpasang kateter

A : Masalah teratasi sebagian

P :

1.Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

2.Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan

3.Kolaborasi obat analgetik

4.monitor tanda bahaya infeksi

5.lepas kateter

I :

1.Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

2.Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan

3.Berkolaborasi obat

4.Memonitor tanda bahaya dan infeksi

5.Melepas kateter

E :

1.Perawat mencuci tangan di air mengalir

2.Pasien akan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan meningkat

3.pasien dapat obat ceftriaxone 2x1 dan obat paracetamol 3x 500mg

4.Tidak terdapat tanda bahaya gejala infeksi tidak ada pembengkakan pada luka

5.Pasiens udah tidak menggunakan kateter

---

---

R : Lanjutkan intervensi

---

16-04-2023  
09.00 WIB

1

S : Pasien menyatakan nyeri yang di rasakan hilang timbul,masih terasa saat pasien banyak bergerak

O :

1. Pasien tampak meringis saat bergerak memposisikan tubuh ingin duduk

2. Skala Nyeri 6 ( 1 – 2)

A : Masalah teratasi sebagian

P : Berikan obat analgetik

I : Memberikan obat analgetik

E : Pemberian paracetamol

R : Lanjutkan intervensi

---

16-04-2023  
09.00 WIB

2

S : Pasien menyatakan tadi malam tidur nyenyak

O : Pasien tampak segar

A : Masalah teratasi

P :

1.Idenifikasi Pola aktifitas dan tidur

2.Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

I :

1. Mengidentifikasi Pola aktifitas dan tidur

2.Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

E:

1.Pasien tidur nyenyak

---

---

2. Pasien tidak meminum dan makan yang mengakibatkan sulit tertidur

R: Intervensi di hentikan

---

16-04-2023  
09.00 WIB

3

S : Pasien menyatakan sudah meningkatkan asupan nutrisi

O : Tidak ada tanda gejala infeksi seperti demam, Kemerahan pada area luka, Pembengkakan pada area luka, tidak ada bercak darah, tidak ada rembesan

A : Masalah teratasi sebagian

P :

1. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
2. Jelaskan tanda gejala infeksi
3. Berikan perawatan luka op
4. anjurkan cara memeriksa kondisi

I :

1. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
2. Menjelaskan tanda gejala infeksi
3. Memberikan perawatan luka op
4. Menganjurkan cara memeriksa kondisi

E :

1. Perawat mencuci tangan di air mengalir
2. Pasien menyatakan paham dengan penjelasan perawat, pasien dapat menjelaskan ulang apa yang telah di jelaskan perawat
3. Luka masih tampak basah kemerahan tidak ada pembengkakan
4. Pasien sudah di beri arahan apabila terjadi rembesan maka segera periksa ke RS terdekat

R: Lanjutkan intervensi

---



---

17-04-2023 (Home Visit) 14.00 WIB	1	<p>S : ibu mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>O : Ibu sudah tidak meringis lagi,Skala 4 (1 – 10)</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor TTV</li> <li>2. kaji skala nyeri</li> <li>3. beri teknik non farmakologi terapi musik</li> </ol> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV</li> <li>2. Mengkaji skala nyeri</li> <li>3. Memberi teknik non farmakologi terapi musik</li> </ol> <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 120/80 mmHg S : 36,3 C, N : 80x/menit SPO2 : 95%</li> <li>2. Skala 3 (1 – 3)</li> <li>3. Pasien menyukai genre musik pop</li> </ol> <p>R : Intervensi di lanjutkan</p>
17-04-2023 (Home Visit) 14.00 WIB	3	<p>S : ibu mengatakan tidak ada tanda gejala infeksi</p> <p>O : Balutan bersih</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>I : menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>E : ibu memahami penjelasan perawat</p>

---

---

18-04-2023 (Home Visit) 15.00 WIB	1	R : Lanjutkan intervensi
		S : Ibu mengatakan sudah tidak mengeluh nyeri
		O : Ibu tampak segar,
		A : Masalah teratasi
		P : kaji skala nyeri
		I : Mengkaji skala nyeri
		E : skala nyeri 2 (1 – 10)
		R : intervensi di lanjutkan

---

### 1.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
18 April 2023 15.00	1	S :  - Pasien menyatakan nyeri sudah berkurang - Pasien menyatakan skala nyeri 2  O :  - Klien tampak nyaman - TD : 115/80 mmHg N : 90x/menit S : 36 °C  A : Masalah teratasi  P : Intervensi di hentikan	
16 April 2023 09.00	2	S :  1. Ibu menyatakan tidur teratur 2. Bangun malam ketika bayi menangis saja  O : Pasien tampak segar  A : Masalah teratasi  P : Intervensi di hentikan	

18 April  
2023  
15.00

**3**

S :

- Pasien menatakan tidak merasakan tanda gejala infeksi seperti demam, ataupun gatal di luka oprasi
- Pasien dan keluarga memahami makanan apa saja yang harus di konsumsi untuk mempercepat penyembuhan luka oprasi

O : Tidak terdapat tanda tanda infeksi

A : Masalah teratasi

P : Intervensi di hentikan

---

## 1.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.P selama 5 hari berturut-turut dimana 2 hari dilakukan asuhan keperawatan di rumah sakit dan 3 hari dilakukan secara home visit dengan setiap harinya telah dilakukan intervensi yang sesuai dengan masalah yang dirasakan oleh pasien, yang mana sudah dibahas sebelumnya bahwa hasil studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien Post *Sectio Caesarea* dengan masalah nyeri akut.

### 1.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan kepada Ny.P didapatkan hasil bahwa keluhan utama pasien adalah nyeri pada luka post operasi yang dirasakan seperti disayat, di rasakan pada skala 8 (1 – 10), dirasakan hilang timbul dan pasien meringis kesakitan. Hal ini sejalan dengan teori Mubarak dkk (2015) nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan di tandai adanya peningkatan tegangan otot. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan respon emosi perilaku seperti meringis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai (Sri Wahyuningsing 2019)

Hasil dari pemeriksaan fisik di dapatkan kesadaran composmentis GCS 15, TD:123/80 mmHg, N: 72x/mnt, R: 20x/mnt, S: 36,2 °C hasil antropometri TB: 150 cm BB sekarang:70 Kg BB sebelum hamil: .65 Kg, Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe dimana didapatkan hasil pada bagian kepala didapatkan hasil normal, tidak terdapat kelainan pada bagian dada Pergerakan nafas teratur, bunyi

nafas vasukular, bunyi jantung lup dup dan irama jantung reguler. Pada bagian abdomen terdapat luka bekas operasi  $\pm$  10 cm, keadaan luka tertutup kassa, luka horizontal, terdapat sriae lividae, penurunan TFU 1 jari di bawah pisat, posisi uterus di bawah pusat, tidak terdapat tanda REEDA (Reedness, edema, ecchymosis, draigane, approximation). Pada bagian ekstremitas atas dan bawah di temukan hasil normal, tidak ada edema, jumlah jari 10, tidak ada varises refleks patela (+) dan hommans sign (-).

Hasil labolatorium yang telah di lakukan kepada Ny.P telah di dapatkan peningkatan leukosit dengan nilai  $12.21 \times 10^3/\mu\text{L}$  dengan nilai normal  $3.6 - 11.0 \times 10^3/\mu\text{L}$  namun untuk hasil seperti hemaglobin, hematokrit, eritrosit, trombosit, sesuai dengan batas normal. Menurut tinjauan teori Leniwita & Anggraini (2019) pada *early post partum* jumlah leukosit meningkat dari  $15.000/\text{mm}^3$  bisa mencapai hingga nilai  $25.000/\text{mm}^3$  atau hingga nilai  $30.000/\text{mm}^3$  dan tidak adanya kondisi patologis. Jika jumlah leukosit meningkat sebanyak lebih dari 30% dalam 6 jam pertama, maka hal tersebut bisa menjadi indikasi adanya infeksi.

### 1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diangkat oleh Penulis sudah sesuai dengan yang telah ditemukan oleh Tim Pokja DPP PPNI, berdasarkan hasil analisa data yang diperoleh didapatkan masalah diagnosa keperawatan tambahan diluar tinjauan teori yaitu (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik di tandai dengan Pasien mengeluh nyeri pada bagian luk operasi dan bergerak, Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat sayat, Terdapat Nyeri tekan pada luka operasi,

Skala nyeri 8 (1 – 10), Tampak meringis, TTV : TD : 123/80 mmHg, R : 20x/Menit, N : 80x/Menit, S : 36,2 °C, diagnosa selanjutnya yang di peroleh (D.01142) Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi di tandai dengan pasien menyatakan terdapat luka dalam post op sc, Terdapat luka dalam  $\pm$  10 cm, terpasang kateter. (D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan pasien mengeluh kesulitan tertidur

Adapun diagnosa lain yang seharusnya muncul yaitu, (D. 0029) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai tidak diangkat sebagai diagnosa karena ASI ibu lancar, tidak terjadi penyumbatan ASI, dan pembengkakan pada payudara. mobilitas fisik (D.0054) tidak diangkat karena berhubungan dengan tidak adanya tanda kelemahan pada Ny.”P”. (D.0039) tidak diangkat karena Ny.”P”karna tidak terjadi perdarahan, gangguan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasional (D.0120) tidak diangkat sebagai diagnose karena hubungan pasien dengan keluarga baik.defisit perawatan diri (D.0109) tidak di angkat diagnose karna kondisi umum ibu tidak mengganggu ibu untuk melakukan perawatan diri.

### 1.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut selama 5x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil (L.08066): pasien mengatakan nyeri berkurang, keluhan nyeri meringis menurun dan pasien tampak tidak gelisah, dengan intervensi yang diberikan yaitu manajemen nyeri (I.08238).

Rencana intervensi keperawatan yang dapat diberikan untuk diagnosa keperawatan risiko infeksi selama 5x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil (L.05057) : tidak ada tanda-tanda infeksi (nyeri, demam, kemerahan, dan bengkak), leukosit dalam batas normal, dengan intervensi yang diberikan yaitu pencegahan infeksi (I.4539)

#### 1.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi yang sudah dilakukan kepada pasien dimulai pada tanggal 14 April 2023 hingga 18 April 2023 untuk mengatasi masalah yang dirasakan oleh pasien khususnya masalah nyeri akut yang sudah direncanakan sesuai dengan apa yang telah ditemukan Tim Pokja DPP PPNI pada SIKI 2018 dimana selama 5x7 jam kondisi pasien meningkat ditandai dengan skala nyeri yang di rasakan pasien menurun, pada implementasi dilakukan tindakan pencegahan infeksi seperti : memonitor TTV pasien, melakukan Tindakan non farmakologi terapi music untuk menurunkan skala nyeri. Untuk mengukur skala nyeri sendiri di lakukan dengan menggunakan NRS (Numeric Reting Scale)

Rencana intervensi lainnya yang dapat di lakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi selama 5x7 jam kondisi pasien meningkat ditandai dengan tidak terjadi tanda gejala infeksi pada implementasi dilakukan tindakan pencegahan infeksi seperti : memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, kemudian perawatan luka post SC



### 1.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Evaluasi hasil yang dilakukan pada senin 18 April 2023 masalah nyeri akut Ny.P pada studi kasus ini nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi. Dari keempat kriteria hasil yang diharapkan pada Ny.P dapat tercapai Pasien menyatakan nyeri sudah berkurang pasien menyatakan skala nyeri 2

### 1.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus terkait Asuhan Keperawatan Ny. "P" P2A0 Post Partum Maturus *Sectio Ceasarea transperitoneal Profunda* POD 1 Dengan Masalah Nyeri Akut Di Ruang Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2023 yang dilakukan selama 5 hari, 2 hari di rumah sakit dan 3 hari *home visite*. Penulis mengalami beberapa keterbatasan selama melakukan studi kasus, yaitu :

- 1) Penulis kesulitan menemukan pasien kelolaan baru mendapatkan pasien kelolaan pada hari ke-4 dinas.
- 2) Sulitnya menyocokkan jadwal dinas dengan pelaksanaan keperawatan yang akan diberikan.
- 3) Lokasi tempat tinggal pasien lumayan jauh.
- 4) Sulitnya melakukan dokumentasi implementasi keperawatan dikarenakan saat melakukan *home visite* tidak ditemani oleh rekan karena memiliki kesibukan satu sama lain.