

### **BAB III**

#### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

##### **A. Pengkajian Keperawatan**

1. Identitas Pasien	Penanggung Jawab
Nama : Ny. S	Nama : Tn. R
Umur : 24 tahun	Umur : 26 tahun
Pendidikan : SMP	Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan : Buruh
Status Perkawinan : Kawin	Alamat : Abiansemal
Agama : Hindu	
Suku : Bali	
Alamat : Abiansemal	
No. CM : 52xxxx	
Tanggal MRS : 16 April 2025	
Tanggal Pengkajian : 17 April 2025 Pukul 13.00 wita	
Sumber Informasi : Pasien, rekam medis	

##### **2. Alasan Dirawat**

###### **a. Alasan MRS**

Pasien datang ke IGD RSD Mangusada diantar oleh keluarga dengan keluhan keluar lendir bercampur darah dari vagina dan nyeri perut. Pasien memiliki riwayat penyakit *essential tremor* sejak umur 11 tahun dan persalian seksio sesarea pada kehamilan pertama. Setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan, pasien disarankan

untuk melakukan tindakan seksio sesarea. Setelah itu pasien di rawat di Ruang Margapati RSD Mangusada.

b. Keluhan saat dikaji

Pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Nyeri dirasakan seperti teriris-iris dengan skala nyeri 6 (0-10). Pasien tampak meringis, bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan mencari posisi yang nyaman), dan mengatakan sulit tidur (kesulitan mencari posisi tidur).

c. Riwayat persalinan saat ini

Pasien datang ke IGD RSD Mangusada pada tanggal 16 April 2025 pada pukul 13.00 dengan keluhan keluar lendir bercampur darah dari vagina dan nyeri perut. Gerakan janin (+), keadaan umum pasien baik, kesadaran *compos mentis*, DJJ : 140x/mnt, TD : 110/70 mmHg, HR: 95x/mnt, S: 36, RR: 20x/mnt, SpO2 : 98%. Pasien memiliki riwayat penyakit *essential tremor* sejak umur 11 tahun dan persalian seksio sesarea pada kehamilan pertama. Setelah dilakukan pemeriksaan lanjut, pasien disarankan untuk melakukan tindakan seksio sesarea segera. Selanjutnya pasien diantar ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan seksio sesarea pada pukul 16.45. pada pukul 17.11 wita bayi lahir, segera menangis, ketuban (+), vacuum (-), belitan (-), jenis kelamin perempuan, BB : 2150 gr, PB : 46 cm, LK/LD : 31/28 cm, anus (+), kelainan (-) AS : 8-10, BAB (-), BAK (+), Plasenta lahir lengkap. Luka pasien dibersihkan dengan NaCl lalu dilakukan prosedur jahit luka operasi, Operasi selesai pukul 18.05 wita, Pasien terpasang kateter. TD : 120/70 mmHg, N : 84x/mnt, RR : 18x/mnt, SpO2 : 97%.



**Tabel 2**  
**Riwayat Persalinan Ny. S**

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Pendarahan	Jenis kelamin	BB	Pj
1	2019	38	-	SC	Dokter	-	-	-	-	P	2100	46
2	Ini											

d. Riwayat keluarga berencana

Ny. S mengatakan menggunakan akseptor KB suntik 3 bulan selama 4 tahun

4. Pola Fungsional Kesehatan

a. Pola manajemen kesehatan-persepsi kesehatan

Ny. S mengatakan kesehatan itu penting, dan akan datang ke fasilitas pelayanan kesehatan bila ada keluhan.

b. Pola metabolik-nutrisi

Sebelum dirawat Ny. S mengatakan makan tiga kali sehari, dan tidak ada masalah saat makan. Saat dirawat pasien makan sesuai dengan porsi yang sudah disiapkan dan mampu menghabiskan.

c. Pola eliminasi

Ny. S mengatakan tidak memiliki masalah pada saat BAB dan BAK. Sebelum dirawat Ny. S mengatakan BAB setiap dua hari sekali dan BAK 6 – 7 kali sehari. Saat dirawat Ny. S sudah BAB 1 kali.

d. Pola aktivitas-latihan

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

e. Pola istirahat-tidur

Sebelum dirawat Ny. S mengatakan tidak memiliki gangguan tidur. Namun, saat dirawat Ny. S mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris membuat kesulitan mencari posisi tidur yang nyaman.

f. Pola persepsi-kognitif

Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya, nyeri lebih dirasakan ketika bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul seperti teriris-iris, nyeri dirasakan dengan skala 6 (0-10).

g. Pola hubungan-peran

Sebelum dirawat Ny.S berinteraksi dengan keluarga dan masyarakat sekitar rumahnya. Sedangkan, saat dirawat Ny. S berinteraksi dengan suami dan ibunya.

h. Pola reproduktif-seksualitas

Ny. S mengatakan selama hamil pasien mengatakan lebih jarang berhubungan seksual dengan suaminya.

i. Pola toleransi terhadap stres-koping

Ny. S mengatakan jika memiliki masalah, ia akan menceritakan masalahnya kepada suami dan ibunya.

j. Pola keyakinan-nilai

Ny. S mengatakan beragama Hindu dan yakin dengan adanya Ida Sang Hyang Widhi Wasa.

5. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

1) GCS : E4V5M6

2) Tingkat kesadaran : Compos mentis

3) Tanda-tanda vital : TD : 112/65 mmHg N : 73 x/menit  
RR 20 x/menit T: 37 °C

4) BB : 43 kg TB : 151 cm LILA : 23 cm

b. Head toe toe :

1) Kepala :

Wajah tampak normal, pucat tidak ada, cloasma tidak ada, sklera putih dan tidak ikterik, konjungtiva tampak merah muda , pembesaran limphe node tidak ada, pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, telinga, simetris dan bersih, tidak ada kelainan.

2) Dada

Payudara tampak simetris, areola mengalami hiperpigmentasi (warna gelap), putting tampak menonjol, pengeluaran ASI ada. Irama jantung normal dan tidak ada murmur , paru tidak ada bunyi nafas tambahan.

3) Abdomen

Linea tidak nampak, striae terlihat, terdapat luka sayatan seksio sesarea yang tertutup kasa dan hepapix, bising usus normal 10 x/menit, TFU sepusat, kontraksi uterus teratur.

4) Genetalia

Kebersihan terjaga, lokhea rubra berwarna merah ± 50 cc, dengan karakteristik merah.

5) Perineum dan anus

Kebersihan cukup, hemoroid tidak ada

6) Ekstremitas

Atas : oedema tidak ada, varises tidak ada, CRT < 2 detik

Bawah : Oedema tidak ada, varises tidak ada, CRT < 2 detik, tanda homan

(-/-), pemeriksaan reflek : ada  $\begin{array}{c|c} + & + \\ \hline + & + \end{array}$

6. Data Penunjang

**Tabel 3**  
**Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 16 April 2025**

No	Nama Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	PLT	232	150-440
2	HGB	12,3	11,7-15,5
3	HCT	37,4	35,0-47,0
4	WBC	8,75	3,60-11,00

Sumber : Rekam medis pasien

## 7. Diagnosa Medis

P2002 *post sectio caesarea + essential tremor*

## 8. Pengobatan

Paracetamol 3 x 500 mg

Sulfas ferosus 60 mg tiap 24 jam

Vitamin A 200.000 iu tiap 24 jam

Ceftriaxone 1 gr tiap 12 jam

## B. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 4**  
**Analisa Data**

DATA FOKUS	ANALISIS	MASALAH
DS : Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti teriris-iris, nyeri dirasakan ketika bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10), dan Ny.S mengeluh sulit tidur(kesulitan mencari posisi tidur).	Kelainan/hambatan dalam persalinan ↓ Seksio Sesarea ↓ Insisi dinding abdomen ↓ Terputusnya inkonuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi	Nyeri akut
DO : Ny. S tampak meringis, bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan mencari posisi yang nyaman).	↓ Merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin ↓ Nyeri akut	

Nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti teriris-iris, nyeri dirasakan ketika bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10), dan Ny.S mengeluh sulit tidur, Ny. S tampak meringis, bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan mencari posisi yang nyaman).

### C. Intervensi Keperawatan

Berikut merupakan intervensi keperawatan yang ditetapkan pada kasus kelolaan :

**Tabel 5**  
**Intervensi Keperawatan pada Ny. S dengan Nyeri Akut Post Seksio Sesarea**

Tanggal	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(1)	(2)	(3)	(4)
17 April 2025 14.00 wita	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan luka bekas operasi, nyeri seperti teriris-iris, nyeri dirasakan ketika bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10), dan Ny.S mengeluh sulit tidur, Ny. S tampak meringis, bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan mencari posisi yang nyaman).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kreteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

(1)	(2)	(3)	(4)
		d. Kesulitan tidur menurun	7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
		e. Bergerak nyaman	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)</li> <li>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</li> <li>Fasilitasi istirahat dan tidur)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian analgesic : paracetamol 3 x 500mg</li> </ol> <p>Perawatan Pasca Persalinan (I.07225)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tinggi fundus uteri</li> <li>Pengeluaran ASI</li> <li>Pengeluaran lochea</li> </ol>

---

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018)


#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan selama 3 x 24 jam, yaitu sebagai berikut : manajemen nyeri (I.08238) observasi : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

kualitas, intensitas nyeri. mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup. Terapeutik: memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya teknik relaksasi nafas dalam), mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur) Edukasi: menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgesik . Implementasi keperawatan lebih lengkap pada lampiran 6.

#### E. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 6**  
**Evaluasi Keperawatan pada Ny. S dengan Nyeri Akut Post Sectio Caesarea**

Tanggal	Evaluasi	Paraf
20 April 2025 15.00 wita	<p>Subjektif :</p> <p>Ny. S mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dengan skala 3 (0-10), sudah dapat tidur dengan baik dan dapat bergerak dengan nyaman.</p> <p>Objektif :</p> <p>Meringis menurun, sikap protektif menurun.</p> <p>Assessment:</p> <p>Masalah keperawatan nyeri akut teratasi</p> <p>Planning :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kondisi</li> <li>2. Melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri</li> <li>3. Melanjutkan terapi oral sesuai dosis</li> <li>4. Kontrol kembali sesuai tanggal yang sudah ditentukan.</li> </ol>	 Agung Aditya