

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil studi kasus dan pembahasan maka penulis menarik kesimpulan:

1. Pengkajian dengan wawancara pasien didapatkan data dengan identitas pasien Ny.S umur 35 tahun. keluhan utama saat pengkajian pasien menjelaskan bahwa pasien nyeri dibagian luka jahitan abdomen bagian bawah, perih seperti di iris dengan skala nyeri dengan skala 6 muncul dengan hilang timbul
2. Diagnose keperawatan pada studi kasus ini yaitu Nyeri akut b.d agen cedera fisik (prosedur operasi), Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri dan Risiko infeksi d.d prosedur invasive
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada studi kasus ini , meliputi:  
Nyeri akut yaitu meliputi Identifikasi lokasi, karakteristik ,durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. relaksasi nafas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Mobilitas fisik meliputi Rencana tindakan yang dilakukan adalah Dukungan mobilisasi dengan melakukan Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat mudah (mis.pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk ditempat tidur,pindah dari tempat ke kursi). Risiko infeksi yaitu meliputi : Pasien di rencanakan dilakukan pencegahan infeksi dengan cara monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau operasi , anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4. Implementasi  
Implementasi keperawatan yang dilakukan pada studi kasus ini yaitu setelah dilakukan tindakan 24 jam, implementasi pada diagnose nyeri akut itu melakukan manajemen

nyeri reaksi nafas dalam untuk menurunkan nyeri, pada diagnose hambatan mobilitas fisik yaitu melakukan dukungan mobilisasi dini pada pasien, pada diagnose resiko infeksi yaitu dilakukan pencegahan infeksi dengan perawatan luka jahitan post SC

#### 5. Evaluasi

Masalah nyeri akut sudah teratasi karena criteria hasil sama dengan data observasi yang didukung dengan adanya data penurunan skala nyeri 5 menjadi skala 3 pada hari ketiga. Masalah hambatan mobilitas fisik sudah teratasi sesuai dengan criteria hasil yang didukung dengan hasil pasien sudah dapat mobilisasi secara mandiri. Masalah resiko infeksi pada luka post *sectio caesarea* sudah teratasi yang didukung dengan data tidak terdapat tandda-tanda infeksi pada luka post SC

### **B. Saran**

#### 1. Bagi perawat

Diharapkan bagi perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan sesuai dengan metode, sesuai dengan indikasi keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pasien.

#### 2. Bagi Pasien

Diharapkan pengetahuan yang sudah diperbolehkan diaplikasikan kepada keluarga dan individu dengan *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini atau pun indikasi yanglainnya.

#### 3. Bagi Rumah sakit

Diharapkan pihak rumah sakit dapat mempertahankan kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dengan klien demi meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bersama khususnya pada klien dengan post *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini

#### 4. Bagi penelitian penelitian selanjutnya diharapkan peneliti selanjutnya mampu untuk melakukan asuhanan keperawatan post *sectio caesarea* atas indikasi yang lain seperti pre eklamsi, plasenta previa, letak lintang, dll berdasarkan tindakan keperawatan yang sesuai.