

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan terhadap kasus kelolaan dilakukan di Ruang Dara RSUD Wangaya. Pengkajian pada pasien yaitu Ny. S dilakukan pada tanggal 10 Mei 2025 pukul 07.00 WITA

1. Identitas pasien		Penanggung jawab	
Nama	: Ny.S	Nama	: Tn. I
Umur	: 22 th	Umur	: 25 th
Pendidikan	: SMK	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status Perkawinan	: Kawin	Pekerjaan	: Swasta
Agama	: Hindu	Alamat	: Denpasar
Suku	: Bali	Status Perkawinan	: Kawin
Alamat	: Denpasar	Agama	: Hindu
No. CM	: 509859		
Tanggal MRS	: 10/05/2025		
Tanggal Pengkajian	: 10/05/2025		
Sumber Informasi	: Pasien		

2. Alasan dirawat

a. Alasan MRS :

Pasien mengatakan datang ke RSUD Wangaya karena merasa gerakan bayi berkurang sejak pukul 00.00 wita dengan usia kehamilan 40 minggu 3 hari.

b. Keluhan saat dikaji :

Saat pengkajian tgl 10 Mei 2025, hari ke 1 post operasi seksio sesarea, Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC, skala nyeri 7 (0-10)

c. Riwayat masuk rumah sakit

1) Keluhan utama (saat MRS dan sekarang) :

Pasien mengatakan datang dikarenakan merasa gerakan bayi berkurang sejak pukul 00.00 wita dan sudah melewati masa hari perkiraan lahir (06 Mei 2025), keluhan saat ini nyeri pada luka bekas operasi SC, skala nyeri 7 (0-10)

2) Riwayat persalinan sekarang :

Pada tanggal 9 Mei 2025 pukul 07.00 wita pasien datang ke RSUD Wangaya karena merasa gerakan bayi agak berkurang sejak pukul 00.00 wita. Pasien membawa surat rujukan, gerakan janin (+) keluar air pervaginam (+), KU pasien baik, Kesadaran composmentis, DJJ : 145x/mnt, TD : 110/70 mmHg, HR: 98x/mnt, S: 36, RR: 20x/mnt, SpO2 : 98%.

Pukul 14.50 wita operasi dimulai, dilakukan tindakan SC. Pasien tampak tegang, TD : 144/93 mmHg, N : 95 x/mnt, RR : 18x/mnt dan pukul 15.03 wita bayi lahir, segera menangis, ketuban (+), vacuum (-), belitan (-), jenis kelamin perempuan, BB 3540 gr, PB : 52 cm, LK/LD : 36/37 cm, anus (+), kelainan (-) apgar score: 8-9-9-10, BAB (+), BAK (-), plasenta lahir lengkap. Luka pasien dibersihkan dengan NaCl lalu dilakukan prosedur jahit luka operasi, operasi selesai pukul 15.54 wita, Pasien terpasang selang kateter, produksi (+). TD : 128/64 mmHg, N : 80x/mnt, RR : 18x/mnt

Pukul 18.30 wita pasien dijemput dari ruang Instalasi Bedah Sentral ke Ruang rawat inap Dara, kondisi umum baik, kesadaran composmentis, E4V5M6, kontraksi

uterus baik, tinggi fundus uteri sepusat, pengeluaran pervaginam (+) lochea rubra, produksi ASI +/+, tidak tampak perdarahan pada luka operasi, terpasang infus RL + Oxy 20iu 28 tpm, Selang kateter terawat dengan baik, produksi (+), TD : 127/88 mmHg, N : 78x/mnt, Suhu : 36,5, RR : 20x/mnt, Skala nyeri 7 (0-10).

3. Riwayat obstetri dan ginekologi

a. Riwayat Menstruasi :

- 1) Menarche : umur 14 th Siklus : teratur (✓) tidak ()
- 2) Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut /hari Lama : 7 hari
- 3) Keluhan : Nyeri haid
- 4) HPHT : Pasien lupa

b. Riwayat pernikahan

- 1) Menikah : 1 kali Lama : 1 tahun

c. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu:

Tabel 2
Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Anak Ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Thn	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	laserasi	infeksi	Perdarahan	Jenis Kelamin	BB	Pj
1	Ini	40 minggu 3 hari	Tidak ada	SC	Dokter Sp. OG	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Normal	Perempuan	3540	52

d. Riwayat keluarga berencana

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB sebelumnya

4. Riwayat penyakit

- a. Klien : Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit

- b. Keluarga : Pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit

5. Data-bio-psiko-sosio-spiritual

- a. Pola manajemen kesehatan-persepsi kesehatan

Pasien mengatakan kesehatan sangat penting, sehingga pasien selalu berobat ke fasilitas kesehatan saat sakit dan rutin kontrol kehamilan

- b. Pola metabolik-nutrisi

Pasien mengatakan makan dirumah 4-5 kali sehari, minum 2300 cc/hari. Setelah dirawat di rumah sakit, pasien makan 3 kali sehari, habis 1 porsi, BB sebelum hamil 55 kg, BB setelah hamil 69 kg, TB 158 cm

- c. Pola eliminasi

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada saat BAB dan BAK. Sebelum dirawat pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dan BAK 6 – 7 kali sehari. Saat dirawat pasien belum ada BAB.

- d. Pola aktivitas-latihan

Pasien mengatakan sebelum dirawat, pasien tidak memiliki masalah saat beraktivitas. Namun saat dirawat pasien mengatakan belum dapat beraktivitas dengan baik, perlu bantuan orang lain karena terasa nyeri pada luka bekas operasi.

- e. Pola istirahat-tidur

Pasien mengatakan sebelum dirawat tidak memiliki gangguan tidur, pasien tidur 8-9 jam perhari. Namun, saat dirawat pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan mengganggu tidurnya.

f. Pola persepsi-kognitif

Pasien mengatakan nyeri pada perut luka bekas operasi, pasien baru pertama kali melakukan tindakan operasi, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri memberat saat bergerak, pasien mengatakan skala nyeri 7 (0-10).

g. Pola konsep diri-persepsi diri

Pasien mengatakan bahagia dengan kehadiran bayinya.

h. Pola hubungan-peran

Pasien mengatakan tidak ada hambatan berkomunikasi baik pada keluarga dan petugas di Ruang Nifas. Pasien mampu menjawab dengan jelas setiap pertanyaan yang diajukan.

i. Pola reproduktif-seksualitas

Setelah hamil pasien mengatakan lebih jarang berhubungan seksual dengan suaminya

j. Pola toleransi terhadap stres-koping

Pasien mengatakan jika mengalami stress, pasien akan menghibur diri dengan bermain hp atau bercerita dengan suami maupun orang tua pasien.

k. Pola keyakinan-nilai

Pasien mengatakan rutin melakukan persembahyangan. Pasien percaya jika akan selalu diberikan kemudahan, kelancaran, serta perlindungan dari Tuhan

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum:

1) GCS :E4V5M6

2) Tingkat kesadaran : Composmentis

3) Tanda – tanda vital:

TD: 128/88 mmHg N: 98 x/mnt RR: 20 x/mnt T: 36.5

BB : 69 kg TB: 158 cm LILA : 27 cm

b. Head to toe

a. Kepala

Wajah : Simetris, tidak ada kelainan

Pucat : Tidak ada

Cloasma : Tidak ada

Sklera : Putih

Konjungtiva : Merah muda

Pembesaran limphe node : Tidak ada

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Telinga : Tidak ada kelainan

b. Dada

Payudara

Areola : Warna gelap Putting: (Menonjol/Tidak)

Tanda dimpling/ retraksi : Tidak ada

Pengeluaran ASI : Ada pada kedua payudara

Jantung : Dalam batas normal

Paru : Dalam batas normal

c. Abdomen

Line : Vertikal Striae : Ada

Luka bekas operasi: Ada, tertutup kasa dan hypapix pada perut bagian bawah

TFU: Sepusat, kontraksi uterus baik

d. Genetalia dan perinium

Kebersihan : Cukup

Keputihan : Tidak ada Karakteristik : Tidak ada

Hemoroid : Tidak ada

Tampak pengeluaran lochea rubra sebanyak ± 50 cc (2 kali ganti pembalut)

e. Ekstremitas

Atas:

Oedema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

CRT : < 2 dtk

Bawah:

Oedema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

CRT : < 2 dtk

Refleks Patellla : + / +

7. Pemeriksaan penunjang

a. Hasil Lab 09/05/2025

WBC : 7.55 HCT : 36.2

HB : 12.2 BT : 1'30"

RBC : 4,41 CT : 11'00"

b. Hasil Lab 20/10/2024

HbsAg : Non Reaktif

TPHA : Non Reaktif

PPIA : Non Reaktif

8. Diagnosa Medis

P1001 post SC H.1

9. Pengobatan

- a. Ceftriaxone 1 gr @12jam IV
- b. Ibuproven 400 mg @ 8 jam IV
- c. Drip Fentanyl 200 mcg + ketamin 20 mg dalam NaCl 0,9% 50 mL kecepatan 2,1 cc/jam
- d. Paracetamol 500 mg @ 6 jam PO

10. Analisa data

Tabel 3
Analisa Data

Data Fokus	Analisis	Masalah
DS : Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka bekas operasi SC, skala nyeri 7 (0-10) dengan <i>Numeric Rating Scale</i> dan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan DO : 1. Pasien tampak meringis, skala nyeri 7 (0-10) 2. Pasien tampak memegang bekas operasi pada perutnya 3. Pasien tampak kesulitan mencari posisi tidur dan takut bergerak, lebih banyak duduk 4. TFU sepusat 5. Pengeluaran pervaginam lochea rubra 6. Tampak luka post op seksio sesarea pada perut bawah tertutup kasa dan hypapix 7. TD : 128/88 mmHg, N : 98 x/mnt, RR : 18 x/mnt, S : 36.5 Spo2 : 98 %	Post tindakan SC ↓ Fisiologis ↓ Sistem integumen terputus ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensoris ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

B. Diagnosa Keperawatan

Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi seksio sesarea) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi sc, pasien tampak meringis, skala nyeri 7 (0-10), tampak memegang perutnya, tampak kesulitan mencari posisi tidur dan takut bergerak, lebih banyak duduk.

C. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4
Rencana Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. S dengan Post Seksio Sesarea

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi seksio sesarea) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, skala nyeri 7 (0-10), tampak memegang perutnya, tampak kesulitan mencari posisi tidur dan takut bergerak, lebih banyak duduk.	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri dan respon nonverbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Observasi TFU, pengeluaran pervaginam dan pengeluaran ASI Teraupetik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan pemberian pijat endorfin 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan suami/ keluarga untuk pijat endorfin Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik (drip fentanyl, paracetamol 4x500mg dan ibuprofen 3x400mg)

D. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan diberikan dua intervensi utama sesuai dengan perencanaan keperawatan yang mengacu pada SIKI dan SLKI terdiri dari manajemen nyeri, pemberian analgesik, dan intervensi inovasi berupa pemberian pijat endorfin yang dilakukan pada tanggal 10-13 April 2025 di Ruang Dara RSUD Wangaya. Implementasi keperawatan pada pasien kelolaan terlampir pada lampiran 7.

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 5
Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. S Post Seksio Sesarea

No	Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	13/05/2025 Pukul. 08.00	S: Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman, nyeri pada bekas operasi berkurang, skala nyeri 2 (0-10) O: Pasien tampak rileks, Tidak tampak posisi mengurangi nyeri, gelisah dan sulit tidur menurun TTV : 122/87 mmHg, N : 80x/menit, RR : 18x/mnt, Suhu : 36°C A: Masalah nyeri akut teratasi P: KIE pasien dan suami untuk melanjutkan pijat endorfin dirumah	Githa