

**PENERAPAN MOBILISASI DINI DALAM PENURUNAN
INTENSITAS NYERI PADA NY. M PASCA OPERASI
SEKSIO SESAREA DENGAN INDIKASI BSC
2X DI RUANG PERAWATAN LANTAI 1
PAVILIUN IMAN SUDJUDI RSPAD
GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH



Disusun Oleh :

**Safira Mauliadhah
NIM. 2036045**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO
PRODI DIII KEPERAWATAN
2023**

**PENERAPAN MOBILISASI DINI DALAM PENURUNAN
INTENSITAS NYERI PADA NY. M PASCA OPERASI
SEKSIO SESAREA DENGAN INDIKASI BSC
2X DI RUANG PERAWATAN LANTAI 1
PAVILIUN IMAN SUDJUDI RSPAD
GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir
Program DIII Keperawatan



Disusun Oleh :

**Safira Mauliadiah
NIM. 2036045**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO
PRODI DIII KEPERAWATAN
2023**

PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Safira Mauliadiyah
NIM : 2036045
Program Studi : Prodi DIII Keperawatan
Angkatan : XXXVI / 36

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul :

PENERAPAN MOBILISASI DINI DALAM PENURUNAN INTENSITAS NYERI PADA NY. M PASCA OPERASI SEKSIO SESAREA DENGAN INDIKASI BSC 2X DI RUANG PERAWATAN LANTAI 1 PAVILIUN IMAN SUDJUDI RSPAD GATOT SOEBROTO

Apabila di kemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 13 Juli 2023

Yang menyatakan,

Safira Mauliadiyah

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN MOBILISASI DINI DALAM PENURUNAN
INTENSITAS NYERI PADA NY. M PASCA OPERASI
SEKSIO SESAREA DENGAN INDIKASI BSC
2X DI RUANG PERAWATAN LANTAI 1
PAVILIUN IMAN SUDJUDI RSPAD
GATOT SOEBROTO**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan
dihadapi tim penguji pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD
Gatot Soebroto

Jakarta, 13 Juli 2023

Menyetujui Pembimbing

Ns. Lela Larasati, M.Kep, Sp. Kep. Mat
NIDK. 8839380018

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN MOBILISASI DINI DALAM PENURUNAN
INTENSITAS NYERI PADA NY. M PASCA OPERASI
SEKSIO SESAREA DENGAN INDIKASI BSC
2X DI RUANG PERAWATAN LANTAI 1
PAVILIUN IMAN SUDJUDI RSPAD
GATOT SOEBROTO**

Telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di depan Tim Penguji KTI
Prodi DIII Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I

Penguji II

Ns. Lela Larasati M. Kep., Sp. Kep. Mat
NIDK 883980018

Ns. Jehan Puspasari, S. Kep., M. Kep
NIDN 0311108803

Mengetahui

Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Didin Syaefudin S.Kep., MARS
NIDK 8995220021

RIWAYAT HIDUP

Nama : Safira Mauliadiah
Tempat, Tanggal Lahir : Sumedang, 04 Januari 2003
Agama : Islam
Alamat : Dsn. Cisitu Rt 003/002 Ds. Cisitu
Kec. Cisitu Kab. Sumedang
Provinsi Jawa Barat



Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Cisitu, Lulus pada tahun 2014
2. SMP Negeri 1 Cisitu, Lulus pada tahun 2017
3. SMA Negeri 2 Sumedang, Lulus pada tahun 2020
4. STikes RSPAD Gatot Soebroto, Lulus pada tahun 2023

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmaanirrahim

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir dengan judul “ **Penerapan Mobilisasi Dini Dalam Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ny. M Pasca Operasi Seksio Sesarea Dengan Indikasi BSC 2X di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto** “. Karya tulis ilmiah ini yang disusun penulis untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di STIKes RSPAD Gatot Soebroto.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa banyak sekali hambatan dan kesulitan-kesulitan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini baik dari segi penguasaan materi maupun dari susunan Bahasa yang digunakan ataupun hal-hal lain yang dapat menghambat. Alhamdulillah berkat bantuan, bimbingan serta dorongan dari berbagai pihak, akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik. Melalui kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih serta penghargaan kepada :

1. Bapak Didin Syaefudin S.Kep, M.A.R.S, selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
2. Bapak Memed Sena Setiawan, S.Kep, M.Pd, selaku Wakil ketua I bagian akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
3. Ns. Ita, S.Kep, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program Pendidikan Studi D3 Keperawatan.
4. Ns. Lela Larasati, M.Kep, Sp. Kep. Mat, selaku pembimbing dan penguji yang telah meluangkan waktunya dan serta memberikan bimbingan pada penulis selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

5. Ns, Jehan Puspasari, M. Kep, selaku dosen penguji II yang telah memberikan pengarahan terkait karya tulis ilmiah ini menjadi lebih baik
6. Kepala ruangan beserta staff Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto Jakarta yang telah banyak membantu penulis dalam memberikan informasi dan bimbingan selama proses pengambilan kasus.
7. Klien Ny. M beserta keluarga yang telah banyak bekerjasama dan selalu bersikap kooperatif selama pelaksanaan asuhan keperawatan.
8. Ungkapkan terimakasih dan penghargaan yang sangat special penulis haturkan dengan rendah hati dan rasa hormat kepada kedua orang tua penulis yang tercinta, Ayahanda Nana Koswara dan Almh Mama Maryamah binti Caya, yang selalu memberikan kasih sayang, doa, nasehat, serta atas kesabarannya yang luar biasa dalam setiap langkah hidup penulis, yang merupakan anugerah terbesar dalam hidup, serta kedua kakak kandung dan kedua kakak ipar penulis yang dengan segala pengorbanannya tak akan pernah penulis lupakan atas jasa-jasa mereka. Penulis berharap dapat menjadi anak yang dapat dibanggakan.
9. Teruntuk Almh Mama Maryamah yang tercinta anakmu sudah berhasil menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, dan Ayahanda Nana Koswara tercinta yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan dan kasih sayang.
10. Sahabatku Putri Anggelina, Sinta Berliana dan Aulia Noer yang selalu temani suka dan duka penulis serta memberikan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
11. Teman-temanku Putri Fatimah Utami, Amylia, Afrida, Rizka terimakasih telah menjadi menjadi teman seperjuangan selama 3 tahun kuliah di STIKes RSPAD Gatot Soebroto ini.
12. Rekan-rekan seperjuangan penyusunan KTI Keperawatan Maternitas (Dwike, Arifah, Gusti, Fadia dan Nurfidya).
13. Rekan-rekan seperjuangan di STIKes RSPAD Gatot Soebroto Angkatan XXXVI (Aktrix 36) yang selalu berjuang Bersama-sama sampai akhir.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan

penelitian dan penyusun tugas akhir ini. Saya sadari bahwa penulisan dan penyusunan tugas akhir ini jauh dari kata sempurna, namun saya berharap bermanfaat kiranya penulisan dan penyusunan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Jakarta, 13 Juli 2023

Safira Mauliadiyah

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Safira Mauliadiyah
NIM : 2036045
Program Studi : Program DIII Keperawatan
Jenis Karya : Tugas Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes RSPAD Gatot Soebroto **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

PENERAPAN MOBILISASI DINI DALAM PENURUNAN INTESITAS NYERI PADA NY. M PASCA OPERASI SEKSIO SESAREA DENGAN INDIKASI BSC 2X DI RUANG PERAWATAN LANTAI 1 PAVILIUN IMAN SUDJUDI RSPAD GATOT SOEBROTO

Dengan Hak Bebas Royalty Noneklusif ini STIKes RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta, 13 Juli 2023

Safira Mauliadiyah

ABSTRAK

Nama : Safira Mauliadiah
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Penerapan Mobilisasi Dini Dalam Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ny. M Pasca Operasi Seksio Sesarea Dengan Indikasi BSC 2X d Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto

Persalinan seksio sesarea merupakan tindakan operasi persalinan yang terbukti mengurangi angka kematian ibu ketika persalinan pervaginam terindikasi berisiko seperti persalinan lama. Angka persalinan seksio sesarea terus meningkat di seluruh dunia hingga melebihi kisaran 10%-15% pada tahun 2015. Tujuan studi kasus ini adalah untuk menggambarkan penerapan mobilisasi dini dalam penurunan intensitas nyeri pada Ny. M pasca operasi seksio sesarea dengan indikasi BSC 2x di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto. Metode yang digunakan dalam penulisan ilmiah adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus yang bertujuan untuk menggambarkan penerapan mobilisasi dini dalam penurunan intensitas nyeri pada Ny. M pasca operasi seksio sesarea dengan indikasi BSC 2X menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Hasil dari studi kasus ini pasien dengan pasca operasi seksio sesarea didapatkan bahwa penerapan mobilisasi dini yang diberikan kepada pasien dapat berpengaruh untuk menurunkan intensitas nyeri pasca operasi. Kesimpulan dari studi kasus ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan penerapan mobilisasi dini berhasil dapat berpengaruh untuk menurunkan intensitas nyeri pasca operasi.

Kata Kunci : postpartum, seksio sesarea, nyeri, mobilisasi dini.

ABSTRACT

Name : Safira Mauliadiah
Study Program : Diploma III of nursing
Title : Application of Early Mobilization in Reducing Pain Intensity Mrs. M After Caesarean Section Operation with Indications of BSC 2X in the Treatment Room on the 1st Floor of the Faith Sudjudi Pavilion RSPAD Gatot Soebroto

Caesarean section delivery is a labor surgery that is proven to reduce maternal mortality when vaginal delivery is indicated to be risky such as prolonged labor. The rate of caesarean section deliveries continues to increase worldwide to exceed the range of 10%-15%. The purpose of this case study is to illustrate the application of early mobilization in reducing pain intensity in Mrs. M pasca caesarea section surgery with BSC indication 2X in the 1st Floor Treatment Room of Iman Sudjudi Pavilion RSPAD Gatot Soebroto. The method used in scientific writing is descriptive in the form of a case study which aims to illustrate the application of early mobilization in reducing pain intensity in Mrs. M after caesarea section surgery with BSC 2X indication using a nursing process approach which includes nursing assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation. The results of this case study found that patient with postoperative caesarea section found that the application of early mobilization given to patients can have an effect on reducing the intensity of postoperative pain. The conclusion of this case study can be concluded that the implementation of early mobilization successfully can have an effect on reducing postoperative pain intensity.

Keywords : postpartum, caesarea section, pain, early mobilization.

DAFTAR ISI

PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS	ivii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	ivv
LEMBAR PENGESAHAN	v
RIWAYAT HIDUP	vii
KATA PENGANTAR	viii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	x
ABSTRAK	xii
DAFTAR ISI	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Studi Kasus	3
D. Manfaat Studi Kasus	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A. Post Partum	4
B. Seksio Sesarea.....	9
C. Konsep Nyeri Akut	12
D. Konsep Mobilisasi Dini.....	16
E. Uraian Hasil Penelitian	19
F. Konsep Asuhan Keperawatan	20
BAB III METODE DAN STUDI KASUS	30
A. Jenis Studi Kasus	30
B. Subjek Studi Kasus.....	30
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	30
D. Fokus Studi Kasus	31
E. Instrument Studi Kasus	31
F. Metode Pengumpulan Data	31
G. Analisa dan Penyajian Data.....	33
BAB IV PEMBAHASAN	42
BAB V PENUTUP	46
A. Kesimpulan	46
B. Saran.....	47
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan seksio sesarea merupakan tindakan operasi persalinan yang terbukti mengurangi angka kematian ibu ketika persalinan pervaginam terindikasi berisiko seperti persalinan lama, gawat janin, dan malpresentasi janin (Alfiyana Yuliasari et al., 2022). Menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2015 angka persalinan seksio sesarea terus meningkat di seluruh dunia hingga melebihi kisaran 10%-15%. Adapun Amerika Latin dan Kaliba menjadi angka seksio sesarea tertinggi yaitu di Eropa 19,2%, Asia 19,2% dan Afrika 7,3%. Sedangkan di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar 2018 menunjukkan adanya pravelensi kejadian persalinan dengan tindakan seksio sesarea adalah 31,3% dan pravelensi kejadian persalinan dengan tindakan seksio sesarea terendah di Papua 6,7% (Febiantri & Machmudah, 2021).

Berdasarkan jumlah persalinan seksio sesarea pada bulan Desember 2022 sampai dengan bulan Mei 2023 di RSPAD Gatot Soebroto adalah 192 dari 220 total persalinan. Rata-rata persalinan seksio sesaria 6 bulan terakhir di RSPAD Gatot Soebroto adalah 87,2% atau sekitar 192 pasien persalinan seksio sesarea. Dari seluruh total persalinan dengan riwayat seksio sesarea dengan indikasi BSC 2x adalah 55 dari 220 total persalinan, maka rata-rata persalinan seksio sesarea dengan indikasi BSC 2x adalah 25% (Rekam Medik, 2023).

Akibat yang muncul dari proses tindakan operasi seksio sesarea adalah nyeri. Nyeri pasca bedah akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologi pada ibu postpartum seperti mobilisasi terganggu, malas beraktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan, tidak mau merawat bayi sehingga perlu adanya cara untuk mengontrol nyeri agar dapat beradaptasi

dengan nyeri pasca operasi seksio sesarea dan mempercepat masa nifas, karena nyeri sebagai pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan baik secara aktual atau potensial. Disamping dampak psikologis tersebut diatas, nyeri dapat juga menyebabkan kenaikan tekanan darah, palpitasi (berdebar-debar), penurunan aktivitas sampai disabilitas (Tyas, 2020).

Manajemen kontrol terhadap nyeri yang dapat diterapkan kepada pasien merupakan kombinasi antara intervensi mandiri keperawatan dengan tindakan kolaboratif seperti pemberian obat analgetik. Intervensi mandiri keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu dengan melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini dapat menurunkan rasa nyeri yang dialami oleh pasien pasca persalinan dengan seksio sesarea (Suastini & Pawestri, 2021).

Berbagai teknik dan metode dalam asuhan keperawatan selalu dikembangkan supaya dapat dimanfaatkan dalam memberikan asuhan keperawatan secara mandiri, termasuk salah satunya manajemen kontrol terhadap nyeri. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa mobilisasi dini berpengaruh terhadap tingkatan nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca operasi seksio sesarea. Sebagaimana hasil penelitian yang mengungkapkan bahwa mobilisasi dini merupakan salah satu tindakan yang dianjurkan untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan pasien seksio sesarea (Satus, 2018). Penelitian lain juga menyatakan bahwa mobilisasi dini berpengaruh dalam menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien (Suastini & Pawestri, 2021).

Uraian diatas menunjukkan betapa pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, maka penulis ingin mengetahui bagaimana penerapan mobilisasi dini dalam penurunan intensitas nyeri pada pasien postpartum seksio sesarea dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan untuk itu penulis membuat makalah ilmiah dengan judul penerapan asuhan keperawatan pada Ny. M pasca operasi seksio sesarea dengan indikasi BSC 2x dalam penurunan

intensitas nyeri dengan cara mobilisasi dini di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana penerapan mobilisasi dini dalam penurunan intensitas nyeri pada Ny. M pasca operasi seksio sesarea dengan indikasi BSC 2X di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto.”

C. Tujuan Studi Kasus

Menggambarkan penerapan mobilisasi dini dalam penurunan intensitas nyeri pada Ny. M pasca operasi seksio sesarea dengan indikasi BSC 2X di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Masyarakat

Memberikan tindakan alternatif pada pasien pasca operasi seksio sesarea dalam penurunan intensitas nyeri dengan teknik mobilisasi dini.

2. Bagi Pengembang Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan khususnya pada pasien pasca operasi seksio sesarea dalam penurunan intensitas nyeri dengan teknik mobilisasi dini.

3. Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang teknik penurunan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi seksio sesarea.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini penulis menguraikan tentang tinjauan teori keperawatan pada pasien dengan postpartum seksio sesarea yang meliputi konsep postpartum, adaptasi fisiologis postpartum, perubahan psikologi masa nifas, konsep seksio sesarea, konsep nyeri, konsep mobilisasi dini, pengakajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Post Partum

1. Pengertian Post Partum

Postpartum adalah masa yang dialami oleh ibu pada enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Himalaya & Maryani, 2022).

Masa nifas atau postpartum adalah masa sesudah persalinan berakhir hingga pulihnya kembali organ reproduksi. Masa ini membutuhkan waktu kurang lebih enam minggu, tetapi akan pulih sempurna seperti kondisi sebelum hamil dalam waktu tiga bulan (Wulan, 2019).

Postpartum merupakan masa atau waktu sejak bayi di lahirkan dan plasenta lepas keluar dari rahim, sampai 6 minggu berikutnya di sertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Tinggi et al., 2022).

Dari beberapa pengertian yang di atas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas atau postpartum adalah periode setelah melahirkan di mana tubuh mengalami pemulihan dan kembali ke kondisi semula sebelum kehamilan. Periode ini biasanya berlangsung sekitar enam minggu.

2. Adaptasi Fisiologis

Pada masa nifas terdapat perubahan fisiologis (Wahyuningsih, 2019) yang meliputi :

a. Uterus

Uterus biasanya secara perlahan ukurannya akan mengecil atau menyusut (involusi) sesuai dengan jumlah hari masa nifas sehingga akhirnya ukuran dan beratnya akan kembali seperti sebelum hamil yaitu seperti :

- 1) Setelah bayi lahir biasanya fundus uteri akan setinggi pusat dengan berat uterus mencapai 1000 gr.
- 2) Setelah lahirnya plasenta persalinan tinggi fundus uteri biasanya akan teraba 2 jari di bawah pusat dengan berat uterus mencapai 750 gr.
- 3) Pada 1 minggu setelah postpartum tinggi fundus uteri akan teraba di pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus mencapai 500 gr.
- 4) Pada 2 minggu setelah postpartum tinggi fundus uteri tidak akan teraba di atas simpisis dengan berat uterus mencapai 350 gr.
- 5) Pada 6 minggu setelah postpartum maka fundus uteri akan bertambah kecil dengan berat uterus biasanya 50-60 gr.

b. Lochea

Menurut Wahyuningsih (2019), lochea adalah cairan atau sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa postpartum. Terdapat beberapa jenis lochea yang dapat dikenali, antara lain:

1) Lochea Rubra

Cairan ini muncul pada hari ke-14 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo dan meconium.

2) Lochea Sanguilenta

Cairan yang keluar berwarna kecoklatan dan berlendir berlangsung selama 3-7 hari postpartum.

3) Lochea Serosa

Cairan ini berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit. Muncul pada hari ke 7-14 postpartum.

4) Lochea Alba

Cairan ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea ini bisa berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

c. Vulva dan Vagina

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar dan berangsur-angsur luasnya akan berkurang, tetapi jarang sekali kembali ke ukuran sebelum multipara.

d. Serviks

Setelah persalinan serviks menganga dan dalam 4 minggu rongga bagian luarnya baru kembali normal.

e. Vagina dan Perineum

Ukuran vagina secara bertahap menyusut setelah melahirkan, meskipun jarang kembali ke ukuran yang sama seperti sebelum melahirkan (ukuran nullipara). Hymen terlihat sebagai tonjolan jaringan kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Pada minggu ke-3 setelah melahirkan, rugae (lipatan pada dinding vagina) akan kembali muncul. Perineum yang mengalami luka robek atau jahitan serta pembengkakan akan sembuh secara bertahap dalam waktu 6-7 hari tanpa adanya infeksi. Oleh karena itu, perawatan kebersihan vulva sangat penting.

f. Mammae atau Payudara

Pada wanita yang telah melahirkan, laktasi atau produksi susu secara alami akan terjadi. Ukuran payudara biasanya sekitar 800 gram, menjadi keras, dan warnanya menghitam di sekitar areola mammae. Hal ini disebabkan oleh peningkatan suplai darah yang dipengaruhi oleh

aktivitas hormon. Jaringan payudara akan membesar dan puting susu akan menjadi lebih efektif, terutama menjelang persalinan. Hormon estrogen menyebabkan pertumbuhan tubulus lactiferous dan ductus, yang menghasilkan pertumbuhan lobus dan prolaktin merangsang produksi kolostrum di dalam air susu ibu. Proses inisiasi menyusui dini (IMD) terjadi ketika bayi mulai menghisap puting susu. Saat itu, terjadi refleks saraf yang merangsang lobus posterior hipofisis untuk mengeluarkan hormon oksitosin. Ketika oksitosin merangsang refleks let down (pengaliran), ini akan mengakibatkan ejeksi atau aliran air susu ibu menjadi deras.

g. Sistem Pencernaan

Setelah 2 jam pasca persalinan ibu akan merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan tidak ada alasan untuk menunda pemberian makan. Konstipasi bisa terjadi karena kondisi psikis ibu, biasanya karena takut BAB akibat adanya luka jahitan di perineum.

h. Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal yang terenggang dan dilatasi selama kehamilan, akan kembali normal pada akhir minggu ke-4.

i. Sistem Muskuloskeletal

Ligament, fascia, diafragma pelvis meregang saat kehamilan berangsur-angsur akan mengecil seperti semula.

j. Sistem Endoktrin

Hormon-hormon yang berperan :

- 1) Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.
- 2) Prolactin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI, jika ibu postpartum tidak menyusui dalam 14-12 hari timbul menstruasi.

- 3) Estrogen dan progesterone, setelah melahirkan estrogen menurun, progesterone meningkat.

k. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital meliputi ;

- 1) Suhu tubuh saat postpartum dampak naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$, setelah 2 jam postpartum normal kembali.
- 2) Nadi dan pernapasan, nadi dapat bradikardi kalua takikardi waspada mungkin ada pendarahan, pernapasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
- 3) Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai. BB turun rata-rata 4,5 kg.

3. Adaptasi Psikologi

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu postpartum (Febriati et al., 2022) antara lain :

a. Fase Ketergantungan (*Taking In*)

Yang merupakan fase ketergantungan berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua, pada fase ini ibu focus terhadap pada diri sendiri. Ibu lebih banyak menceritakan kondisinya selama proses persalinan hingga lahirnya bayi.

b. Fase antara Ketergantungan dan Mandiri (*Taking Hold*)

Dilanjutkan pada fase taking hold berlangsung antara hari ke 3 sampai hari ke 10. pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya. Selain itu perasaan sensitive sehingga mudah tersinggung.

c. Fase Penerimaan Peran Baru (*Letting Go*)

Fase terakhir dalam proses adaptasi ini yaitu fase letting go yang merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung setelah 10 hari melahirkan.

B. Seksio Sesarea

1. Definisi Seksio Sesarea

Seksio sesarea merupakan tindakan pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen, sehingga janin dilahirkan melalui dinding perut dan dinding rahim agar bayi lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Syarifah et al., 2019).

Seksio sesarea merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu (Putra et al., 2021).

Seksio sesarea adalah suatu tindakan pembedahan yaitu dengan cara memberikan sayatan pada dinding depan uterus untuk membantu proses mengeluarkan bayi (Febiantri & Machmudah, 2021).

Dari beberapa pengertian yang disebutkan di atas, dapat disimpulkan bahwa seksio sesarea adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan bayi dengan membuat sayatan pada dinding abdomen dan uterus. Seksio sesarea dilakukan ketika persalinan normal tidak memungkinkan, dan janin dapat dikeluarkan melalui insisi pada dinding perut dan uterus.

2. Indikasi Seksio Sesarea

Dalam persalinan ada beberapa factor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan, yaitu *passenger* (janin), *power* (kekuatan ibu). Apabila terdapat gangguan pada salah satu faktor tersebut akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin jika keadaan tersebut berlanjut. Indikasi untuk seksio sesarea (Reichenbach et al., 2019) antara lain :

a. Indikasi Ibu

- 1) Usia
- 2) Tulang panggul
- 3) Persalinan sebelumnya dengan seksio sesarea
- 4) Faktor hambatan jalan lahir

- 5) Kelainan kontraksi Rahim
 - 6) Ketuban pecah dini
 - 7) Rasa takut kesakitan
- b. Indikasi Janin
- 1) Ancaman gawat janin
 - 2) Bayi besar
 - 3) Letak sungsang
 - 4) Faktor plasenta
 - 5) Kelainan tali pusat

3. Jenis Seksio Sesarea

Terdapat beberapa jenis tindakan seksio sesarea menurut (V.A.R.Barao et al., 2022) yaitu :

a. Seksio Sesarea Transperitoneal Profunda

Merupakan suatu pembedahan dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih baik dan tidak banyak menimbulkan perlekatan. Adapun kerugiannya adalah terdapat kesulitan dalam mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menimbulkan perdarahan. Arah insisi melintang dan insisi memanjang.

b. Seksio Sesarea Klasik (Corporal)

Merupakan insisi pada segmen atas uterus atau korpus uteri. Pembedahan ini dilakukan bila bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah. Teknik ini juga memiliki beberapa kerugian yaitu, kesembuhan luka insisi relative sulit, kemungkinan terjadinya rupture uteri pada kehamilan berikutnya dan kemungkinan terjadinya perlekatan dengan dinding abdomen lebih besar.

c. Seksio Sesarea Histerektomi

Pengangkatan uterus setelah seksio sesarea karena atoni uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain, pada uterus miomatousus

yang besar dan atau banyak, atau pada ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.

d. Seksio Sesarea Vaginal

Pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus. Jenis seksio ini tidak lagi digunakan dalam praktek obstetri.

e. Seksio Sesarea Ekstraperitoneal

Seksio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

4. Komplikasi Persalinan Seksio Sesarea

Komplikasi persalinan seksio sesarea (Safitri, 2020) sebagai berikut :

a. Infeksi Puerperal

Infeksi Luka Operasi (ILO) pasca operasi juga disebabkan oleh beberapa hal yaitu, indeks masa tubuh yang besar, usia yang terlalu tua, kehilangan darah banyak saat prosedur operasi, metode penutupan luka operasi dan prosedur operasi seksio sesarea yang kategori *emergency*.

b. Perdarahan

Beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan seksio sesarea adalah pendarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeleuarkan plasenta dan hematoma ligamentum. Perdarahan pasca melahirkan biasanya di definisikan sebagai hilangnya darah lebih dari 500 ml setelah kelahiran normal tanpa komplikasi atau 1000 ml setelah kelahiran sesar. Perdarahan pasca melahirkan dapat berlangsung dini (24 jam) atau akhir (antara 14 jam dan 6 minggu setelah kelahiran).

c. Komplikasi pada Bayi

Komplikasi pada bayi yang dilahirkan dengan seksio sesarea tergantung dengan alasan dilakukannya seksio sesarea. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intranatal yang baik, kematian perinatal pasca seksio sesarea berkisar antara 4-7%.

d. Komplikasi Lain-Lain

Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi adalah akibat tindakan anastesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, luka kandung kemih, embolisme paru dan sebagainya jarang terjadi, komplikasi penyulit, endometriosis, tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh baik), emboisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru) dan perubahan bentuk serta letak Rahim menjadi tidak sempurna.

C. Konsep Nyeri Akut

1. Pengertian Nyeri Akut

Nyeri adalah suatu stressor pengalaman sensorik dan emosional berupa sensasi yang tidak nyaman akibat adanya kerusakan suatu jaringan. Pengukuran nyeri menurut *Numeric Rating Scale (NRS)* dapat dibedakan menjadi tidak nyeri (0), nyeri ringan dengan skala (1-3), nyeri sedang dengan skala (4-6) dan nyeri berat dengan skala (7-10) (Febiantri & Machmudah, 2021).

Nyeri merupakan respon sensori tidak menyenangkan yang dialami oleh individu secara unik yang diekspresikan secara berbeda oleh tiap individu yang dapat berdampak terhadap kondisi fisik dan psikis seseorang (Suastini & Pawestri, 2021).

Nyeri merupakan masalah yang besar bagi kesehatan dunia, dimana diperkirakan 1 dari 5 orang dewasa menderita nyeri dan 1 dari 10 orang dewasa di diagnosis dengan nyeri kronis tiap tahunnya (Kurniyawan, 2016).

Dari beberapa pengertian yang disebutkan di atas, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan aktual atau potensial pada jaringan. Nyeri dapat berkisar dari ringan hingga berat, dan dapat diukur menggunakan skala seperti *Numeric Rating Scale (NRS)*.

2. Tanda Gejala Nyeri Akut

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), data mayor dan data minor pada nyeri akut antara lain :

- a. Tanda dan gejala mayor :
 - 1) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri.
 - 2) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), pasien tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- b. Tanda dan gejala minor :
 - 1) Secara subjektif tidak ditemukan data subjektif.
 - 2) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Persepsi individu terhadap nyeri di pengaruhi oleh beberapa fakto menurut Mubarak et al (2015) antara lain :

- a. Etnik dan Nilai Budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introvert*). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.
- b. Tahap Perkembangan

Faktor usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan dengan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

c. Lingkungan dan Individu Pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu factor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

d. Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap nyeri indivisu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya.

e. Ansietas dan Stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

f. Jenis Kelamin

Beberapa budaya yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan Wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

g. Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan.

h. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatikan yang meningkat dihubungkan

dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya penglihatan (distrak) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

i. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri, semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

j. Gaya Coping

Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri.

k. Dukungan Keluarga dan Sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

4. Pengukuran Intensitas Nyeri

Pengukuran intensitas nyeri (Labibah, 2022) sebagai berikut :

- a. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien maka dibutuhkan alat ukur nyeri menurut. Alat ukur nyeri yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri setelah pembedahan antara lain *numeric rating scale* dan *visual analog scale*.
- b. *Numeric rating scale (NRS)* merupakan alat pengukuran nyeri dengan nilai 0 sampai dengan 10 dimana nilai 0 yang berarti tidak merasakan nyeri dan nilai 10 yang berarti nyeri yang dirasakan ekstrim.
- c. Alat pengukur nyeri ketiga yaitu *visual analog scale (VAS)* merupakan alat pengukur nyeri yang hampir sama dengan NRS berupa garis horizontal 100 mm yang berarti angka 0 mm tidak merasakan nyeri dan 100 mm nyeri hebat.

5. Nyeri Luka Operasi Seksio Sesarea

Nyeri luka operasi seksio sesarea (Morita et al., 2020) mengatakan bahwa setelah operasi seksio sesarea, ibu akan merasakan nyeri dan memberikan dampak yang mengakibatkan mobilisasi ibu menjadi terbatas, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu, ikatan kasih sayang dan insisi menyusui dini tidak terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak. Hal tersebut mengakibatkan respon ibu terhadap bayi kurang, sehingga ASI sebagai makanan terbaik bagi bayi dan mempunyai banyak manfaat bagi bayi maupun ibunya tidak dapat diberikan secara optimal.

Rasa nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien sampai menuju tingkat kenyamanan. Ada dua cara penatalaksanaan nyeri yaitu farmakologi dan non-farmakologi. Ada beberapa Teknik non-farmakologi untuk meringankan atau mengurangi nyeri seperti menggunakan sentuhan afektif, sentuhan terapeutik, relaksasi, teknik imajinasi, kompres dingin atau kompres hangat.

Pengendalian nyeri secara farmakologi sangat efektif untuk mengatasi rasa nyeri, tetapi pemberian farmakologi tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien sendiri untuk mengontrol nyerinya dan memiliki efek jangka panjang seperti gangguan pada ginjal. Sehingga dibutuhkan kombinasi farmakologi dan non-farmakologi agar sensasi nyeri dapat berkurang serta masa pemulihan tidak memanjang.

D. Konsep Mobilisasi Dini

1. Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan proses yang di sarankan untuk ibu *postpartum* 2-6 jam setelah melahirkan karena sangat membantu proses penyembuhan memperlancar pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme, ibu merasa sehat dan kuat dan usus dan kandung kemih lebih baik (Tinggi et al., 2022).

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan yang bergynya untuk membantu penyembuhan luka pada ibu pasca operasi seksio sesarea (Rottie & Saragih, 2019).

Mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan. Sedangkan mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin berjalan. Setiap orang butuh bergerak, kehilangan kemampuan bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Mardiawati, 2017).

Secara keseluruhan, kesimpulan dari pengertian tersebut adalah bahwa mobilisasi dini merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pemulihan pasien setelah operasi. Latihan mobilisasi dini memiliki manfaat yang signifikan, termasuk peningkatan pernapasan, sirkulasi, kemampuan berkemih, dan metabolisme.

2. Manfaat Mobilisasi

Manfaat dari mobilisasi dini pada ibu postpartum dapat melancarkan pengeluaran lochea, membantu proses penyembuhan luka akibat persalinan, mempercepat involusi uterus, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan perkemihan serta meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat pengeluaran metabolisme. Mobilisasi dini juga bermanfaat untuk menormalkan sirkulasi didalam tubuh, juga untuk mencegah komplikasi seperti emboli paru dan tromboplebitis (Liawati & Novani, 2018).

3. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi

a. Gaya Hidup

Mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, dan lingkungan di mana mereka tinggal (masyarakat).

b. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental dapat menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Secara umum, terdapat dua

jenis ketidakmampuan. Ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma, sementara ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer.

c. **Tingkat Energi**

Energi sangat dibutuhkan dalam mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan yang dimiliki masing-masing individu cukup bervariasi. Disamping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologi (Zulvia, 2019).

4. Tahapan Mobilisasi Dini pada Post Partum

Tahapan mobilisasi dini dibagi menjadi dua, yaitu :

a. **Tahapan Mobilisasi Dini pada Pasien Persalinan Normal**

Salah satu upaya untuk mencegah terjadinya perpanjangan masa penyembuhan luka perineum adalah dengan melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi merupakan factor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan dapat mencegah komplikasi pasca persalinan. Banyak keuntungan yang bisa diraih dari Latihan tidur dan berjalan pada periode dini pasca persalinan. Mobilisasi segera secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi serta thrombosis vena. Bila terlalu dini melakukan mobilisasi dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Jadi mobilisasi secara teratur dan bertahap yang di ikuti dengan Latihan adalah hal yang paling dianjurkan (Astuti & Hartinah, 2021).

b. **Tahapan Mobilisasi Dini Pada Pasien Seksio Sesarea**

Mobilisasi dini dapat mulai dilakukan setelah 6 jam pasca persalinan. Mobilisasi yang dilaksanakan sesegera mungkin pada pasien pasca pembedahan akan semakin membantu pasien dalam menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang mengungkapkan bahwa semakin terlambat pasien dalam melakukan mobilisasi pasca tindakan pembedahan maka intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien akan semakin tinggi. Mobilisasi dini dimulai

dengan menggerak-gerakan tungkai kaki terlebih dahulu kemudian dilanjutkan dengan berlatih miring kanan dan miring kiri pada 10 jam berikutnya. Pada hari kesatu pasca seksio sesarea pasien bisa mulai berlatih duduk. Pada hari kedua pasien mulai berlatih berdiri, lalu berjalan-jalan. Mobilisasi yang dilakukan secara teratur dan bertahap akan dapat membantu mempercepat masa penyembuhan pada pasien pasca persalinan secara seksio sesarea (Suastini & Pawestri, 2021).

E. Uraian Hasil Penelitian

Beberapa jurnal terkait tentang pasca operasi seksio sesarea sebagai berikut :

1. Hasil evaluasi menurut penelitian (Suastini & Pawestri, 2021) menunjukkan bahwa setiap dilakukan intervensi keperawatan terhadap pasien selama 2 hari, didapatkan intensitas nyeri pada ketiga pasien mengalami penurunan, dimana pasien 1 dari NRS 7 menjadi NRS 1 (nyeri intensitas berat menjadi nyeri intensitas ringan), pasien 2 dari NRS 4 menjadi NRS 1 (nyeri intensitas sedang menjadi nyeri intensitas ringan) dan pasien 3 dari NRS 9 menjadi NRS 3 (nyeri intensitas berat menjadi nyeri intensitas ringan). Gerakan yang dilakukan oleh pasien pada saat melakukan prosedur mobilisasi dini akan meningkatkan kerja jantung dan mengakibatkan peredaran darah ke area luka post seksio sesarea menjadi lancar sehingga intensitas nyeri yang dirasakan menjadi berkurang. Studi kasus ini menjadi dasar bahwa intervensi mobilisasi dini dapat diaplikasikan pada pasien post seksio sesarea untuk menurunkan intensitas nyeri. Adapun keterbatasan dari studi kasus ini adalah adanya kemungkinan efek anestesi atau analgetik yang masih dirasakan oleh pasien serta karakter individu pasien yang beraneka ragam sangat berpengaruh terhadap intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien (Suastini & Pawestri, 2021).
2. Hasil evaluasi pada penelitian studi kasus menunjukkan bahwa tingkat nyeri luka operasi pada ibu *post Sectio Caesarea* di Pavilyun Melati RSUD Jombang, sebagai besar (25,9%) responden memiliki tingkat nyeri sedang, yaitu sebanyak 18 orang. Mobilisasi dini pada ibu post Sectio Caesarea di Pavilyun Melati RSUD Jombang, hampir setengah (44,1) responden

mempunyai mobilisasi dini dengan kategori cukup, yaitu sebanyak 15 orang. Terdapat hubungan dengan interpretasi sedang antara tingkat nyeri luka operasi dengan mobilisasi dini pada ibu *post Sectio Caesarea* di Pavilyun Melati RSUD Jombang (Syarifah et al., 2019).

3. Mobilisasi dini sangat efektif bagi ibu untuk menurunkan intensitas nyeri post operasi, semakin sering ibu melakukan mobilisasi dini maka ibu akan semakin merasakan pengurangan nyeri luka operasinya, hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* di Rumah Sakit se kota Bengkulu (Metasari & Sianipar, 2019).
4. Mobilisasi dini yang dilakukan pada pasien post section caesarea baik yang kelompok 24 jam maupun kelompok 48 jam sama-sama bermakna untuk menurunkan nyeri pasca operasi. Perbandingan antara kedua kelompok tersebut ternyata mobilisasi dini 24 jam lebih efektif untuk menurunkan skala nyeri persalinan pada hari ke-2 dan ke-3. Mobilisasi dini pasca pembedahan dapat dilakukan segera setelah pasien selesai menjalani operasi dengan tetap memperhatikan respon tubuh pasien secara individual. Pemantauan kondisi terutama tekanan darah, nadi dan pernapasan harus dipantau sebelum, selama dan setelah dilakukannya mobilisasi. Selain faktor fisik, faktor psikologis dan emosional juga mempengaruhi respon pasien terhadap nyeri. Oleh karena itu, perlu dilakukan pendekatan pada pasien untuk membina hubungan saling percaya serta penjelasan secara lugas teknik dan manfaat mobilisasi dini pasca pembedahan sebelum tindakan tersebut kita lakukan (Karyati et al., 2018).

F. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistenatis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi

yang ada pada pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono, 2016).

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis. Tanda- tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis (PPNI, 2016).

a. Identitas

Pengkajian identitas pasien meliputi : nama, umur, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku atau bangsa, status pernikahan, Pendidikan. Identitas penanggung jawab : nama, umur, alamat, hubungan dengan pasien, suku atau bangsa.

b. Riwayat Kesehatan Pasien

1) Keluhan Utama

Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala 0-10. 0 : nyeri tidak di rasakan, 1-3 : nyeri ringan, 4-5 : nyeri sedang, 6-8 : nyeri berat, 9-10 : nyeri tak tertahankan.

P (*Paliaty*) : Penyebab nyeri

Q (*Quality*) : Dimana rasa nyeri di tusuk, di potong

R (*Regional*) : Dimana rasa nyeri yang di rasakan

S (*Sevety*) : Skala nyeri

T (*Time*) : Berapa lama nyeri berlangsung

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap, rawat jalan, kebiasaan dan gaya hidup.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti : penyakit jantung, DM, hipertensi dan asma yang dapat mempengaruhi.

e. Riwayat Obstetrik

- 1) Riwayat menstruasi : umur menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan saat menstruasi dan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT).
- 2) Riwayat pernikahan : jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan.
- 3) Riwayat kelahiran, persalinan dan nifas yang lalu : riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dan faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong dan penyulit), komplikasi postpartum (laserasi, infeksi dan pendarahan), jumlah anak yang dimiliki.
- 4) Riwayat keluarga berencana (KB) : jenis aseptor KB dan lamanya menggunakan KB.

f. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

Setiap pola fungsi Kesehatan pasien terbentuk atau interaksi antara pasien dan lingkungan kemudian menjadi suatu rangkaian perilaku membantu perawat untuk mengumpulkan, mengorganisasikan dan memilah-milah datam. Pengkajian pola fungsi Kesehatan terdiri dari pola nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya. Pola aktifitas biasanya pada pasien post seksio sesarea mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama setelah pasca operasi, kemudian Latihan duduk dan Latihan berjalan. Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan. Pra eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena pasien pasca operasi seksio sesarea takut untuk melakukan BAB. Pola istirahat dan tidur biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan. Pola reproduksi biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.

g. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : tingkat kesadaran compos mentis, jumlah GCS (14-15), tanda-tanda vital, serta berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan atas dalam batas normal 23,5 cm kurang dari 23,5 maka interpretasinya adalah kurang energi kronis (KEK).
- 2) Pemeriksaan head to toe
 - a) Kepala : pasien merasa pusing dan sulit berkonsentrasi, wajah pasien tampak pucat, tampak tegang dan gelisah.
 - b) Mata : kontak mata pasien tampak buruk.
 - c) Mulut : tampak suara pasien bergetar Ketika berbicara.
 - d) Jantung dan paru : tampak mengalami palpitasi (jantung berdegup dengan kencang).
- 3) Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu postpartum biasanya terjadi pembesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses mengerang yang salah. Pada pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil dan warna tonsil.
- 4) Pada pemeriksaan thorax meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voval fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pda setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).
- 5) Pada pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua putting susu menonjol, aerola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit. Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (bunyi jantung).
- 6) Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (lihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan,

apakah terdapat striae dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak).

- 7) Pada pemeriksaan genitalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, periksa lochea meliputi warna, jumlah dan konsistensinya). Pada pemeriksaan kandung kemih apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu untuk berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan kateterisasi.
- 8) Pada pemeriksaan anus diperiksa ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperature kulit, tekstur, hipergimentasi. Pada pemeriksaan ektermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan human sign. Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi pasien, proses berpikir, kemauan atau motivasi serta persepsi pasien.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah merupakan suatu penilaian klinis mengenai repons pasien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi repons pasien individu, keluarga dan komunitas situasi yang berkaitan dengan Kesehatan. Diagnosis keperawatan dapat ditegakkan apabila data yang dikaji mencakup minimal 80% dari data mayor (PPNI, 2016). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien seksio sesarea adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin
- e. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasional
- f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi

3. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan dan kritearia hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri), melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, mampu tidur atau istirahat dengan tepat

Intervensi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi respon nonverbal
- 3) Kaji jenis dan sumber nyeri
- 4) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 6) Kolaborasi pemberian obat

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien meningkat dalam aktivitas fisik dengan kriteria hasil :

Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam peningkatan kekuatan dan kemampuan berpindah, vital sign dalam batas normal.

Intervensi :

- 1) Monitor TTV
- 2) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya
- 3) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 4) Ajarkan mobilisasi sederhana
- 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan ADL

c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan kriteria hasil :

Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi, mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi, feses lunak dan berbentuk.

Intervensi :

- 1) Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran
- 2) Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan
- 3) Identifikasi aktivitas dimana pasien dapat menggunakannya dirumah
- 4) Merangsang kerja usus anjurkan cairan oral yang adekuat, bila masukan oral sudah mulai kembali.

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan menyusui efektif dengan kriteria hasil :

Kemantapan pemberian ASI kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI

Intervensi :

- 1) Merangsang kerja usus anjurkan cairan oral yang adekuat, bila masukan oral sudah mulai kembali
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui
- 3) Identifikasi adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan puting
- 4) Monitor kemampuan bayi menyusu
- 5) Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung
- 6) Anjurkan ibu mengonsumsi sayur dan buah-buahan

e. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dapat mengungkapkan masalah atau kesulitan coping

terhadap situasi dan dapat berinteraksi dengan bayi. Dengan kriteria hasil :

Menggendong bayi bila kondisi ibu dan neonates memungkinkan, mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat, aktif mengikuti tugas perawatan bayi baru lahir dnegan cepat

Intervensi :

- 1) Observasi dan catat keluarga bayi, perhatikan perilaku
- 2) Berikan kesempatan untuk ayah atau pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi dan bantu dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi
- 3) Berikan kesempatan pada orang tua untuk mengungkapkan perasaan yang negative diri mereka dan bayi
- 4) Anjurkan dan bantu dalam menyusui
- 5) Berikan informasi, sesuai kebutuhan, tentang keamanan dan kondisi bayi, dukungan pasangan sesuai kebutuhan

f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil :

Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas, mengidentifikasi mengungkapkan dan mununjukkan teknik mengontrol cemas, vital sign dalam batas normal, postur tubuh, ekspresi wajah, Bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

Intervensi :

- 1) Tentukan tingkat ansietas pasien dan sumber masalah, mendorong pasien untuk mengungkapkan kebutuhan dan harapan yang tidak terpenuhi. Berikan informasi sehubungan dengan normalnya perasaan tersebut
- 2) Dorong keberadaan atau partisipasi dari pasangan
- 3) Bantu pasien atau pasangan dalam mengidentifikasi mekanisme koping yang lazim dan perkembangan strategi koping baru jika dibutuhkan

- 4) Mulai kontak antara pasien atau pasangan dengan bayi segera mungkin
- 5) Berikan informasi yang akurat tentang keadaan pasien atau bayi

g. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya insisi bedah

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi dengan kriteria hasil :

Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat

Intervensi :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi
- 2) Monitor keadaan local (warna, jumlah dan bau)
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 5) Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih
- 6) Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan
- 7) Kolaborasi pemberian antibiotik

b. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti dan Mulyati, 2017).

c. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan

tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti dan Mulyani, 2017).

Menurut Hidayat (2021), evaluasi diagnosis keperawatan meliputi data subjektif (S) yaitu segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien, data objektif (O) yaitu data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh perawat, Analisa permasalahan (A) yaitu kumpulan data subjektif dan objektif, serta perencanaan (P) yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis, yaitu :

- a. Evaluasi formatif merupakan catatan perkembangan pasien yang dilakukan setiap hari.
- b. Evaluasi sumatif merupakan catatan perkembangan pasien yang dilakukan sesuai dengan target waktu atau rencana keperawatan.

BAB III

METODE DAN STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Jenis karya tulis ilmiah ini adalah menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus yang bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan, menjelaskan dan memvalidasi mengenai fenomena yang sedang kaji. Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran dalam penerapan mobilisasi dini dalam penurunan intensitas nyeri pada Ny. M pasca operasi seksio sesarea dengan indikasi BSC 2X di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus ini yaitu berjumlah satu orang pasien yaitu Ny. M dengan pasca operasi seksio sesaria dengan indikasi BSC 2x dalam penurunan intensitas nyeri dengan cara mobilisasi dini.

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Adapun lokasi dan waktu yang telah di laksanakan oleh penulis untuk memberi asuhan keparawatan, sebagai berikut :

1. Lokasi

Penulis melakukan penerapan mobilisasi dini dalam penurunan intensitas nyeri pada Ny. M dengan pasca operasi seksio sesaria dengan indikasi BSC 2X di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto.

2. Waktu

Waktu studi kasus dilakukan selama 3 hari yaitu sejak tanggal 23 Mei 2023 sampai dengan 25 Mei 2023.

D. Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus pada karya tulis ilmiah ini yaitu untuk menurunkan intensitas nyeri dengan cara mobilisasi dini pada Ny. M pasca operasi seksio sesarea.

E. Instrument Studi Kasus

Alat dan instrument yang dibutuhkan dalam penulisan adalah format pengkajian pasien postpartum seksio sesaria, SOP mobilisasi dini, alat mengukur nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)*, alat perlindungan diri, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari termometer, stetoskop dan tensi meter.

F. Metode Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data studi kasus yaitu pengumpulan data dengan wawancara, pengukuran, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi untuk sumber data yang sama secara bersamaan.

1. Anamnesa

Anamnesis atau wawancara merupakan langkah pertama dalam tata cara kerja yang harus ditempuh untuk membuat diagnosis. Seorang perawat akan dapat mengarahkan kemungkinan diagnosis pada seorang pasien melalui anamnesa yang baik (Novitasari et al., 2017). Wawancara dilakukan langsung kepada pasien Ny. M dan keluarga untuk memperoleh informasi tentang kesehatan pasien dibawa ke rumah sakit, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga dan keluhan yang dirasakan pasien.

2. Observasi

Metode observasi yaitu peneliti yang dilakukan dengan cara pengamatan terhadap obyek, dengan cara ini peneliti akan memperoleh data secara obyektif karena obyek tidak mengetahui bahwa dirinya sedang diteliti (Wibowo & Hermawan, 2014). Pada studi lapangan penulis

mengumpulkan data dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 23 Mei 2023 sampai 25 Mei 2023. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi pada pasien Ny. M, data dapat dilakukan dengan melakukan interkasi secara langsung antara perawat dengan pasien dan keluarga pasien. Penulis melakukan observasi yang meliputi tingkat kesadaran composmentis, hasil TTV TD 135/82mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36°C. Terdapat hasil bahwa pasien tidak bisa melakukan mobilisasi karena pasien cemas terhadap nyeri pasca operasi seksio sesarea dengan skala nyeri 5.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan pemeriksaan tubuh untuk menemukan kelainan dari suatu sistim atau organ tubuh dengan empat metode yaitu melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi) (Labibah, 2022).

a. Inspeksi

Inspeksi merupakan teknik pemeriksaan disik yang mengutamakan kemampuan pengamatan pemeriksaan. Data didapatkan atas hasil pengamatan dengan melihat kesimetrisan suatu area tubuh, perubahan warna, adanya lesi sampai luka atau perubahan-perubahan yang sifatnya patologis pada daerah tubuh yang diperiksa. Inpeksi dilakukan dengan mengamati luka pasca operasi dibawah abdomen, mengamati peningkatan mobilisasi pasien setelah pasca operasi dan mengamati ekspresi wajah pasien.

b. Palpasi

Palpasi merupakan teknik pemeriksaan fisik yang mengandalkan kepekaan tangan pemeriksaan terhadap daerah pemeriksaan. Pada kasus ini penulis melakukan pengukuran tinggi fundus uteri.

c. Perkusi

Perkusi merupakan tindakan pemeriksaan fisik yang mengutamakan kemampuan keterampilan membedakan suara hasil ketukan tangan pemeriksaan pada daerah abdomen. Pada kasus ini perkusi tidak dilakukan pemeriksaan.

d. Auskultasi

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan fisik dengan mengendalikan kepekaan mendengar bunyi yang dihasilkan organ dalam melalui bantuan alat pemeriksaan fisik menggunakan stetoskop. Pemeriksaan auskultasi dilakukan saat mengukur tekanan darah pasien dan mendengarkan bising usus pasien.

G. Analisa dan Penyajian Data

Pasien atas nama Ny. M berusia 33 tahun dengan RM 426820 datang ke RSPAD melalui poliklinik fetomaternal pada tanggal 22 Mei 2023 pukul 08.00 dengan keluhan gerak janin aktif dengan kehamilan 38 minggu serta rencana operasi seksio sesarea, dengan diagnosis G3P2+1A0 dengan hamil 38 minggu. Janin presentasi kepala tunggal hidup, pasien mempunyai riwayat seksio sesaria sebelumnya. Lalu pasien masuk ruangan perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi pada tanggal 22 Mei 2023 pada pukul 16.00 WIB. Klien dilakukan tindakan pemasangan infus RL 20tpm lalu diberikan obat sebelum melakukan tindakan operasi diberikan anal yall colon dan dilakukn skin test pycilin. Pasien direncanakan melakukan operasi seksio sesarea pada tanggal 23 Mei 2023. Sebelum melakukan operasi seksio sesarea pasien menjalani pemeriksaan USG, CTG dan darah lengkap. Saat ini pasien dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 123/78mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, suhu 36°C, frekuensi pernapasan 20x/menit. Pasien melakukan operasi seksio sesarea pada jam ke 1 pada pukul 08.00 sampai selesai seksio sesarea 10.10 WIB, anastesi cara pembiusan spinal pada daerah tindakan dan sekitarnya yaitu insisi pfannenstiel +- 20cm, selaput ketuban dipecahkan, air ketuban jernih dan jumlah ketuban cukup, plasenta implantasi di korpus depan. Bayi lahir pada pukul 09.30 WIB berjenis kelamin perempuan berat badan bayi 3395gr, Panjang bayi 49,5cm. ibu dan bayi dalam keadaan stabil dipindahkan kembali keruang perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi dan dilakukan tindakan pemberian obat injeksi pycilin 1,5mg, obat anal profenid 100mg, oral depomet 250mg sesuai program, IVFD RL 20tpm. Kesadaran pasien composmentis, pasien mengatakan merasakan nyeri pada luka pasca operasi seksio sesarea seperti

ditusuk-tusuk, skala nyeri 5, pasien tampak meringis, pasien mengatakan cemas dengan nyeri yang dirasakan, pasien tampak gelisah, pasien mengatakan aktivitas menjadi terbatas, tampak luka pasca operasi seksio sesarea pada abdomen bagian bawah insisi pfannenstiel +/- 20cm, terdapat luka jahitan pada daerah abdomen. TTV klien sesudah operasi TD 127/85mmHg, frekuensi nadi 81x/menit, suhu 36°C, frekuensi pernapasan 20x/menit. Masalah keperawatan yang di temukan yaitu Nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi. tindakan yang telah dilakukan yaitu mengukut TTV, memberikan infus RL, memberikan injeksi pycilin 1,5mg sesuai program, obat anal profenid 100mg sesuai program, oral depomet 250gram sesuai program. Setelah dilakukan evaluasi ketiga masalah keperawatan belum teratasi.

Pasien mengatakan nyeri dibagian bawah abdomen pasca operasi seksio sesarea, merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien merasakan nyeri hilang timbul dengan skala 5. Pasien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena pasien merasakan nyeri pada luka pasca operasi seksio sesarea. Menarche usia 16 tahun dengan siklus haid teratur dan lamanya 7 hari perkiraan jumlah 50ml/24jam pasien tidak ada keluhan menstruasi.

Riwayat persalinan sekarang pasien mengatakan persalinan dimulai pada pukul 08.00 dan selesai dalam waktu 2 jam, jenis persalinan seksio sesaria, perdarahan +/- 200cc, jenis kelamin bayi perempuan dengan berat badan 3395gr dan Panjang badan 49,5cm. riwayat obsertri (G4P3+1A0 anak hidup 4). APGAR Score menit I = 6, menit ke V = 8, pasien mengatakan pernah melahirkan jenis persalinan seksio sesaria sebanyak 3 kali pada saat usia kehamilan anak pertama umur kehamilan 38 minggu persalinan jenis seksio sesarea penyulit CPD komplikasi nifas baik jenis kelamin laki-laki keadaan sehat dan usia anak saat ini 9 tahun, pada saat usia kehamilan anak kedua umur kehamilan 38 minggu persalinan jenis seksio sesarea penyulit gemelli komplikasi nifas baik jenis kelamin laki-laki dan perempuan keadaan sehat dan usia anak saat ini 6 tahun.

Pasien menggunakan KB IUD lama pemakaian 5 tahun, pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari, jenis makanan tinggi serat, rendah

gula, tinggi protein. Nafsu makan klien baik, tidak ada mual atau muntah, tidak ada alergi makanan, tidak ada masalah mengunyah atau menelan, tidak ada pantangan makanan, berat badan sebelum hamil 72kg setelah hamil 88kg.

Pasien mengatakan frekuensi BAB 1 kali/hari dengan konsistensi lembek, berwarna kecoklatan pasien tidak ada keluhan. Sedangkan frekuensi BAK 5 kali/hari warna kuning jernih, berbau khas urine dan tidak ada keluhan.

Pasien mengatakan kehamilan ini memang sudah direncanakan, pasien senang dengan kehamilan ini dan klien merasakan cemas dengan persalinannya. Pasien mengatakan sangat siap untuk menjadi seorang ibu. Pasien mengatakan untuk mengatasi stress pasien memilih melakukan aktivitas sehari-harinya. Pasien tinggal dengan suami, peran klien dalam keluarga adalah sebagai istri. Pasien mengatakan sanggup untuk merawat bayi dan masih harus lebih mencari pengetahuan dalam merawat bayi. Pasien berharap dari perawatan saat ini pasien bisa cepat pulih dan bisa segera pulang ke rumah. Tidak ada faktor budaya yang mempengaruhi kesehatan. Pasien mengatakan penghasilan perbulannya > Rp. 2.000.000 dan penghasilan perbulannya mencukupi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 23 Mei 2023 yaitu saat ini keadaan umum pasien composmentis dengan hasil TTV TD 135/82 mmHg, suhu 36°C, nadi 88x/menit, pernapasan 20x/menit. Pada sistem pencernaan didapatkan tidak ada mual dan muntah, nafsu makan baik, tidak ada rasa penuh diperut, tidak ada nyeri didaerah perut, berat badan sekarang 80kg, tinggi badan 168cm, BAB lancer tidak ada diare.

Sistem neurosensory dan sistem endokrin, status mental pasien orientasi baik, pasien tidak memakai kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan bicara, tidak sering pingsan atau pusing, nafas tidak bau keton, BAK 5 kali/hari dan terkontrol, jumlah 500cc berwarna kuning jernih, pasien tidak ada keluhan rasa sakit saat BAK, tidak ada distensi kandung kemih, memakai selang kateter.

Sistem integumen dan muskuloskeletal, turgor kulit baik dan bersih, keadaan rambut bersih, ada kesulitan dalam bergerak pasca operasi seksio sesarea. Ektremitas simetris, tidak ada edema, tidak ada verises, reflek patella positif, tandan human negatif, tidak ada tremor.

Daerah dada, axilla, abdomen dan anogenital didapatkan bahwa, mammae tidak membesar, areola mammae hiperpigmentasi, papilla mammae exverted, kolostrum keluar, produksi ASI kurang lancar, pasien memberikan ASI kepada bayinya, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembesaran kelenjar lymphe. Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, tidak ada kontraksi atau after pain, konsistensi uterus lunak, ada bekas luka pasca operasi seksio sesarea, diastasi rektus abdominis tidak dapat terukur. Anogenital, lochea lubra, berwarna merah kehitaman, perineum utuh, tidak ada episiotomy, tiada tanda-tanda REEDA.

Saat dilakukan pengkajian pasca operasi seksio sesarea penulis mendapatkan data tentang pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan dan didapatkan dari pasien. Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan adalah pemeriksaan hasil Laboratorium pada tanggal 22 Mei 2023 dengan hasil : Hasil hemoglobin 11.5* (12.0-16.0 g/dL), Hematokrit 34* (37-47%), Eritrosit 4.5 (4.3-6.0 juta/uL), Leukosit 10740 (4,800-10,800/uL), Trombosit 320000 (150.000-400.000/uL), MCV 76* (80-96/L), MCH 26* (27-32 pg), MCHC 33 (32-36 g/dL), Ureum 11* (20-50 mg/dL), Kreatinin 0.47 (0.5-1.5 mg/dL), Klorida 106 (96-105 mmol/L) dan penatalaksanaan yang diberikan selama pasca operasi seksio sesarea adalah : Infus RL ditangan kiri, injeksi ketorolac IV 3x30mg, profemid supp 3x100mg (obat anal), metodopramide IV 3x10mg, dopomet oral 3x250mg, pycillin 2x 1,5gr.

Kriteria dengan masalah mobilisasi dini pasien mengatakan cemas terhadap nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan sulit untuk melakukan mobilisasi, maka dari itu pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk melakukan mobilisasi dini menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)* atau dapat dibedakan menjadi tidak nyeri (0), nyeri ringan dengan skala (1-3), nyeri sedang dengan skala (4-6), dan nyeri berat dengan skala (7-10).

Berdasarkan hasil pengkajian yang sudah dilakukan maka ditemukan analisa data subjektif dan data objektif pada pasien paska operasi seksio sesarea yang meliputi data subjektif : pasien mengatakan nyeri pada luka paska operasi seksio sesarea, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan cemas terhadap nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan sulit untuk melakukan mobilisasi, pasien mengatakan terdapat luka paska operasi seksio sesarea pada abdomen bawah. Pada analisa data objektif didapatkan TD 135/82mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36°C, kesadaran pasien composmentis, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga, terdapat luka jahitan pada daerah paska operasi seksio sesarea, tampak luka paska operasi seksio sesarea pada abdomen bagian bawah insisi pfaanenstiel +/-20cm, skala nyeri 5, operasi hari pertama daerah luka tampak merah.

Berdasarkan analisa data yang sudah ditemukan 3 masalah keperawatan yang muncul yaitu : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan paska insisi bedah.

Diagnosis yang penulis angkat untuk dijadikan prioritas yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut dikarenakan pasien paska operasi seksio sesarea akan mengeluh nyeri pada luka paska operasi dan pergerakannya akan terbatas. Tujuan dari mobilitas fisik yaitu mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, membantu pernapasan menjadi lebih baik dan mempertahankan tonus otot. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosis prioritas mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut.

Berdasarkan intervensi menurut SIKI pada diagnosis mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut yaitu meliputi : tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilisasi pasien meningkat. Dengan kriteria hasil nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun. Intervensi yang dilakukan meliputi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, indentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor

kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. menggerakkan kedua tungkai kaki, miring kanan dan miring kiri, duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi dan berjalan).

Sehubungan dengan rencana yang penulis buat sebelumnya maka dilanjutkan dengan implementasi terkait dengan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut dimulai pada tanggal :

Selasa, 23 Mei 2023

Pukul 14.00 mengobservasi TTV hasil TD 135/82mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, suhu 36°C, frekuensi pernapasan 20x/menit. Pukul 14.15 mengidentifikasi skala nyeri hasil skala nyeri 5 pasien mengatakan nyeri pada luka paska operasi seksio sesarea. Pukul 16.00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil pasien mengatakan nyeri pada luka paska operasi seksio sesarea dan pasien mengatakan sulit untuk melakukan mobilisasi secara mandiri. Pukul 16.10 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan hasil pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur. Pukul 17.00 memfasilitasi aktivitas mobilisasi alat bantu hasil melakukan mobilisasi pasien telah diajarkan melakukan mobilisasi sederhana dengan menggerakkan kedua tungkai kakinya dan pasien mampu mengikuti dan melakukannya. Pukul 17.30 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi hasil pasien tampak kaku dan cemas saat melakukan mobilisasi secara mandiri. Pukul 18.30 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan hasil keluarga pasien ikut serta membantu pasien untuk melakukan mobilisasinya. 18.40 memberikan obat analgetik hasil pasien diberikan obat injeksi ketorolac 10 mg sesuai dengan anjuran untuk mengurangi rasa nyeri. Pukul 21.20 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil klien mengatakan nyeri pada luka, klien mengatakan nyeri saat melakukan mobilisasi. Pukul 22.00 memberikan obat analgetic hasil klien diberikan

obat ketorolac 10 mg, pycIn 1, gr, depomet 250gr sesuai dengan anjuran. Dengan hasil evaluasi S : Pasien mengatakan cemas terhadap nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan sulit untuk melakukan mobilisasi, O : Pasien tampak gelisah, pasien tampak cemas dan kaku saat melakukan mobilisasi secara mandiri, aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga, skala nyeri 5, A : Masalah belum teratasi, P : Intervensi dilanjutkan.

Rabu, 24 Mei 2023

Pukul 05.00 melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan hasil keluarga klien ikut serta membantu klien untuk melakukan mobilisasinya. Pukul 08.00 mengobservasi TTV hasil TD 1477/9 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, suhu 36°C, frekuensi pernapasan 20x/menit. Pukul 08.45 memberikan obat antibiotic hasil klien diberikan obat depomet 250gr, ketorolac 10mg, metoclopramide, profemid 100mg sesuai dengan anjuran. Pukul 09.25 mengidentifikasi skala nyeri hasil skala 4 klien mengatakan nyeri berkurang. Pukul 10.15 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil klien mengatakan nyeri berkurang pada luka post perasi seksio sesarea klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi setengah duduk secara mandiri. Pukul 10.45 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan hasil klien mampu menggerakkan kedua tungkai kakinya secara mandiri. Pukul 13.45 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi hasil klien tampak masih kaku dan ragu untuk melakukan mobilisasinya. Pukul 15.20 memfasilitasi aktivitas mobilisasi alat bantu hasil klien telah diajarkan mobilisasi miring kanan kiri dan duduk ditempat tidur dan klien mampu mengikuti dan melakukannya secara mandiri. Pukul 15.50 melibatkan keluarga untuk membantu klien melakukan mobilisasi hasil keluarga klien ikut serta membantu klien melakukan mobilisasinya. Pukul 16.35 memberikan obat analgetic hasil klien diberikan obat ketorolac 10 mg, depomet 250gr sesuai dengan anjuran. Pukul 21.15 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik hasil klien mengatakan nyeri berkurang. Dengan hasil evaluasi S : Pasien mengatakan masih ada rasa nyeri pada luka paska operasi seksio

sesarea, pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kedua tungkai kaki secara mandiri, pasien mengatakan masih ada rasa nyeri pada paska operasi saat melakukan mobilisasi, O : Pasien mampu menggerakkan kedua tungkai kakinya secara mandiri, pasien tampak masih cemas dan kaku saat melakukan mobilisasi secara mandiri, skala nyeri 4, keluarga klien ikut serta untuk membantu pasien melakukan mobilisasi, A : Masalah belum teratasi, P : Intervensi dilanjutkan.

Kamis, 25 Mei 2023

Pukul 05.00 melibatkan keluarga untuk membantu klien melakukan mobilisasi hasil keluarga ikut serta membantu klien untuk melakukan mobilisasinya. Pukul 08.00 mengobservasi TTV hasil TD 149/89mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36°C. Pukul 09.15 mengidentifikasi skala nyeri hasil skala 3 klien mengatakan nyeri berkurang. Pukul 10.45 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik hasil klien mengatakan nyeri berkurang. Pukul 13.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan hasil klien sudah mampu menggerakkan kedua tungkai kakinya secara mandiri dan klien sudah mampu melakukan miring kanan kiri dan duduk di tempat tidur secara mandiri. Pukul 16.00 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi hasil klien tampak bersemangat saat melakukan mobilisasi secara mandiri. Pukul 16.35 memfasilitasi aktivitas mobilisasi alat bantu hasil klien telah diajarkan melakukan mobilisasi duduk di sisi tempat tidur dan diajarkan untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi dan diajarkan juga untuk jalan secara perlahan-lahan dan klien mampu mengikuti arahan secara mandiri. Pukul 17.00 melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam mobilisasi hasil keluarga ikut serta membantu klien melakukan mobilisasinya. Pukul 18.00 memberikan obat analgetic hasil klien diberikan obat ketorolac 10mg, depomet 250gr sesuai dengan anjurannya. Pukul 21.00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil klien mengatakan nyeri berkurang. Dengan hasil evaluasi S :Klien mengatakan nyeri berkurang

pada luka paska operasi seksio sesarea, klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi setengah duduk secara mandiri, klien mengatakan rasa nyeri berkurang saat melakukan mobilisasi, O :Skala nyeri 3 klien mampu menggerakkan kedua tungkai kaki secara mandiri, klien mampu melakukan miring kanan kiri secara mandiri, klien mampu melakukan duduk ditempat tidur secara mandiri, klien mampu melakukan duduk di sisi tempat tidur secara mandiri, klien mampu pindah dari tempat tidur ke kursi secara mandiri, klien mampu berjalan perlahan-lahan secara mandiri, klien tampak bersemangat saat melakukan mobilisasi secara mandiri, keluarga klien ikut serta untuk membantu klien melakukan mobilisasinya, A :Masalah teratasi, P :Intervensi dihentikan, pasien pulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas antara masalah proses asuhan keperawatan yang ditemukan dengan teori dan hasil studi kasus terlebih dahulu (artikel terkait) pada pasien dengan paska operasi seksio sesarea yang telah dilakukan pada tanggal 23 Mei 2023 sampai dengan 25 Mei 2023 di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto dimana dalam pembahasan ini sesuai dengan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosis keperawatan, membuat perencanaan, melakukan pelaksanaan atau implementasi dan membuat evaluasi. Tahap pengkajian dalam teori data yang dikaji meliputi identitas klien, resume, riwayat kesehatan klien, pengkajian fisik, dan data penunjang. Dalam kasus yang sedang dikaji mencakup identitas klien, resume, riwayat kesehatan klien, pengkajian fisik, dan juga data penunjang. Selama proses pengumpulan data, semua aspek dapat dilakukan dengan efektif.

Hasil penelitian studi kasus di dapatkan pasien Ny. M mengatakan nyeri pada luka paska operasi seksio sesarea dengan skala nyeri 5, klien mengatakan merasakan nyeri pada luka paska operasi seksio sesarea seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 5, klien tampak meringis kesakitan, klien mengatakan cemas dengan nyeri yang dirasakan, kesadaran klien compos mentis, hasil TTV TD 135/82mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, suhu 36°C, frekuensi pernapasan 20x/menit. Dalam sebuah artikel (Suastini & Pawestri, 2021) menggunakan 3 pasien dengan hasil skala nyeri yang berbeda. Pada pasien 1 didapatkan keluhan nyeri pada area perut sekitar bawah pusat dan pada bagian luka operasi, nyeri terasa seperti diiris dan ditusuk-tusuk, nyeri terasa menyebar ke area sekitarnya, terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak, skala nyeri 7. Pada pasien 2 mengeluh nyeri pada bagian luka paska operasi di atas kemaluan, nyeri terasa seperti teriris dan diremas-remas, nyeri terasa menyebar ke area sekitarnya, terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak, skala nyeri 4.

Pada pasien 3 mengeluh nyeri pada bagian luka operasi di atas kemaluan, nyeri terasa seperti teriris dan terbakar, nyeri terasa menyebar ke area sekitarnya, terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak, skala nyeri 9.

Berdasarkan hasil studi kasus didapatkan kesenjangan pada pengkajian antara studi kasus dengan artikel terkait yaitu perbedaan antara skala nyeri klien dimana dalam kasus ditemukan skala nyeri 5 pada nyeri luka paska operasi seksio sesarea. Sedangkan pada artikel terkait menurut Suastini & Pawestri (2021) didapatkan pada 3 pasien dengan skala nyeri yang berbeda dan persepsi nyeri yang berbeda. Hal tersebut dikarenakan fase ini terjadi ketika pasien merasa nyeri, karena nyeri itu bersifat subjektif, maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga akan berbeda antara satu orang dengan yang lainnya.

Diagnosis yang ditemukan oleh penulis pada studi kasus ini yaitu 3 diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan pasca insisi bedah. Namun yang menjadi prioritas diagnosis pada studi kasus ini yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut. Hal ini sejalan dengan (Syarifah et al., 2019) bahwa pada pasien paska operasi seksio sesarea dampak masalah yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik.

Penulis menetapkan intervensi dari seluruh diagnosis yang ditetapkan, namun pada studi kasus penulis menetapkan diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut sebagai prioritas yang memiliki tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilisasi pasien meningkat. Dengan kriteria hasil nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun. Intervensi yang dilakukan meliputi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, indentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. menggerakkan kedua tungkai kaki, miring kanan dan miring kiri, duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi dan berjalan). Sehubungan dengan di prioritaskannya diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut sehingga diagnosis yang di prioritaskan adalah mobilitas fisik hal ini dikuatkan oleh

(Syarifah et al., 2019) bahwa salah satu masalah keperawatan yang sering muncul pada ibu postpartum adalah mobilisasi dini, ketika ibu mengalami nyeri ibu akan takut untuk melakukan aktivitas, tingginya kepercayaan orang terhadap budayanya jika sering bergerak setelah melahirkan maka benang jahitannya akan putus dan akan lebih sakit jika melakukan mobilisasi dini.

Dengan di prioritaskannya diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut maka penulis memberikan teknik mobilisasi dini. Hal ini sejalan dengan artikel terkait (Rottie & Saragih, 2019) bahwa mobilisasi penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu postpartum sehingga dapat melakukan kembali aktivitas sehari-hari secara normal. Keterlambatan mobilisasi ini akan menjadikan kondisi ibu postpartum semakin memburuk dan menjadikan pemulihan nyeri paska operasi seksio sesarea menjadi terlambat.

Setelah dilakukan intervensi pada studi kasus ini penulis akan melakukan tindakan kepada pasien dengan menerapkan mobilisasi dini terhadap Ny. M dengan cara menggerak-gerakan kedua tungkai kaki terlebih dahulu kemudian dilanjutkan dengan berlatih miring kanan dan miring kiri, berlatih duduk ditempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur, menganjurkan pasien berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dan berjalan secara perlahan-lahan. Didapatkan dari hasil pertama pasien tampak mengikuti mobilisasi dini dengan baik walaupun masih tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 5. Selanjutnya dihari kedua pasien tampak masih cemas dan kaku saat melakukan aktivitas secara mandiri dengan skala nyeri 4. Dihari ketiga pasien mengikuti teknik mobilisasi dini dengan baik pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3. Hal ini terbukti bahwa teknik mobilisasi dini untuk menurunkan intensitas nyeri dibuktikan oleh Rottie & Saragih, 2019) menunjukkan bahwa mobilisasi sangat efektif dalam proses penyembuhan luka paska operasi seksio sesarea.

Setelah dilakukan implementasi pada Ny. M maka penulis melakukan evaluasi pada hari pertama tanggal 23 Mei 2023 tidak terjadi penurunan intensitas nyeri, skala nyeri 5, pasien tampak gelisah, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien tampak meringis kesakitan dan aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga. Dilanjutkan pada hari kedua tanggal 24 Mei 2023 terjadi penurunan skala nyeri, skala nyeri 4, pasien mengatakan masih ada rasa nyeri pada luka paska

operasi, pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kedua tungkai kakinya dan melakukan mobilisasi miring kanan dan kiri. Pada hari ketiga tanggal 25 Mei 2023 terjadi penurunan intensitas nyeri dengan skala 3, pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri. Pasien mampu melakukan duduk ditempat tidur, berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dan berjalan secara perlahan pasien mampu melakukannya dan dibantu oleh keluarganya. Hal ini sesuai yang dikatakan oleh (Suastini & Pawestri, 2021) teknik mobilisasi dini terbukti efektif menurunkan intensitas nyeri pada pasien paska operasi dari skala sedang (4-6) menjadi skala ringan (1-3).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Seksio sesarea adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan bayi dengan membuat sayatan pada dinding abdomen dan uterus. Seksio sesarea dilakukan Ketika persalinan normal tidak memungkinkan, dan janin dapat dikeluarkan melalui insisi pada dinding perut dan uterus.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada studi kasus ini yaitu dengan pembedahan Pfannenstiel. Pembedahan ini dilakukan dengan cara menyayat kutis secara tajam dengan pisau, selanjutnya dari subkutis ke dalam abdomen umumnya dibuka secara tumpul. Metode ini merupakan variasi cara Pfannenstiel disebut operasi minimalis. Tidak menggunakan retractor, hanya menggunakan jari tangan untuk membebaskan jaringan. Pasien dengan pembedahan ini biasanya sering mengeluh nyeri paska operasi seksio sesarea yang disebut dengan nyeri akut dimana nyeri dapat berlangsung dengan waktu yang sangat singkat. Oleh karena itu untuk mengurangi intensitas nyeri dengan melakukan teknik mobilisasi dini.

Penulis menetapkan teknik mobilisasi dini pada pasien Ny. M paska operasi seksio sesarea di Ruang Paviliun Iman Sudjudi Lantai 1 RSPAD Gatot Soebroto. Pasien mengeluh nyeri pada luka paska operasi dengan skala nyeri 5 dan pasien tampak kaku dan cemas saat melakukan aktivitasnya. Penulis melakukan tindakan teknik mobilisasi dini selama 3 hari. Pada hari ketiga pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang yang sebelumnya skala nyeri 5 dan sekarang menjadi skala nyeri 3 ditandai dengan pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri. Penerapan teknik mobilisasi dini efektif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien paska operasi seksio sesarea di Ruang Perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto.

B. Saran

Setelah penulis menguraikan dan menyimpulkan, penulis dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan yang ada, maka selanjutnya penulis akan menyampaikan saran yang ditujukan kepada :

1. Bagi Masyarakat

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat dalam menambah pengetahuan khususnya tentang penerapan dukungan mobilisasi dini untuk mengurangi intensitas nyeri paska paska operasi pada klien seksio sesarea.

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan mengenai penerapan asuhan keperawatan pada pasien paska operasi seksio sesarea dalam pemberian dukungan mobilisasi dini untuk menurunkan intensitas nyeri.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan acuan untuk melakukan penelitian serupa mengenai penerapan asuhan keperawatan pada pasien paska operasi seksio sesarea dalam pemberian dukungan mobilisasi dini untuk mengurangi intensitas nyeri dan bisa menambahkan dengan jumlah sampel yang lebih besar dalam diterapkan pada kasus-kasus lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyana Yuliasari, M. Sapuan Hadi, & Tries Yuliasuti. (2022). Analisis Spasial Persalinan Dengan Seksio Sesarea Di Indonesia Sebagai Upaya Menurunkan Kematian Maternal. *WOMB Midwifery Journal*, 1(1), 27–33. <https://doi.org/10.54832/wombmidj.v1i1.14>
- Astuti, D., & Hartinah, D. (2021). Pengaruh Mobilisasi Dini Pada Ibu Post Partum. *Proceeding of The URECOL*, 2, 9–13. <http://repository.urecol.org/index.php/proceeding/article/view/1246>
- Febiantri, N., & Machmudah, M. (2021). Penurunan Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea Menggunakan Terapi Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda*, 2(2), 31. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6239>
- Febriati, L. D., Zakiyah, Z., & Ratnaningsih, E. (2022). Hubungan Pendidikan dan Pekerjaan terhadap Adaptasi Perubahan Psikologi pada Ibu Nifas *The Relationship between Educational and Occupational Factors and The Adaptation of Psychological Changes in Postpartum Mothers*. 4(1), 287–294.
- Himalaya, D., & Maryani, D. (2022). Pemberian Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) Alat Kontrasepsi Pil Progestin di Era Pandemi Covid-19 Pada Ibu Post Partum di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Kota Bengkulu. *Dharma Raflesia : Jurnal Ilmiah Pengembangan Dan Penerapan IPTEKS*, 20(1), 105–114. <https://doi.org/10.33369/dr.v20i1.20036>
- Karyati, S., Hanafi, M., & Astuti, D. (2018). Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Skala Nyeri Post Operasi Sectio Cesarea Di RSUD Kudus. *Jurnal Keperawatan*, 1(1), 866–872.
- Kurniyawan, H. E. (2016). Terapi Komplementer Alternatif Akupresur Dalam Menurunkan Tingkat Nyeri. *NurseLine Journal*, 1(2), 246–256. <https://media.neliti.com/media/publications/197137-ID-acupressure-as-complementary-and-alterna.pdf>
- Labibah, D. I. (2022). Efektivitas instrumen numeric rating scale dan visual analog scale pada pasien post operasi sectio caesarea : literature review. *Jurnal Universitas Aisyiyah Yogyakarta*, 11(1), 12.
- Liawati, N., & Novani, S. S. (2018). Hubungan Pengetahuan Ibu Postpartum Sectio Caesarea Tentang Mobilisasi Dini Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada

Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Raden Dewi Sartika Rsud Sekarwangi Kabupaten Sukabumi. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 3(1), 119–133.

Mardiawati, D. (2017). Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Mobilisasi Dini Pada Pasien Di Ruangan Kebidanan Rsud Dr. Rasidin Padang. *Menara Ilmu*, XI(76), 210–214.

Metasari, D., & Sianipar, B. K. (2019). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Post Operasi Sectio Cessarea Di Rumah Sakit Bengkulu. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(1), 8–13. <https://doi.org/10.37012/jik.v10i1.7>

Morita, K. M., Amelia, R., & Putri, D. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 5(2), 106. <https://doi.org/10.34008/jurhesti.v5i2.197>

Novitasari, A., Ridlo, S., & Kristina, T. N. (2017). Instrumen Penilaian Diri Kompetensi Klinis Mahasiswa Kedokteran. *Journal of Educational Research and Evaluation*, 6(1), 81–89. <https://doi.org/10.15294/jrer.v6i1.16212>

Putra, ida B. G. S., Wandia, M., & Harkitasari, S. (2021). Indikasi Tindakan Sectio Caesarea di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2017-2019. *Aesculapius Medical Journal*, 1(1), 63–64.

Rottie, J., & Saragih, R. E. (2019). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Sectio Caesarea Di Irina D Bawah RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado. *Journal Of Community and Emergency*, 7, 431–440.

Safitri, M. (2020). Komplikasi Pasca Persalinan Sectio Caesarea : Narrative Review. *Skripsi Thesis, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*, 40. http://digilib.unisayogya.ac.id/5392/1/MEKANIA_SAFITRI_1910104204_SARJANA_KEBIDANAN_NASPUB..pdf TERAPAN

Suastini, S., & Pawestri, P. (2021). Penurunan intensitas nyeri luka post-sectio caesarea menggunakan mobilisasi dini. *Ners Muda*, 2(3), 91. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i3.8247>

Syarifah, A. S., Ratnawati, M., & Kharisma, A. D. (2019). Hubungan Tingkat Nyeri Luka Operasi Dengan Mobilisasi Dini Pada Ibu Post Sectio Caesarea Di Pavilyun Melati Rsud Jombang. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery)*, 5(1), 66–73. <https://doi.org/10.33023/jikeb.v5i1.238>

Tinggi, S., Kesehatan, I., Husada, M., Mandala, N., Sembiring, P., Tinggi, S., Kesehatan, I., & Husada, M. (2022). *Hubungan Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Tinggi Fundus Uteri Ibu Nifas Di Bidan Praktek Mandiri (BPM) Susiyanti Tahun 2022*. 6(2).

- Tyas, D. A. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Bidan Komunitas*, 3(2), 86–92. <https://doi.org/10.33085/jbk.v3i2.4616>
- Wibowo, D. A., & Hermawan, Y. (2014). Penerapan Metode Resitasi Dan Diskusi Untuk Meningkatkan Prestasi Belajar Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Galuh the Application of Recitation and Discussion Method To Improve Sophomore Students Achievement in Nursing Program At Galuh . *Jurnal Pendidikan Dan Kebudayaan*, 20(3), 328–339.
- Wulan, M. (2019). Pengaruh Kombinasi Pijat Oksitosin Dengan Aromaterapi Lavender Terhadap Produksi Asi Pada Ibu Post Partum Normal Di Rsu Haji Medan Tahun 2018. *Jurnal Teknologi Kesehatan Dan Ilmu Sosial (Tekesnos)*, 1(1), 17–26. <http://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/tekesnos/article/view/923>
- Wahyuningsih, S. (2019). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa. Jember: Deepublish.

STANDAR OPERASIONAL
MOBILISASI DINI PADA IBU POST *SECTIO CAESAREA*

ASPEK YANG DINILAI
<p>A. Pengertian</p> <p>Mobilisasi dini post <i>sectio caesarea</i> adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan <i>sectio caesarea</i>.</p>
<p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mempercepat penyembuhan luka2. Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi3. Mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli4. Mengurangi lama rawat di Rumah sakit
<p>C. Indikasi</p> <p>Pasien dengan post <i>sectio caesarea</i></p>
<p>D. Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berikan salam, panggil klien dengan Namanya2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga3. Jelaskan tujuan tindakan kepada pasien/keluarga4. Minta persetujuan pasien5. Jaga privacy klien
<p>E. Prosedur</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tahap pra interaksi<ol style="list-style-type: none">a. Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakanb. Melihat data atau riwayat SC klienc. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawatd. Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini

e. Mencuci tangan
2. Tahap orientasi
a. Memberikan salam dan memperkenalkan diri
b. Menanyakan identitas klien dan menyampaikan kontrak waktu
c. Menjelaskan tujuan dan prosedur
d. Menanyakan persetujuan dan prosedur
3. Tahap kerja
Pada 6 jam pertama post SC
a. Menjaga privasi klien
b. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang
c. Anjurkan distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
d. Latihan gerak kedua tungkai kakinya selama 1 menit
e. Tetap dalam posisi berbaring
f. Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali
Pada 6-10 jam berikutnya
a. Latihan miring kanan dan kiri
b. Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu erpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain
Pada 24 jam SC

a. Lakukan Latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan. Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai
b. Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dibantu dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk Latihan berjalan disekitar tempat tidur
F. Evaluasi dan Tindak Lanjut
1. Melakukan evaluasi tindakan
2. Menganjurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga
3. Mencuci tangan

Lampiran 2 : Lembar Observasi 1

LEMBAR OBSERVASI

Nama Responden : Ny. M

No.RM : 426820

Hari	SLKI	Hasil Observasi				
		1	2	3	4	5
Ke-1	Pasien meningkat dalam melakukan aktivitas			✓		
	Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas fisik			✓		
	Mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kekuatan			✓		
Ke-2	Pasien meningkat dalam melakukan aktivitas				✓	
	Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas fisik				✓	

	Mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kekuatan				✓	
Ke-3	Pasien meningkat dalam melakukan aktivitas					✓
	Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas fisik					✓
	Mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kekuatan					✓

Keterangan :

Tingkat 1 : Membantu pasien untuk bergerak dengan bantuan total.

Tingkat 2 : Mampu bergerak dengan menggunakan alat bantu.

Tingkat 3 : Mampu bergerak dengan kemampuan minimal.

Tingkat 4 : Mampu bergerak dengan bantuan minimal, tanpa alat bantu.

Tingkat 5 : Mampu bergerak tanpa bantuan.

FORMAT PENGKAJIAN IBU POST PARTUM

H. Identifikasi Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Mei 2023. Pada Ny. M dengan G4P2+1A0 hamil 38 minggu dengan BSC 2x. nomor Register 426820. Klien masuk ruangan perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi pada tanggal 22 Mei 2023 pukul 16.00 WIB.

Klien Bernama Ny. M yang berusia 33 tahun, klien berpendidikan S1, klien bekerja sebagai anggota TNI AD, klien berasal dari Suku Batak. Nama suami klien Tn. F yang berusia 33 tahun, suami klien berpendidikan SMA, suami klien bekerja sebagai anggota TNI AD, klien berasal dari Suku Jawa. Agama klien dan suami islam. Alamat Jl. Kobangdiklat II No.27 001/005. Status perkawinan menikah dan lamanya perkawinan 10 tahun.

I. Resume

Pada tanggal 22 Mei 2023 pukul 08.00 pasien datang ke RSPAD melalui poliklinik obgyn dengan keluhan gerak janin aktif dengan kehamilan 38 minggu serta rencana SC, dengan diagnose G3P2+1A0 dengan hamil 38 minggu. Janin presentasi kepala tunggal hidup, klien mempunyai riwayat seksio sesaria sebelumnya. Lalu klien masuk ruangan perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi pada tanggal 22 Mei 2023 pada pukul 16.00 WIB. Klien dilakukan tindakan pemberian obat sebelum melakukan tindakan operasi diberikan anal yall colon dan dilakuakn skin test pycilin. Klien direncanakan melakukan operasi SC pada tanggal 23 Mei 2023. Sebelum melakukan operasi SC klien menjalani pemeriksaan USG, CTG dan darah lengkap. Saat ini klien dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil : TD 123/78 mmHg, Nadi 85x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit. Klien melakukan operasi SC pada jam ke 1 pada pukul 08.00 sampai selesai SC 10.15 WIB, anastesi cara pembiusan spinal pada daerah tindakan dan sekitarnya yaitu insisi pparentiel +- 20cm, selaput ketuban

dipecahkan, air ketuban jernih dan jumlah ketuban cukup, plasenta implantasi di korpus depan. Bayi lahir pada pukul 09.30 WIB berjenis kelamin perempuan berat badan bayi 3395gr, Panjang bayi 49,5cm. ibu dan bayi dalam keadaan stabil dipindahkan Kembali keruang perawatan Lantai 1 Paviliun Iman Sudjudi dan dilakukan tindakan pemberian obat injeksi pycilin 1,5mg, obat anal profenid 100mg, oral depomet 250mg sesuai program, IVFD RL 20tpm. Kesadaran klien composmentis, klien mengatakan merasakan nyeri pada luka post operasi SC seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4, klien tampak meringis, klien mengatakan cemas dengan nyeri yang dirasakan, klien tampak gelisah, klien mengatakan aktivitas menjadi terbatas, tampak luka post operasi SC pada abdomen bagian bawah insisi pfarentiel +- 20cm, terdapat luka jahitan pada daerah abdomen. TTV klien sesudah operasi : TD 127/85 mmHg, Nadi 81x/menit, suhu 36°C, pernapasan 20x/menit. Masalah keperawatan yang di temukan yaitu Nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi. Tindakan yang telah dilakukan yaitu mengukut TTV, memberikan infus RL, memberikan injeksi pycilin 1,5mg sesuai program, obat anal profenid 100mg sesuai program, oral depomet 250gram sesuai program. Setelah dilakukan evaluasi ketiga masalah keperawatan belum teratasi.

J. Riwayat Keperawatan

Klien mengatakan nyeri dibagian bawah abdomen post operasi SC, merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien merasakan nyeri hilang timbul dengan skala 5. Klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena klien merasakan nyeri pada luka post operasi SC. Menarche usia 16 tahun dengan siklus haid teratur dan lamanya 7 hari perkiraan jumlah 50ml/24jam klien tidak ada keluhan menstruasi.

Riwayat persalinan sekarang klien mengatakan persalinan dimulai pada pukul 08.00 dan selesai dalam waktu 2 jam, jenis persalinan seksio sesaria, perdarahan +- 200cc, jenis kelamin bayi perempuan dengan berat badan 3395gr dan Panjang badan 49,5cm. riwayat obsertri (G4P3+1A0 anak hidup 4). APGAR Score menit I = 6, menit ke V = 8, klien mengatakan pernah melahirkan jenis persalinan seksio sesaria sebanyak 3 kali pada saat

usia kehamilan anak pertama umur kehamilan 38 minggu persalinan jenis SC penyulit CPD komplikasi nifas baik jenis kelamin laki-laki keadaan sehat dan usia anak saat ini 9 tahun, pada saat usia kehamilan anak kedua umur kehamilan 38 minggu persalinan jenis SC penyulit gemelli komplikasi nifas baik jenis kelamin laki-laki dan perempuan keadaan sehat dan usia anak saat ini 6 tahun.

Klien menggunakan KB IUD lama pemakaian 5 tahun, klien mengatakan frekuensi makan 3x sehari, jenis makanan tinggi serat, rendah gula, tinggi protein. Nafsu makan klien baik, tidak ada mual atau muntah, tidak ada alergi makanan, tidak ada masalah mengunyah atau menelan, tidak ada pantangan makanan, berat badan sebelum hamil 72kg setelah hamil 88kg.

Klien mengatakan frekuensi BAB 1 kali/hari dengan konsistensi lembek, berwarna kecoklatan klien tidak ada keluhan. Sedangkan frekuensi BAK 5 kali/hari warna kuning jernih, berbau khas urine dan tidak ada keluhan. Klien mandi 2 kali/hari menggunakan sabun. Klien sikat gigi 3 kali/hari pagi, sore dan setelah makan. Klien keramas 2 kali/minggu dengan menggunakan shampoo.

Klien mengatakan pekerjaan adalah sebagai anggota TNI AD, hobi klien berolahraga, tidak ada pembatasan karena kehamilan, klien mengatakan jika ada waktu luang klien berolahraga atau senam yoga. Klien tidak ada keluhan dalam melakukan beraktivitas. Aktivitas sehari-hari klien melakukan secara mandiri. Klien mengatakan tidur siang selama 2 jam, klien tidak ada keluhan masalah pola tidur.

Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi roko, minuman keras dan tidak ketergantungan obat. Klien mengatakan tidak ada masalah seksualitas.

Klien mengatakan kehamilan ini memang sudah direncanakan, klien senang dengan kehamilan ini dan klien merasakan cemas dengan persalinannya. Klien mengatakan sangat siap untuk menjadi seorang ibu. Klien mengatakan untuk mengatasi stress klien memilih melakukan aktivitas sehari-harinya. Klien tinggal dengan suami, peran klien dalam keluarga

adalah sebagai istri. Klien mengatakan sanggup untuk merawat bayi dan masih harus lebih mencari pengetahuan dalam merawat bayi. Klien berharap dari perawatan saat ini klien bisa cepat pulih dan bisa segera pulang ke rumah. Tidak ada faktor budaya yang mempengaruhi Kesehatan. Klien mengatakan penghasilan perbulannya > Rp. 2.000.000 dan penghasilan perbulannya mencukupi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

K. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Kardiovaskuler/Sirkulasi

Nadi klien 88x/menit iramanya teratur dan denyut nadinya kuat. Tekanan darah klien 135/82 mmHg, suhu 36°C. Tidak ada edema, pengisian kapiler >2 detik, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada. Konjungtiva anemik, sklera anemik. Tidak ada riwayat penyakit jantung.

2. Sistem Pernafasan

Jalan nafas klien bersih, klien tidak sesak, klien tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas klien 20x/menit, kedalaman pernafasan dalam, irama pernafasan teratur, tidak ada batuk, tidak ada sputum, suara nafas klien vesikuler, klien tidak ada riwayat bronchitis dan pneumonia.

3. Sistem Pencernaan

Gigi klien bersih tidak ada caries, tidak ada stomatitis, lidah klien tampak bersih, klien tidak memakai gigi palsu, tidak bau mulut, tidak ada mual dan muntah, nafsu makan klien baik, tidak ada rasa penuh diperut, terdapat nyeri pada abdomen seperti ditusuk-tusuk pada luka post operasi SC. Berat badan sekarang 80kg, tinggi badan 168CM. BAB lancar tidak ada diare, warna feses kecoklatan, tidak ada konstipasi, hepar tidak teraba, kondisi abdomen baik, tidak ada hemoroid.

4. Neurosensory

Status mental klien orientasi, klien tidak memakai kacamata, klien tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan bicara, tidak sering

pingsan atau pusing, tidak ada sakit kepala, tidak ada kebas atau kesemutan atau kelemahan.

5. Sistem Endokrin

Nafas klien tidak berbau keton.

6. Sistem Urogenetal

Klien mengatakan BAK 5 kali/hari dan terkontrol dengan jumlah 500cc berwarna kuning jernih, klien tidak ada keluhan rasa sakit saat BAK, tidak ada distensi kandung kemih, memakai kateter urine.

7. Sistem Integumen

Tugor kulit baik, keadaan kulit klien baik, kulit klien tampak bersih, keadaan rambut bersih, tidak ada kontraktur pada persendian. Klien mengatakan kesulitan dalam bergerak pasca post operasi SC. Ektremitas simetris, tidak ada edema, tidak ada varises, reflek patella (+), tanda human (-), tidak ada tremor, tidak ada deformitas.

8. Dada dan Axilla

Mamae tidak membesar, areola mamae hiperpigmentasi, papilla mamae exverted, kolostrum keluar, produksi air kurang lancer, ada sedikit sumbatan asi, klien memberikan asi pad bayinya, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembesaran kelenjar lymphe.

9. Perut atau Abdomen

Tinggi fundus uteri 12cm, tidak ada kontraksi atau after pain, konsistensi uterus lunak, ada bekas luka post operasi SC, tidak ada tanda-tanda infeksi, diatasis rekti abdominis (DRA) Panjang 11cm dan lebar 3cm.

10. Anogenital

Lochea rubra, berwarna merah kehitaman sebanyak 200cc, perineum utuh, tidak ada episiotomy, tidak ada tanda-tanda REEDA.

11. Pemeriksaan Penunjang

Hasil Laboratorium pada tanggal 22 Mei 2023

Hasil hemoglobin 11.5* (12.0-16.0 g/dL), Hematokrit 34* (37-47%), Eritrosit 4.5 (4.3-6.0 juta/uL), Leukosit 10740 (4,800-10,800/uL), Trombosit 320000 (150.000-400.000/uL), MCV 76* (80-96/L), MCH

26* (27-32 pg), MCHC 33 (32-36 g/dL), Ureum 11* (20-50 mg/dL), Kreatinin 0.47 (0.5-1.5 mg/dL), Klorida 106 (96-105 mmol/L).

L. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang telah dilakukan :

1. Infus RL ditangan kiri
2. Injeksi ketorolac IV 3x30mg
3. Profemid supp 3x100mg (obat anal)
4. Metodopramide IV 3x10mg
5. Dopomet oral 3x250mg
6. Pycillin IV 4x1,5gr

M. Data Fokus

Data Subjektif :

Data subjektif yang di dapat pada klien post operasi SC yaitu klien mengatakan nyeri pada luka post operasi SC, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan cemas terhadap nyeri yang dirasakan, klien mengatakan sulit untuk melakukan mobilisasi, klien mengatakan terdapat luka post operasi SC pada abdomen bawah.

Data Objektif :

Data objektif yang di dapat pada klien post operasi SC yaitu TD 135/82 mmHg, Nadi 88x/menit, Pernapasan 20x/menit, Suhu 36°C, kesadaran klien composmentis, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga, terdapat luka jahitan pada daerah post operasi SC, tampak luka post operasi SC pada abdomen bagian bawah insisi pfarentiel +-20cm, skala nyeri 5, operasi hari pertama daerah luka tampak merah.

N. Analisa Data

No.	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1	Ds : Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi SC, klien mengatakan nyeri	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik

	<p>yang dirasakan seperti distusuk-tusuk</p> <p>P : Saat bergerak</p> <p>Q : Seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Luka post operasi SC</p> <p>S : Skala 4</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>Do :</p> <p>TTV : TD 135/82 mmHg, Nadi 88x/menit, pernapasan 20x/menit, Suhu 36°C, kesadaran composmentis, klien tampak meringis.</p>		
2	<p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan cemas terhadap nyeri yang dirasakan, klien mengatakan sulit untuk melakukan mobilisasi</p> <p>Do :</p> <p>Klien tampak gelisah, aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Nyeri Akut</p>
3	<p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan terdapat luka post operasi SC pada abdomen bawah</p>	<p>Resiko Infeksi</p>	<p>Pasca Insisi Bedah</p>

	<p>Do :</p> <p>Terdapat luka jahitan pada daerah post operasi SC, tampak luka post operasi SC pada bagian bawah insisi pfarentiel +-20cm, operasi hari pertama daerah luka tampak merah</p>		
--	---	--	--

O. Diagnose Keperawatan

Setelah dilakukan Analisa data di dapatkan hasil diagnosis keperawatan pada tanggal 23 Mei 2022 yang disesuaikan dengan prioritas masalah, yaitu :

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri Akut
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Pasca Insisi Bedah

P. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilisasi klien meningkat

Kriteria Hasil : Nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun.

Intervensi :

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
5. Fasilitasi melakukan pergerakan
6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Menggerakkan tungkai kaki, miring kanan kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Diagnosa : Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keluhan nyeri menurun

Kriteria Hasil : Meringis menurun, keluhan nyeri menurun, gelisah menurun

Intervensi :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mnegurangi rasa nyeri
4. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri
5. Fasilitasi istirahat dan tidur
6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
7. Kolaborasi pemberian analgetic ketorolac 3x30mg

Diagnosa : Resiko infeksi berhubungan dengan pasca insisi bedah

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi menurun

Kriteria Hasil : Tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan

Intervensi :

1. Monitor tanda dan gejala infeksi
2. Berikan perawatan luka
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka secara mandiri

Q. Implementasi Keperawatan

Selasa, 23 Mei 2023

Pada pukul 14.00 mengobservasi TTV hasil TD 135/82mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36°C.

Mengidentifikasi lokasi, karakteristik dan intensitas nyeri hasil terdapat luka paska operasi seksio sesarea di abdomen bagian bawah. Pukul 14.15 mengidentifikasi skala nyeri 5. Pukul 14.35 memonitor tanda dan gejala infeksi hasil terdapat luka jahitan pada daerah paska operasi abdomen bagian bawah. Pukul 14.55 memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri hasil pasien dianjurkan untuk melakukan tarik nafas dalam. Pukul 15.10 mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri hasil suhu ruangan 20°C dan lingkungan sekitar pasien tampak nyaman dan bersih. Pukul 15.25 mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar hasil pasien mampu melakukan cuci tangan 6 langkah dengan benar sesuai dengan arahan. Pukul 15.40 menganjurkan cara memeriksa kondisi luka post operasi hasil pasien mampu mengikuti arahan bagaimana cara memeriksa kondisi lukanya. Pukul 16.00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi seksio sesarea dan pasien mengatakan sulit untuk melakukan mobilisasi secara mandiri. Pukul 16.10 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan hasil pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur. Pukul 16.30 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi hasil pasien tampak kaku dan cemas saat melakukan mobilisasi secara mandiri. Pukul 17.00 memfasilitasi aktivitas mobilisasi alat bantu hasil melakukan mobilisasi pasien telah diajarkan melakukan mobilisasi sederhana dengan menggerakkan kedua tungkai kakinya dan pasien mampu mengikuti dan melakukannya. Pukul 17.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini hasil keluarga ikut serta membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini. Pukul 17.30 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi hasil pasien tampak kaku dan cemas saat melakukan mobilisasi secara mandiri. 19.15 memberikan obat analgetik hasil pasien diberikan obat ketorolak 10mg sesuai dengan anjuran untuk mengurangi rasa nyeri. Pukul 20.00 memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri hasil pasien telah dianjurkan untuk Tarik nafas dalam. Pukul 20.45 mengajarkan cara memeriksa kondisi luka hasil pasien mampu mengikuti arahan dari perawat. Pukul 21.20 mengidentifikasi adanya nyeri atau

keluhan fisik lainnya hasil pasien mengatakan nyeri pada luka, pasien mengatakan nyeri saat melakukan mobilisasi. Pukul 01.00 memfasilitasi istirahat dan tidur hasil pasien tidur dengan nyenyak. Pukul 05.00 melibatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan mobilisasi hasil keluarga ikut serta membantu kegiatan pasien untuk melakukan mobilisasi. Pukul 06.00 monitor tanda dan gejala infeksi hasil terdapat kemerahan pada area luka paska operasi.

Rabu, 24 Mei 2023

Pukul 08.00 mengobservasi TTV hasil TD 147/9 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, suhu 36°C, frekuensi pernapasan 20x/menit. Pukul 08.45 memberikan obat antibiotic hasil klien diberikan obat depomet 250gr, ketorolac 10mg, metoclopramide, profemid 100mg sesuai dengan anjuran. Pukul 09.25 mengidentifikasi skala nyeri hasil skala 4 klien mengatakan nyeri berkurang. Pukul 10.00 memberikan perawatan luka hasil luka berish tidak ada rembesan pada luka. Pukul 10.15 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil klien mengatakan nyeri berkurang pada luka post perasi seksio sesarea klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi setengah duduk secara mandiri. Pukul 10.45 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan hasil klien mampu menggerakkan kedua tungkai kakinya secara mandiri. Pukul 13.45 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi hasil klien tampak masih kaku dan ragu untuk melakukan mobilisasinya. Pukul 15.20 memfasilitasi aktivitas mobilisasi alat bantu hasil klien telah diajarkan mobilisasi miring kanan kiri dan duduk ditempat tidur dan klien mampu mengikuti dan melakukannya secara mandiri. Pukul 15.50 melibatkan keluarga untuk memabntu klien melakukan mobilisasi hasil keluarga klien ikut serta membantu klien melakukan mobilisasinya. Pukul 16.35 memberikan obat analgetic hasil klien diberikan obat ketorolac 10 mg, depomet 250gr sesuai dengan anjuran. Pukul 17.00 memonitor tanda dan gejala infeksi hasil tidak ada kemerahan atau rembesan pada luka. Pukul 18.15 menganjurkan memonitor nyheri hasil pasien telah diajarkar untuk memonitor nyeri secara mandiri. Pukul

19.00 memfasilitasi istirahat dan tidur hasil pola tidur pasien baik dan pasien tidur dengan nyaman. Pukul 21.15 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik hasil klien mengatakan nyeri berkurang. 01.00 melibatkan keluarga untuk membantu pasien untuk membantu pasien mobilisasi. Pukul 07.00 memberikan obat analgetik hasil ketorolak 10mg, depomet 250mg sesuai dengan anjuran.

Kamis, 25 Mei 2023

Pukul 08.00 mengobservasi TTV hasil TD 149/89mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36°C. Pukul 09.15 mengidentifikasi skala nyeri hasil skala 3 klien mengatakan nyeri berkurang. Pukul 19.45 melakukan perawatan luka hasil luka bersih. Pukul 10.45 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik hasil klien mengatakan nyeri berkurang. Pukul 13.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan hasil klien sudah mampu menggerakkan kedua tungkai kakinya secara mandiri dan klien sudah mampu melakukan miring kanan kiri dan duduk di tempat tidur secara mandiri. Pukul 13.30 memonitor tanda dan gejala hasil tidak ada tanda gejala infeksi pada luka pasien. Pukul 14.45 mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar hasil pasien mengikuti dan melakukan bagaimana cara mencuci tangan dengan benar. Pukul 15.15 memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri hasil pasien dianjurkan untuk Tarik nafas dalam. Pukul 16.00 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi hasil klien tampak bersemangat saat melakukan mobilisasi secara mandiri. Pukul 16.35 memfasilitasi aktivitas mobilisasi alat bantu hasil klien telah diajarkan melakukan mobilisasi duduk di sisi tempat tidur dan diajarkan untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi dan diajarkan juga untuk jalan secara perlahan-lahan dan klien mampu mengikuti arahan secara mandiri. Pukul 17.00 melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam mobilisasi hasil keluarga ikut serta membantu klien melakukan mobilisasinya. Pukul 18.00 memberikan obat analgetik hasil klien diberikan obat ketorolak 10mg, depomet 250gr sesuai dengan anjurannya. Pukul 21.00 mengidentifikasi

adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil klien mengatakan nyeri berkurang. 23.15 memberikan obat analgetik hasil ketorolak 10mg, depomet 250mg, metoclopramide 10mg. 07.00 memonitor tanda dan gejala infeksi hasil luka pasien bersih tidak ada rembesan atau kemerahan pada luka pasien.

R. Evaluasi

Selasa, 23 Mei 2023

Dx.1 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut

- S : Klien mengatakan cemas terhadap nyeri yang dirasakan, klien mengatakan sulit untuk melakukan mobilisasi
- O : Klien tampak gelisah, klien tampak cemas dan kaku saat melakukan mobilisasi secara mandiri, aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga
- A : Masalah belum teratasi
- P : Intervensi dilanjutkan

Dx.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

- S : Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi SC, klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti distusuk-tusuk,
- O : Skala nyeri 5, terdapat luka jahitan pada daerah post operasi SC abdomen bagian bawah.
- A : Masalah belum teratasi
- P : Intervensi dilanjutkan

Dx.3 Resiko infeksi berhubungan dengan pasca insisi bedah

- S : Klien mengatakan terdapat luka post operasi SC pada abdomen bawah
- O : Terdapat luka jahitan pada daerah post operasi SC, tampak luka post operasi SC pada bagian bawah insisi pfarentiel +-20cm, operasi hari pertama daerah luka tampak merah
- A : Masalah belum teratasi
- P : Intervensi dilanjutkan

Rabu, 24 Mei 2023

Dx.1 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut

- S : klien mengatakan masih ada rasa nyeri pada luka post operasi SC, klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi setengah duduk secara mandiri, klien mengatakan masih ada rasa nyeri saat melakukan mobilisasi
- O : klien mampu menggerakkan kedua tungkai kaki secara mandiri, klien tampak masih cemas dan kaku saat melakukan mobilisasi secara mandiri, keluarga klien ikut serta untuk membantu klien melakukan mobilisasinya
- A : Masalah belum teratasi
- P : Intervensi dilanjutkan

Dx.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

- S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka post operasi SC
- O : skala nyeri 4, terdapat luka post operasi SC abdomen bagian bawah
- A : Masalah belum teratasi
- P : Intervensi dilanjutkan

Dx.3 Resiko infeksi berhubungan dengan pasca insisi bedah

- S : Klien mengatakan terdapat luka post operasi SC pada abdomen bawah
- O : Terdapat luka jahitan pada daerah post operasi SC, tampak luka post operasi SC pada bagian bawah insisi pfarentiel +-20cm, operasi hari kedua luka tampak bersih dan tidak ada kemerahan atau nanah pada luka post operasi
- A : Masalah belum teratasi
- P : Intervensi dilanjutkan

Kamis, 25 Mei 2023

Dx.1 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut

- S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka post operasi SC, klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi setengah duduk secara mandiri, klien mengatakan rasa nyeri berkurang saat melakukan mobilisasi
- O : klien mampu menggerakkan kedua tungkai kaki secara mandiri, klien mampu melakukan miring kanan kiri secara mandiri, klien mampu melakukan duduk ditempat tidur secara mandiri, klien mampu melakukan duduk di sisi tempat tidur secara mandiri, klien mampu pindah dari tempat tidur ke kursi secara mandiri, klien mampu berjalan perlahan-lahan secara mandiri, klien tampak bersemangat saat melakukan mobilisasi secara mandiri, keluarga klien ikut serta untuk membantu klien melakukan mobilisasinya
- A : Masalah teratasi
- P : Intervensi dihentikan

Dx.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

- S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka post operasi SC
- O : skala nyeri 3
- A : Masalah teratasi
- P : Intervensi dihentikan

Dx.3 Resiko infeksi berhubungan dengan pasca insisi bedah

- S : Klien mengatakan terdapat luka post operasi SC pada abdomen bawah
- O : Operasi hari ketiga luka tampak bersih dan tidak ada kemerahan atau nanah pada luka post operasi
- A : Masalah resiko infeksi tidak terjadi
- P : Intervensi dihentikan, pasien pulang.