

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN *PRE* DAN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN IMPLEMENTASI MOBILISASI DINI UNTUK MENGATASI MASALAH UTAMA NYERI DI RUANG TERATAI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG  
TAHUN 2023**



**DISUSUN OLEH :**

**TIA SAJIDAH**  
**NIM. P00320120032**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
T.A 2023**

**LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN *PRE* DAN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN IMPLEMENTASI MOBILISASI DINI UNTUK MENGATASI MASALAH UTAMA NYERI DI RUANG TERATAI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG TAHUN 2023**

**Diajukan sebagai Syarat untuk memperoleh  
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**DISUSUN OLEH :**

**TIA SAJIDAH**  
**NIM. P00320120032**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
TA. 2023**

## LEMBAR PERSETUJUAN

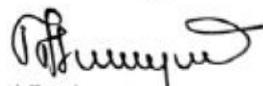
Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Tia Sajidah  
Tempat, Tanggal Lahir : Curup, 27 Februari 2002  
N I M : P00320120032  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pre dan Post *Sectio*  
*Caesarea* Dengan Implementasi Mobilisasi Dini  
Untuk Mengatasi Masalah Utama Nyeri Di Ruang  
Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun  
2023.

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 18 Juli 2023

Curup, 12 Juli 2023

Pembimbing



Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep  
NIP: 197004071989112002

**HALAMAN PENGESAHAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

**ASUHAN KEPERAWATAN PRE DAN POST SECTIO CAESAREA  
DENGAN IMPLEMENTASI MOBILISASI DINI UNTUK MENGATASI  
MASALAH UTAMA NYERI DI RUANG TERATAI RSUD  
KABUPATEN REJANG LEBONG  
TAHUN 2023**

Disusun oleh:

**TIA SAJIDAH**

**NIM : P00320120032**

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi  
Keperawatan Program Diploma Tiga  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 18 Juli 2023, dan dinyatakan

**LULUS**

**Ketua Dewan Penguji**



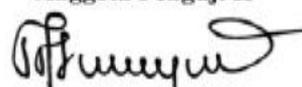
**Ns. Sri Haryani, S.Kep, M.Kep**  
**NIP. 198006032001122002**

**Anggota Penguji I**



**Nurbaiti, S.Kep., Ners**  
**NIP. 198311282005022003**

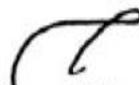
**Anggota Penguji II**



**Yanti Sutrivanti, SKM., M.Kep**  
**NIP. 197004071989112002**

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan  
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

**Mengetahui,**  
**Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga**  
**Jurusan Keperawatan**  
**Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



**Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep**  
**NIP: 197112171991021001**

**ASUHAN KEPERAWATAN *PRE* DAN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN IMPLEMENTASI MOBILISASI DINI UNTUK MENGATASI MASALAH UTAMA NYERI DI RUANG TERATAI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG TAHUN 2023**

**ABSTRAK**

**Latar belakang :** *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. **Tujuan :** Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien *pre* dan *post sectio caesarea* meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi dan impementsi terkhususnya latihan moblisasi dini dalam mengurangi nyeri serta evaluasi keperawatan. **Metode :** yaitu dengan teknik mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri *post sectio caesarea*. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam didapatkan hasil, keluhan nyeri klien menurun dari skala 6 menjadi 2 setelah diberikan teknik distraksi mobilisasi dini, tingkat ansietas menurun, resiko infeksi menurun, resiko cedera menurun, mobilitas fisik meningkat, dan status menyusui membaik. **Kesimpulan:** Masalah keperawatan yang ada pada klien teratasi semua dan teknik distraksi mobilisasi dini dapat mengurangi keluhan nyeri klien.

**Kata kunci :** Mobilisasi dini, Nyeri, *Sectio caesarea*

**PRE AND POST SECTIO CAESAREA NURSING CARE WITH THE  
IMPLEMENTATION OF EARLY MOBILIZATION THE MAIN  
PROBLEM OF PAIN IN THE LOTUS ROOM REJANG LEBONG  
REGENCY REGENCY REGENCY**

**YEAR 2023**

**ABSTRACT**

**Background:** *Sectio caesarea is a medical procedure that is needed to help deliveries that cannot be carried out normally due to problems with the mother's health or the condition of the fetus. **Objective:** To determine nursing care for pre and post sectio caesarea clients including assessment, diagnosis, intervention and implementation especially early mobilization exercises in reducing pain and nursing evaluation. **Method:** namely with early mobilization techniques to reduce the pain scale of post sectio caesarea. **Results:** After 3x24 hour nursing care was carried out, the results were obtained, the client's pain complaints decreased from a scale of 6 to 2 after being given the early mobilization distraction technique, the level of anxiety decreased, the risk of infection decreased, the risk of injury decreased, physical mobility increased, and breastfeeding status improved. **Conclusion:** Nursing problems that exist in clients are all resolved and early mobilization distraction techniques can reduce client pain complaints.*

**Keywords:** *Early mobilization, Pain, Sectio caesarea*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan *Pre Dan Post Sectio Caesarea* Dengan Mobilisasi Dini Untuk Mengatasi Masalah Utama Nyeri Di Ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023”.

Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Bersama ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar- besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Rheyco Viktoria, Sp.,An selaku direktur RSUD Kabupaten Rejang Lebong yang telah menyediakan tempat untuk penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Kepala ruangan, clinical instruktur, dan perawat ruangan melati yang telah menerima penulis dalam pengambilan kasus untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

6. Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
7. Ns. Sri Haryani, S.Kep.,M.Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
8. Nurbaiti, S.Kep., Ners selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
9. Ns. Sri Haryani, S.Kep.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir.
10. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
11. Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.
12. Dan lain-lain yang tidak dapat disebut satu persatu.

Mudah-mudahan laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup,18 Juli 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SKEMA .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penulisan .....	5
1.4 Manfaat .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Pre dan Post <i>Sectio Caesarea</i> .....	7
2.1.1 Definisi Pre <i>Sectio Caesarea</i> .....	7
2.1.2 Definisi Post <i>Sectio Caesarea</i> .....	8
2.1.3 Etiologi .....	9
2.1.4 Klasifikasi .....	10
2.1.5 Anatomi Fisiologi Abdomen.....	11
2.1.6 Patofisiologi .....	14
2.1.7 WOC .....	17
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang .....	18
2.1.9 Manifestasi Klinis .....	18
2.1.10 Penatalaksanaan .....	19
2.2 Konsep Nyeri .....	25
2.2.1 Definisi Nyeri.....	25
2.2.2 Etiologi Nyeri.....	26
2.2.3 Dampak Nyeri .....	27
2.2.4 Patofisiologi Nyeri .....	28
2.3 Konsep Mobilisasi Dini .....	28
2.3.1 Pengertian Mobilisasi Dini.....	28
2.3.2 Tujuan Teknik Mobilisasi Dini .....	29
2.3.3 Manfaat Mobilisasi Dini .....	29
2.3.4 Standar Operasional Prosedur Mobilisasi Dini .....	31
2.3.5 Evidence based Mobilisasi Dini.....	36
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	37
2.4.1 Pengkajian .....	37
2.4.2 Diagnosa Keperawatan.....	46
2.4.3 Rencana keperawatan.....	47
2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	54

2.5.5 Evaluasi Keperawatan.....	54
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain/Rancangan Studi Kasus .....	56
3.2 Subjek Studi Kasus .....	56
3.3 Fokus Studi Kasus .....	57
3.4 Definisi Operasional .....	57
3.5 Tempat dan waktu .....	58
3.6 Pengumpulan Data.....	58
3.7 Penyajian Data.....	59
3.8 Etika Penelitian.....	59
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS</b>	
4.1 Hasil.....	63
4.1.1 Pengkajian .....	63
4.1.2 Identitas Klien .....	63
4.1.3 Riwayat Keperawatan .....	64
4.1.4 Pemeriksaan Fisik .....	73
4.1.5 Penatalaksanaan .....	76
4.1.6 Analisa Data .....	78
4.1.7 Diagnosa Keperawatan.....	83
4.1.8 Perencanaan Keperawatan.....	84
4.1.9 Implementasi Keperawatan .....	95
4.1.10 Evaluasi .....	108
4.1.11 Ringkasan Keluar .....	121
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
5.1 Pengkajian Keperawatan.....	123
5.2 Diagnosa Keperawatan.....	126
5.3 Rencana Keperawatan .....	127
5.4 Implementasi Keperawatan .....	128
5.5 Evaluasi Keperawatan .....	131
<b>BAB VI PENUTUP</b>	
6.1 Kesimpulan.....	133
6.2 Saran .....	136

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1	Kuadran Abdomen	12
2.2	<i>Sectio caesarea</i> transperitonealis profunda	13
2.3	<i>Sectio caesarea</i> corporal	13
2.4	Menggerakkan tangan	32
2.5	Menggerakkan pergelangan kaki ke depan ke belakang	32
2.6	Gerakan memutar kaki	33
2.7	Latihan miring kanan dan kiri	33
2.8	Posisi semi fowler	34
2.9	Latihan duduk	34
2.10	Latihan berdiri	35

## DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
2.1	Pemenuhan kebutuhan nutrisi	41
2.2	Pemeriksaan Fisik	43
2.3	Rencana keperawatan pre SC indikasi Presbo	47
2.4	Rencana keperawatan post SC indikasi Presebo	51
4.1	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	70
4.2	Pola Aktivitas Dan Latihan	72
4.3	Tanda-Tanda Vital	73
4.4	Pemeriksaan Fisik	73
4.5	Pemeriksaan Laboratorium Pre SC	75
4.6	Pemeriksaan Lboratorium Post SC	76
4.7	Penatalaksanaan <i>Pre Sectio Caesarea</i>	76
4.8	Penatalaksanaan <i>Post Sectio Caesarea</i>	77
4.9	Penatalaksanaan perawatan invasive <i>Pre dan Post Sectio Caesarea</i>	77
4.10	Analisa Data <i>Pre Sectio Caesarea</i>	78
4.11	Analisa Data <i>Post Sectio Caesarea</i>	80
4.12	Diagnosa Keperawatan <i>Pre Sectio Caesarea</i>	83
4.13	Diagnosa Keperawatan <i>Post Sectio Caesarea</i>	83
4.14	Rencana keperawatan pre SC	84
4.15	Rencana keperawatan post SC	90
4.16	Implementasi keperawatan pre SC	95
4.17	Implementasi keperawatan post SC	98
4.18	Evaluasi Keperawatan Pre Sectio Caesarea	108
4.19	Evaluasi Keperawatan Post Sectio Caesarea	111

## DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
2.1	WOC Pre dan Post SC	17
4.1	Genogram	69

## **DAFTAR LAMPIRAN**

<b>No</b>	<b>Judul</b>
1	Biodata
2	Lembar Observasi Skala Nyeri
3	Lembar Observasi TTV
4	Lembar Konsul
5	Jurnal
6	Pernyataan
7	Surat Pengambilan Kasus Tugas Akhir
8	Leaflet
9	Dokumentasi
10	Turnitin

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

*Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah.2018).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) rata-rata tindakan *sectio caesarea* berkisar 5% sampai 15% per 1000 kelahiran dunia. Pada tahun 2014 di Amerika Serikat rata-rata SC meningkat hingga 29,1% per 1000 kelahiran, di Inggris telah mencapai 21,4% per 1000 kelahiran. Data tersebut menunjukkan bahwa secara global, angka tindakan persalinan melalui *sectio caesarea* terbilang tinggi (Herawati.2020). Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Kemenkes RI,2018).

Data dari Riskesdas 2018 di provinsi Bengkulu di dapatkan proporsi metode persalinan pada perempuan dengan metode persalinan normal sebanyak 84,54%, operasi *sectio caesarea* sebanyak 14,92% dan dengan metode persalinan lainnya berupa forcep dan vacum sebanyak 0,54%

(Risikesdas.2018). Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Kab. Rejang Lebong, diperoleh bahwa angka insiden persalinan ibu *sectio caesarea* di tahun 2019 sebesar 196 kasus, di tahun 2020 sebesar 201 kasus, di tahun 2021 sebesar 257 kasus serta di tahun 2022 sebesar 309 kasus. (Sub Rekam Medik RSUD Curup Tahun 2022).

Persalinan *Sectio Caesarea* memiliki resiko dampak lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal seperti rasa nyeri yang akan dirasakan setelah operasi *sectio caesare* dan luka *post sectio caesarea* (Astutik, 2017). *Sectio caesarea* yang dilakukan akan mendapatkan luka operasi di perut dan akan menimbulkan nyeri pada pasien sehingga pasien cenderung untuk berbaring saja dan tidak mengindahkan daerah pembedahan sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, penyembuhan luka lambat, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini (Ferinawati,2019).

Masalah keperawatan yang terjadi di pasien post *Sectio caesarea* yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur (SDKI, 2017).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat

dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda International, 2017) Nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari seperti ketidaknyaman, terjadi peningkatan pada pernapasan, nadi, tekanan darah, dan pasien cenderung gelisah, meringis serta enggan untuk melakukan pergerakan dan aktivitas yang dapat menyebabkan imobilisasi (Mubarak et al., 2015).

Salah satu cara yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi pasien imobilitas yang disebabkan oleh nyeri dan luka operasi yaitu mobilisasi dini. Mobilisasi dini penting dilakukan untuk mengurangi nyeri dan mempercepat kesembuhan ibu sehingga dapat melakukan kembali aktifitas sehari-hari secara normal. Keterlambatan mobilisasi ini akan menjadikan kondisi ibu semakin memburuk dan menjadikan pemulihan pasca *sectio caesarea* menjadi terlambat (Ferinawati, 2019).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Santiasari dkk, (2021) Study kasus pada 2 pasien post *sectio caesarea* yang dirawat selama 3 hari. Sehingga didapatkan diagnosa prioritas nyeri akut. Terdapat penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2 dalam waktu 3 hari dan pasien dapat beraktivitas, skala nyeri diidentifikasi dengan menggunakan alat ukur skala nyeri Numeric Rating Scale. Maka dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini dapat menurunkan skala nyeri dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri pada masalah nyeri akut post SC. (Santiasari dkk, 2021)

Ibu hamil yang mengalami bedah caesar harus diberikan perawatan dan

pengawasan yang intensif. Perawat harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran. Dengan solusi penanganan klien dengan memberikan penerapan teknik distraksi mobilisasi dini, mengajarkan tentang Asi eksklusif yang benar dan merawat luka post *Sectio caesarea* agar tidak terjadi infeksi.

Hasil survey yang dilakukan di rumah sakit Rejang Lebong tindakan teknik mobilisasi dini untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* sudah pernah dilakukan namun dalam penerapan komunikasi terapeutik untuk melakukan mobilisasi dini yang seharusnya dijelaskan sebelum tindakan *sectio caesarea* belum efektif. Sehingga komunikasi terapeutik sebelum pelaksanaan operasi diharapkan dapat dilakukan pada ibu post *sectio caesarea* dengan memperkenalkan teknik mobilisasi dini salah satunya untuk menurunkan tingkat nyeri, sehingga ibu dapat menerapkan secara mandiri di rumah.

Upaya yang dilakukan untuk menangani fenomena tersebut salah satunya dengan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu Post SC diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi (Nurarif, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pre dan Post *Sectio caesarea* melalui proses pengkajian, intervensi, implementasi terutama penerapan teknik mobilisasi dini , dan evaluasi secara komprehensif di Ruang

Rawat Inap Teratai RSUD Rejang Lebong Tahun 2023.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah “Bagaimana gambaran asuhan keperawatan dengan pemberian terapi mobilisasi dini dapat menurunkan nyeri pada ibu post operasi *sectio caesarea* di Rumah Sakit RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2023?”

## 1.3 Tujuan Penulisan

a. Umum :

Menggambarkan asuhan keperawatan dengan pemberian terapi mobilisasi dini untuk menurunkan nyeri pada ibu post *sectio caesarea*.

b. Khusus :

1. Melakukan pengkajian pada ibu dengan pre dan post *Sectio caesarea* di Ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
2. Menentukan masalah/ diagnosa pada ibu dengan pre dan post *Sectio caesarea*.
3. Membuat rencana perawatan pada ibu dengan pre dan post *Sectio caesarea* di Ruang Teratai RSUD Curup.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat serta dapat memberikan implementai terapi mobilisasi dini
5. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.
7. Melihat kesenjangan antara teori dan praktik.

## 1.4 Manfaat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak antara lain:

### a. Manfaat bagi klien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengaplikasikan mobilisasi dini secara mandiri.

### b. Manfaat bagi perawat

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien pre dan post *Sectio Caesarea*, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit.

### c. Manfaat bagi institusi

#### 1. Rumah Sakit

Menambah pengkayaan dalam mengaplikasikan hasil studi literatur dalam memberikan tindakan keperawatan mobilisasi dini yang dapat diterapkan langsung terhadap klien di rumah sakit

#### 2. Pendidikan

Menambah wawasan keilmuan sebagai referensi dalam menerapkan implementasi keperawatan terhadap klien. Referensi terbaru terkait dengan kasus pre dan post *sectio caesarea* dengan pemberian terapi mobilisasi dini.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep *Pre* dan *Post Sectio Caesarea***

##### **2.1.1 Definisi *Pre Sectio Caesarea***

*Pre sectio caesarea* merupakan fase dimana perawat mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif. Fase pre sc dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014).

Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

##### 1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke

ruang operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

## 2) Persiapan Fisiologi

- a. Diet (puasa), pada operasi dengan anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b. Persiapan Perut, Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah periferal. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c. Persiapan Kulit, Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- d. Hasil Pemeriksaan, hasil laboratorium, foto rontgen, ECG, USG dan lain-lain.

### **2.1.2 Definisi Post *Sectio Caesarea***

Post operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery*) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut dan tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. Lingkup aktifitas

keperawatan mencakup rentang aktifitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital secara mencegah komplikasi. Aktiftas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitas dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

### 2.1.3 Etiologi

Etiologi mutlak *Sectio Caesarea* menurut Aspiani (2017), yaitu :

a. Etiologi pada ibu yang dilakukan operasi *sectio caesarea*

Beberapa etiologi pada ibu yang dilakukan operasi *Sectio Caesarea* yaitu Plasenta previa sentralis lateralis (posterior) dan totalis, Panggul sempit, Disproporsi sefalopelvik, Partus lama (*prolonged labor*), Partus tak maju (*obstructed labor*), Distosia serviks, Preeklamsia dan hipertensi, Disfungsi uterus, Distosia jaringan lunak, dan Pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, *sectio caesarea* berulang.

b. Etiologi pada janin yang dilakukan operasi seksio sesaria

Etiologi pada janin yang dilakukan operasi seksio sesaria, yaitu Letak janin, Letak bokong, Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara lain tidak berhasil, Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil, Gemeli menurut Eastman, *sectio caesarea* dianjurkan dan Kelainan Uterus (Uterus arkuatus, Uterus septus, Uterus

dupleks dan Terdapat tumor pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke atas panggul).

#### **2.1.4 Klasifikasi**

Menurut Sofia (2016), klasifikasi *Sectio Caesarea* terdiri dari :

a. *Sectio Caesarea* klasik atau corporal

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Kelebihan pengeluaran janin lebih cepat, tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih, sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal dan memiliki kekurangan yaitu infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik, dan pada saat persalinan berikutnya lebih mudah terjadi secara uteri spontan.

b. *Sectio Caesarea* ismika atau profunda atau low cervical

Dilakukan untuk membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm. Kelebihan penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpang tindih peritoneal flap sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum, pendarahan kurang dan dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan uteri spontan lebih kecil. Kekurangan luka dapat melebar ke kiri, kanan dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya uterine yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak dan tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan.

c. *Sectio Caesarea ekstrapeehritonealis,*

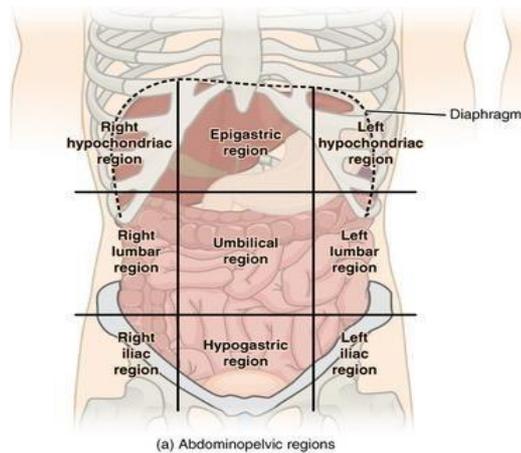
*Sectio Caesarea* tanpa membuka peritoneum parietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis

d. *Vagina (Sectio Caesarea Vaginalis)*

Menurut arah sayatan pada rahim, *Sectio Caesarea* dapat dilakukan yaitu, sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig, sayatan melintang (transversal) menurut kerr dan sayatan hurup T (T-incision).

### 2.1.5 Anatomi Fisiologi Abdomen

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari otot abdomen, *columna vertebralis*, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (*regiones*). Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas *crista iliaca* dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga ke delapan hingga kepertengahan ligamen inguenale.



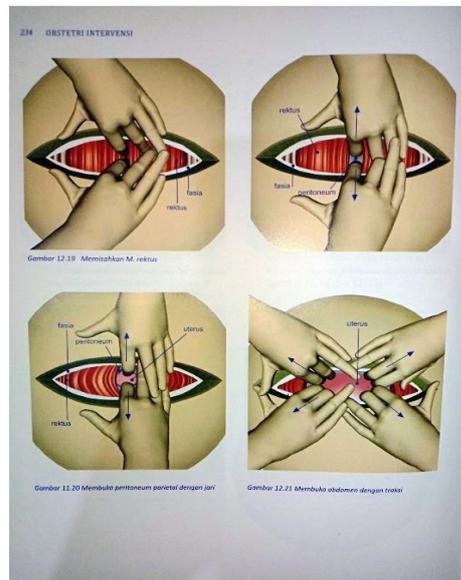
Gambar 2.1 Kuadran Abdomen

Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu :

1. Kulit
2. Jaringan subkutan
3. Otot dan fasia
4. Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Teknik pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu :

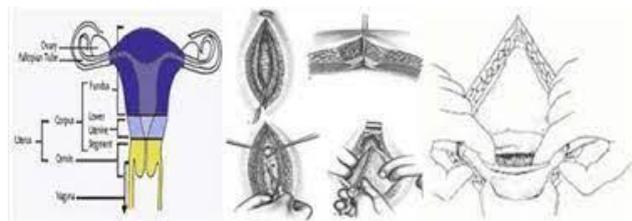
- 1) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda



## 2.2 Gambar *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak, bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

## 2) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea* corporal



## 2.3 *sectio caesarea* corporal

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plica vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea* Transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

### 3) *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

Insisi pada dinding dan fascia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerpureal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukannya.

## 2.1.6 Patofisiologi

Menurut (Yani, 2012) *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram. Tindakan *Sectio Caesarea* menginsisi pada bagian abdomen dan

dinding uterus. Setelah kavum uteri terbuka selaput ketuban dipecahkan. Setelah janin dan plasenta dilahirkan kemudian lapisan endometrium, miometrium, dan perimetrium di jahit kembali.

Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik secara psikologis maupun fisiologis. Adaptasi post partum secara psikologis akan terjadi penambahan anggota keluarga baru sehingga terdapat tuntutan anggota baru misalnya pada saat bayi menangis. Pada saat bayi menangis akan menimbulkan akan terdapat proses laktasi. Pada saat proses laktasi prolaktin akan meningkat sehingga produksi ASI juga meningkat. Meningkatnya produksi ASI dapat mengakibatkan nyeri payudara sehingga dapat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI (Nurarif, dkk 2016).

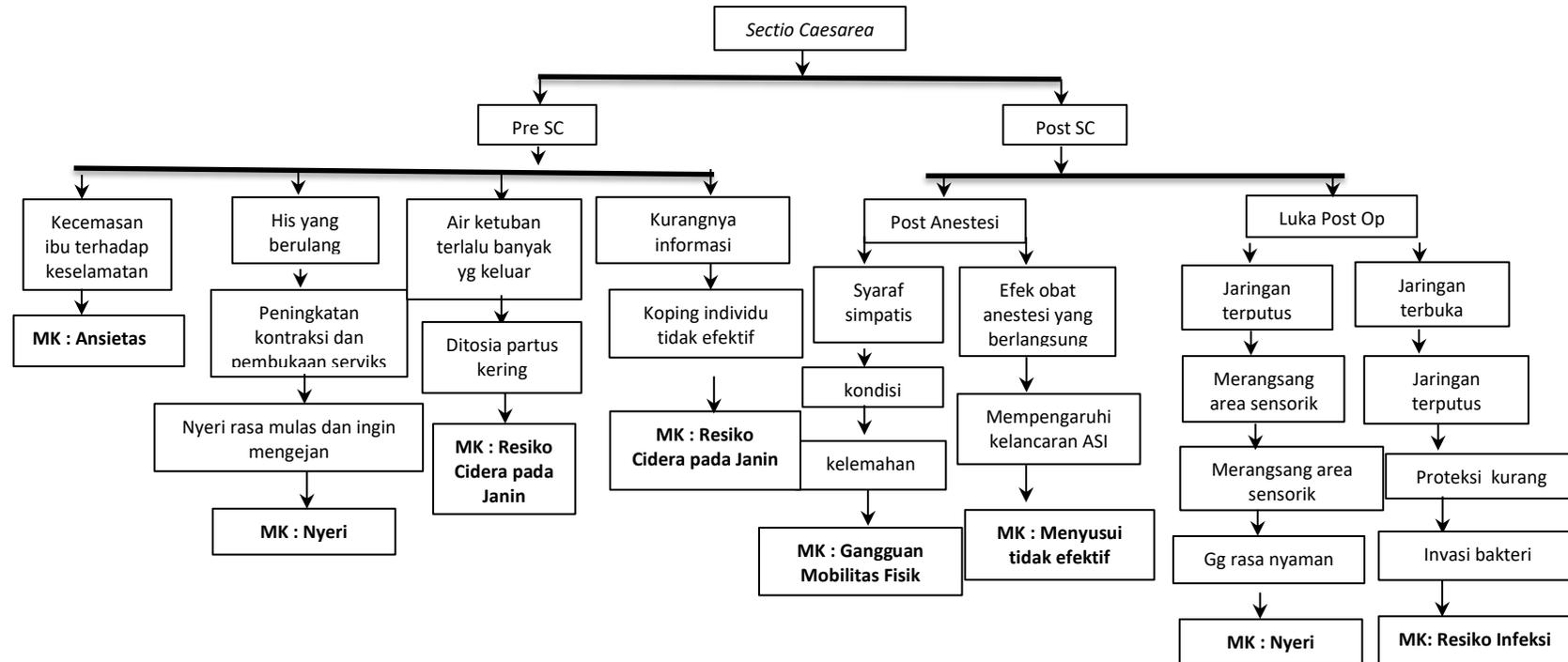
Pada tindakan *Sectio Caesarea* akan ada tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien akan mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kondisi tubuh yang menurun dapat mengakibatkan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah difisit perawatan diri (Nurarif, dkk 2016).

Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran

histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri(nyeri akut) yang mengakibatkan enggan melakukan pergerakan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang dapat menimbulkan masalah resiko infeksi (Nurarif, dkk 2016).

## 2.1.7 WOC

### 2.1 Skema WOC Pre dan Post SC



(Nuratif, 2016)

### 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* menurut Aspiani 2017 adalah :

- a. Hitung darah lengkap
- b. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa
- c. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- d. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- e. Amniosintesis : mengkaji maturitas paru janin
- f. Tes stres kontraksi atau tes non-stres : mengkaji respon janin terhadap gerakan stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal
- g. Penentuan elektrolit selanjutnya : memastikan status janin/aktivitas uterus.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) pemeriksaan penunjang *sectio caesarea* yaitu : pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, JDL, dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin atau hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar X sesuai indikasi dan ultrasound.

### 2.1.9 Manifestasi Klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *Sectio Caesarea* yaitu dengan perawatan post

partum serta perawatan post operatif, manifestasi klinis post *Sectio Caesarea* meliputi :

- a. Nyeri disebabkan luka hasil bedah
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
- c. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadap situasi baru pada perubahan emosional

#### **2.1.10 Penatalaksanaan**

- a. Penatalaksanaan medis

Pre Operasi *Sectio caesarea*

Pemeriksaan pra operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi. Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan

1. Anamnesis dan pemeriksaan

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui permasalahan yang ada dan yang diperkirakan dapat muncul selama operasi. Hal yang perlu ditanyakan kepada pasien yaitu : keluhan pasien, apakah pasien memiliki riwayat penyakit,

## 2. *Informed consent*

*Informed consent* berarti persetujuan yang diberikan perawat atau tenaga kesehatan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (PaP) baik secara lisan maupun tulisan.

## 3. Puasa

Puasa termasuk salah satu persiapan operasi, pasien yang akan menjalani *sectio caesarea* selalu memiliki resiko untuk aspirasi cairan lambung. Hal ini disebabkan oleh perubahan anatomi yang muncul selama kehamilan. Oleh karena itu, semua pasien hali yang akan menjalani *sectio caesarea* dianggap memiliki lambung yang penuh tanpa memperdulikan kapan makan dan minum terakhir.

## 4. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, kemasukan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Operasi ginekologi pun demikian. Sehingga upaya-upaya pencegahan infeksi harus dilakukan dengan lengkap dan teliti untuk menekan resiko terjadinya infeksi post operasi. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu, pemberian antibiotik profilaksis, suplementasi oksigen, menjaga suhu tubuh pasien, memperbaiki gizi.

#### 5. Persiapan kulit

Sebelum operasi dilakukan, beberapa persiapan kulit perlu dilakukan. Persiapan kulit berupa pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi.

#### 6. Persiapan kandung kencing dan ureter

Pasien yang akan menjalani operasi akan dipasang *folley catheter* hal ini bertujuan untuk mencegah overdistensi dari kandung kemih karena akan mempengaruhi fungsi kandung kemih.

#### b. Penatalaksanaan keperawatan

##### Post Operasi *Sectio caesarea*

1. Analgesik diberikan setiap 3-4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketoralak, Tramadol.
2. Pemeberian transfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat
3. Pemberian antibiotik seperti *Cefotaxim*, *Ceftriaxon* dan lain-lain. Walaupun pemberian antibiotika sesudah *Sectio Caesarea* efektif dapat dipersoalkan, namun pemberiannya dianjurkan.

Saat pasien sadar dari anestesi umum atau saat efek anestesi regional mulai hilang palpasi abdomen kemungkinan besar menyebabkan rasa nyeri yang hebat, tindakan keperawatan yang dilakukan post operasi *sectio caesarea*, antara lain:

##### 1) Memonitor tanda-tanda vital

Setelah pulih dari anestesi, observasi harus dilanjutkan tiap setengah jam selama 2 jam pertama dan tiap jam selama minimal

4 jam setelah hasilnya stabil atau memuaskan. Tanda vital yang perlu dievaluasi adalah tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, dan suhu tubuh.

## 2) Pemberian analgesic

Untuk wanita dengan berat badan rata-rata, dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri yaitu Meperidin 75-100 mg intramuskular atau Morfin sulfat 10-15 mg intramuskular. Pada pasien yang menggunakan opioid, harus dilakukan pemeriksaan rutin setiap jam untuk memantau respirasi, sedasi dan skor nyeri selama pemberian dan sekurangnya 2 jam setelah penghentian pengobatan.

Salah satu strategi yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi nyeri secara non farmakologis adalah mobilisasi dini Retty Nirmala Santiasari (2021). Mobilisasi merupakan gerakan yang segera dilakukan pasca operasi. Hal ini dilakukan bertujuan untuk mengembalikan otot-otot perut agar tidak kaku dan mengurangi rasa sakit sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri (Ditya et al., 2016)

### 3) Terapi cairan dan makanan

Masa nifas akan ditandai oleh ekskresi cairan yang tertahan selama kehamilan, umumnya 3 liter cairan menandai untuk 24 jam pertama setelah tindakan. Namun, apabila pengeluaran urin turun dibawah 30 ml/jam, maka nilai kembali apakah ada pengeluaran darah yang tidak diketahui, efek antidiuretik dari infus oksitosin, atau lainnya.

### 4) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter vesika urinaria umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi atau keesokan pagi setelah pembedahan. Kemampuan pasien mengosongkan vesika urinaria sebelum terjadi distensi berlebihan harus dipantau seperti pada persalinan pervaginam.

Pada kasus nonkomplikata, makanan padat dapat diberikan 8 jam setelah pembedahan. Walaupun hampir semua operasi abdomen sedikit banyak timbul ileus paralitik, penyulit ibu jarang terjadi pada *sectio caesarea*.

### 5) Ambulasi

Pada sebagian besar kasus, satu hari setelah pembedahan pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan, paling sedikit dua kali. Waktu ambulasi diatur agar analgetik yang baru diberikan dapat mengurangi rasa nyeri. Pada hari kedua

pasien dapat berjalan dengan bantuan. Dengan ambulasi dini, trombosis vena dan emboli paru jarang terjadi.

#### 6) Perawatan luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit diangkat pada hari keempat setelah pembedahan. Pada hari ketiga pasca persalinan, mandi dengan pancuran tidak membahayakan luka insisi. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain: jaringan subkutan yang tebal (>3 cm) merupakan faktor resiko untuk infeksi luka operasi. Oleh karena itu perlu pemantauan terhadap tanda-tanda infeksi dan demam. Perlu diberitahukan untuk tetap membersihkan luka dan menjaganya agar tetap kering setiap hari menggunakan pakaian yang longgar, nyaman dan berbahan katun.

#### 7) Pemeriksaan laboratorium

Hematokrit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau terjadi oliguria atau tanda-tanda lain yang mengisyaratkan hipovolemia. Bila hematokrit rendah tapi stabil, pasien dapat diambulasi tanpa kesulitan. Dan apabila terdapat kemungkinan untuk terjadinya sedikit pengeluaran darah lanjutan, pasien lebih baik diberi terapi suplemen besi untuk memperbaiki keadaan daripada diberi transfusi.

#### 8) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *sectio caesarea*. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat mengurangi rasa nyeri.

#### 9) Pencegahan infeksi pasca operasi

Morbiditas demam cukup sering dijumpai setelah *sectio caesarea*. Sejumlah uji klinis acak telah membuktikan bahwa antibiotik dosis tunggal yang diberikan pada saat *sectio caesarea* bermakna menurunkan angka infeksi. Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi sekitar 20% wanita walaupun mereka telah diberi antibiotik profilaksis.

## 2.2 Konsep Nyeri

### 2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan, awitannya gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda International, 2017)

Nyeri akut pada *post sectio caesarea* dirasakan setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar dan efek anestesi habis maka pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengalami nyeri pada bagian luka bekas jahitan, keluhan tersebut wajar karena tubuh mengalami luka. Rasa nyeri pada daerah sayatan yang membuat pasien terganggu dan merasa tidak nyaman. Sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan, sehingga individu merasa tersiksa yang akhirnya akan mengganggu aktifitas sehari-hari (Asmadi, 2012).

### **2.2.2 Etiologi Nyeri**

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan *sectio caesarea* akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal.

Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri *post sectio caesarea* dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan nonfarmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan

menghasilkan hormone endorphin dari dalam tubuh. Endorphin berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblokir transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis.

### **2.2.3 Dampak Nyeri**

Nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari (Mubarak et al., 2015) :

#### 1) Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologi dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonomi. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung tekanan darah dan frekuensi pernapasan meningkat.

#### 2) Dampak perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vocal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien sering kali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

#### 3) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin seperti mengalami kesulitan dalam

melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

#### **2.2.4 Patofisiologi Nyeri**

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan *Sectio Caesarea* (SC). Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

### **2.3 Konsep Mobilisasi Dini**

#### **2.3.1 Pengertian Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini post *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *sectio caesarea* (Mawarni,2018). Menurut asumsi peneliti mobilisasi dini merupakan salah satu faktor utama yang mendukung untuk mengurangi nyeri luka operasi post SC apabila mobilisasi dini dilakukan dengan baik maka nyeri luka bisa berkurang.

Mobilisasi dini dilakukan pada 6 jam pertama post SC dengan latihan gerak tangan dan kaki secara abduksi dan adduksi di tempat tidur klien,

pada 6-10 jam berikutnya klien dianjurkan untuk latihan miring kanan dan miring kiri. Pada 24 jam post SC klien dilatih untuk memposisikan diri semi fowler dan duduk diatas tempat tidur. Pada hari ke-2 post SC klien dianjurkan latihan duduk secara mandiri dengan menurunkan kaki kelantai. Dan pada hari ke-3 post SC klien dianjurkan untuk latihan berjalan (Mawarni,2018).

### **2.3.2 Tujuan Teknik Mobilisasi Dini**

Menurut Mawarni (2018) ada beberapa tujuan dari latihan mobilisasi dini, diantaranya yaitu :

1. Mencegah konstipasi atau sembelit
2. Memperlancar peredaran darah dan mengurangi nyeri
3. Membantu pernapasan menjadi lebih baik
4. Mempercepat penutupan jahitan setelah operasi
5. Mengembalikan aktivitas pasien agar dapat bergerak normal dan memenuhi kebutuhan gerak harian
6. Mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah operasi.

### **2.3.3 Manfaat Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat (Pristahayuningtyas, 2016). Hampir semua pasien pasca bedah dianjurkan untuk mulai melakukan mobilisasi. Dimulai

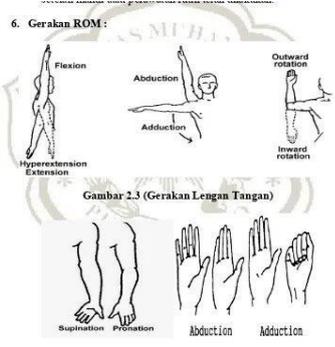
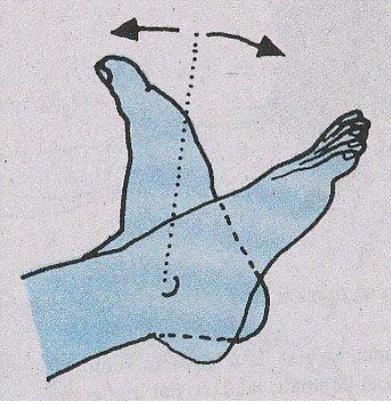
dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar.

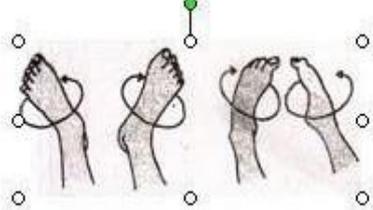
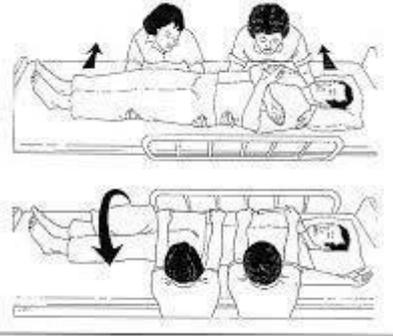
Mobilisasi dini termasuk faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka pasca operasi. Mobilisasi merupakan gerakan yang segera dilakukan pasca operasi. Hal ini dilakukan bertujuan untuk mengembalikan otot-otot perut agar tidak kaku dan mengurangi rasa sakit sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri (Ditya et al., 2016).

### 2.3.4 Standar Operasional Prosedur Mobilisasi Dini

2.1 Tabel SOP Mobilisasi Dini

No	Kegiatan	Gambar
1.	<p><b>Pra Interaksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyiapkan SOP mobilisasi dini yang akan digunakan</li> <li>b. Melihat data atau riwayat SC pasien</li> <li>c. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat</li> <li>d. Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>e. Mencuci tangan</li> </ul>	
2.	<p><b>Tahap Orientasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan salam terapeutik</li> <li>b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>c. Menyampaikan keuntungan dan kerugian prosedur yang akan dilakukan</li> <li>e. Menyampaikan kontak waktu</li> <li>f. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien</li> <li>g. Menjaga privasi klien</li> </ul>	

3	<p><b>Tahap kerja</b>  <b>Pada 6 jam pertama post SC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang</li> <li>b. Anjurkan klien distraksi 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</li> <li>c. Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama 30 detik</li> <li>d. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan di atas kepala dengan telapak tangan menghadap keatas</li> <li>e. Lakukan gerakan menarik ke atas secara bergantian sebanyak 5-10 kali</li> <li>f. Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki</li> </ol>	<p>6. Gerakan ROM:</p>  <p style="text-align: center;">Gambar 2.3 (Gerakan Lengan Tangan)</p> <p>2.4 Menggerakkan tangan</p>  <p>2.5 Menggerakkan pergelangan kaki ke depan kebelakang</p>
---	---	--

		 <p>2.6 Gerakan memutar kaki</p>
	<p><b>Pada 6-10 jam berikutnya</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Latihan miring kanan dan miring kiri</li> <li>Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan ke arah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain.</li> <li>Lakukan latihan ini selama 2 jam sekali</li> </ol> <p><b>Pada 24 jam post SC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Posisikan semi fowler</li> </ol>	 <p>2.7 Latihan miring kanan dan kiri</p>

	<p>30- 40° secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan</p> <p>b. Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi klien sampai posisi duduk</p> <p><b>Pada hari ke-2 post SC</b></p> <p>a. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan</p> <p>b. Lakukan latihan setiap 4jam sekali</p> <p><b>Pada hari ke-3 post SC</b></p> <p>a. Klien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai</p> <p>b. Jika klien merasa kuat diperbolehkan berdiri secaramandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan padaperawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihanberjalan disekitar tempat tidur.</p> <p>c. Latihan dilakukan sebanyak3 kali dalam sehari</p>	 <p>2.8 Posisi semi fowler</p>  <p>2.9 Latihan duduk</p>
--	--	---

		 <p>2.10 Latihan berjalan</p>
4	<p><b>Evaluasi dan Tindak Lanjut</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan evaluasitindakan</li> <li>b. Menganjurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga</li> <li>c. Menanyakan perasaan kliensetelah melakukan latihan mobilisasi dini</li> <li>d. Evaluasi subjektif dan objektif</li> <li>e. Salam terapeutik dengan klien</li> <li>f. Mencuci tangan</li> </ol>	
5	<p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dokumentasikan : namaklien, tanggal dan jam pelaksanaan, dan responpasien</li> <li>b. Paraf dan nama perawat jelas dicantumkan pada catatan pasien</li> </ol>	

(Mawarni,2018)

### 2.3.5 Evidence based Mobilisasi Dini

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Berkanis dkk, (2020) Study kasus pada sampel 22 pasien terdapat 20 orang (91%) memiliki intensitas skala nyeri 7-9 (Nyeri berat terkontrol) dan 2 orang mengalami nyeri berat tidak terkontrol dengan skala nyeri 10. Skala nyeri diidentifikasi menggunakan skala *Verbal Descriptor Scale (Numeric Scale)*. Intensitas nyeri responden setelah dilakukan mobilisasi dini selama 3 hari yaitu didapatkan hasil skala nyeri rata-rata 7,75 yang termasuk kategori skala nyeri berat menjadi 5,62 yang termasuk kategori skala nyeri sedang. Rata-rata skala nyeri tersebut menunjukkan bahwa skala nyeri signifikan yaitu 2.12

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Santiasari dkk, (2021) Study kasus pada 2 pasien post *sectio caesarea* yang dirawat selama 3 hari. Sehingga didapatkan diagnosa prioritas nyeri akut. Terdapat penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2 dalam waktu 3 hari dan pasien dapat beraktivitas, skala nyeri diidentifikasi dengan menggunakan alat ukur skala nyeri *Numeric Rating Scale*. Maka dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini dapat menurunkan skala nyeri dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri pada masalah nyeri akut post SC.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rohmah (2022) Study kasus pada 56 pasien post *sectio caesarea* dengan menggunakan alat ukur *Numeric Rating Scale* dimana didapatkan data bahwa dari 56 responden terdapat 39 responden pernah melakukan mobilisasi dini sedangkan 17 responden lainnya belum pernah melakukan mobilisasi dini. Setelah diteliti didapatkan data bahwa dari 39 responden yang pernah melakukan mobilisasi dini

mengalami penurunan skala nyeri, sedangkan 17 responden yang tidak pernah melakukan mobilisasi dini tidak mengalami penurunan skala nyeri sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh antara mobilisasi dini dengan penurunan skala nyeri.

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian menurut (Baradero 2017), yaitu:

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien. Pengkajian pada pasien *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

1. Data subyektif

- a. Identitas lengkap

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat.

- b. Data riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama

*Pre Sectio Caesarea*

Keluhan pada saat Ibu datang dengan usia kehamilan mencapai 38-40 minggu dengan komplikasi maupun tidak.

*Post Sectio Caesarea*

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan, bagaimana pengeluaran lochea, bagaimana keadaan luka insisi abdomennya.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit akut, kronis seperti jantung, diabetes, hipertensi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

*Pre Sectio Caesarea*

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

*Post Sectio Caesarea*

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita

#### 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu adanya penyakit keluarga seperti hipertensi, DM dan apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

#### c. Riwayat Perkawinan

Meliputi beberapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga mempengaruhi proses nifas.

#### d. Riwayat Obstetri

##### 1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ibu pernah mengalami abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu, apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

##### 2) Riwayat Persalinan Sekarang

###### *Pre Sectio Caesarea*

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba atau perlahan, lokasi, obat yang diminum dan cara penanggulangan.

### *Post Sectio Caesarea*

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

### 3) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB sebelumnya, dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama dan apakah ada keluhan selama program KB serta bagaimana rencana KB setelah masa nifas.

### e. Kehidupan sosial budaya

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan ibu pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan, pijat ke dukun bayi.

### f. Data psikologi

#### *Pre Sectio Caesarea*

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana tingkat pengetahuan pasien tentang pembedahan agar perawat dapat memberikan penjelasan lebih lanjut.

#### *Post Sectio Caesarea*

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana respon ibu terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi dan

psikologis selama masa nifas, sang ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Pengkajian psikologis dilakukan untuk melihat bagaimana respon ibu terhadap bayinya dan respons ibu terhadap dirinya

g. Data Pengetahuan

*Pre Sectio Caesarea*

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang persiapan melahirkan.

*Post Sectio Caesarea*

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan ibu nifas

h. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Tabel 2.1 Pemenuhan kebutuhan nutrisi

No	Pemenuhan Kebutuhan	Pre <i>Sectio Caesarea</i>	Post <i>Sectio Caesarea</i>
1.	Nutrisi	menggambarkan bagaimana nutrisi ibu, selama masa kehamilan seperti pola makan, minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan pantangan makanan.	Ibu post <i>Sectio Caesarea</i> harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas.
2.	Eliminasi	Bagaimana pola fungsi sekresi seperti buang air kecil dan besar yang terkaji dalam frekuensi, warna, bau.	Pada klien post SC biasanya 2-3 hari mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) hal ini dikarenakan ketakutan akan rasa sakit pada daerah sekitar post operasi, takut jahitan terbuka karena mengejan.
3.	Pola istirahat dan tidur	Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat	Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat

		tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat.	tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat.
4.	Personal Hygiene	Bagaimana kebersihan diri pasien.	untuk mengetahui bagaimana kebersihan diri pasien pada masa nifas, terutama pada area genitalia atau area insisi pada abdomen apabila pasien melakukan persalinan dengan SC.
5.	Aktivitas	Untuk mengetahui apakah pasien mengalami penurunan aktivitas.	Untuk mengetahui apakah pasien post partum mengalami penurunan aktivitas, mobilisasi dini post partum sebaiknya dilakukan yaitu dengan mika/miki, duduk dan berjalan.

## 2. Data Objektif

### a. Tanda-Tanda Vital

#### 1) Suhu

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2 C – 37,5 C. Kemungkinan disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

#### 2) Nadi dan Pernafasan

Nadi biasanya meningkat > 80 x/menit, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

## 3) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat  $>120/90$  mmHg.

## b. Pemeriksaan Fisik

Tabel. 2.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pre <i>Sectio Caesarea</i>	Post <i>Sectio Caesarea</i>
Mata	Diperiksa bagian sklera dan konjungtiva	Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan konjungtiva (konjungtivitis atau anemis), sclera (ikterik atau indikasi hiperbilirubi atau gangguan pada hepar), pupil (isokor kanan dan kiri), reflek pupil terhadap cahaya mosisi atau mengecil, ada atau tidaknya nyeri tekan pada kedua bola mata.
Hidung	ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis, ada/tidaknya hipersekresi mukosa	ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis, ada/tidaknya hipersekresi mukosa
Mulut	Gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna mukosa gigi	Gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna mukosa gigi
Leher	Pemeriksaan JVP. KGB, dan tiroid	Pemeriksaan JVP. KGB, dan tiroid
Paru-paru	Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis terlihat/tidak.	Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis terlihat/tidak.
Cardiovaskuler	Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur serta peningkatan tekanan darah.	Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur serta peningkatan tekanan darah.
Payudara	Payudara tidak ada pembengkakan	Infeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan

		serta palpasi konsistensi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi.
Abdomen	<p>Pemeriksaan DJJ</p> <p>Pemeriksaan Leopold</p> <p>Leopold 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apabila kepala janin dibagian fundus yang akan teraba adalah keras, bundar, dan melenting.</li> <li>2. Apabila bokong janin teraba dibagian fundus, yang terasa adalah lunak, kurang bundar, dan kurang melintang.</li> <li>3. Apabila posisi janin melintang pada reahim, maka pada fundus teraba kosong</li> </ol> <p>Leopold 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagian punggung : akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan</li> <li>2. Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki) : akan teraba kecil, bentuk atau posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif</li> </ol> <p>Leopold 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagian keras, dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong.</li> <li>2. Apabila bagian terbawah janin memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang sudah tidak bisa.</li> </ol> <p>Leopold 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen), berarti bagian</li> </ol>	<p>Apakah kembung, asietas, terdapat nyeri tekan, lokasi massa, lingkaran abdomen, bising usus, tampak linea nigra atau alba, striae livida atau albican, terdapat bekas luka operasi <i>Sectio Caesarea</i>. Mengkaji luka jahitan post <i>Sectio Caesarea</i> yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur, kering atau basah, adanya nanah atau tidak). Dan mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka post <i>Sectio Caesarea</i>.</p>

	terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen), maka bagian terendah janin memasuki PAP.	
Genetalia	Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak	Bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak darah yang belum dibersihkan.
Ektremitas	Adanya edema atau tidak, varises atau tidak	Kaji kesimetrisan, kekuatan otot dan ada tidaknya edema.

### c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Nanda (2015)

#### 1. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong dan bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomali janin.

#### 2. Elektrolit

Untuk mengukur jumlah elektrolit dalam tubuh

#### 3. Ekstensi

#### 4. Hemoglobin / hematokrit

Untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.

#### 5. Golongan darah

#### 6. Urinalisis

Untuk mendeteksi kelainan ginjal, saluran kemih, serta untuk mendeteksi kelainan- kelainan di berbagai organ tubuh lain seperti hati, saluran empedu, pankreas, dan lain – lain

### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap Pra Operasi menurut Brunner (2014) mencakup :

1. Nyeri berhubungan dengan pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
3. Resiko cedera pada janin berhubungan dengan koping individu tidak efektif.

Diagnosa keperawatan Post *Sectio caesarea* menurut Nuratif (2016), yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI
4. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

### 2.4.3 Rencana keperawatan

Tabel 2.3 Rencana keperawatan pre SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>2. Meringis menurun (5)</li> <li>3. Gelisah menurun (5)</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun (5)</li> <li>5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)</li> <li>6. Uterus teraba membulat menurun (5)</li> <li>7. Muntah menurun (5)</li> <li>8. Mual menurun (5)</li> <li>9. Frekuensi nadi membaik (5)</li> <li>10. Pola nafas membaik (5)</li> <li>11. Tekanan darah membaik (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Manajemen nyeri</b> <b>I.08238</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( teknik distraksi mobilisasi dini)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol>

			<p>3. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologis ( teknik distraksi mobilisasi dini)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2.	<p>Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5)</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun (5)</li> <li>3. Perilaku tegang menurun (5)</li> <li>4. Frekuensi nafas menurun (5)</li> <li>5. Frekuensi nadi menurun (5)</li> <li>6. Tekanan darah menurun (5)</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>SIKI : Persiapan Pembedahan I.14573</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, penyakit penyerta seperti DM, hipertensi, jantung , PPOK, asma, pengetahuan tentang operasi, kesiapan psikologis)</li> <li>2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG</li> <li>3. Monitor kadar gula darah</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah (mis. Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati)</li> <li>2. Fasilitasi pemeriksaan penunjang (mis. Foto toraks, pemeriksaan <i>x-ray</i>)</li> <li>3. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan</li> <li>4. dokumen-dokumen pra operasi (mis. Bebaskan area</li> </ol>

			<p>kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan</li> <li>6. Pastikan kelengkapan Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium)</li> <li>7. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis kursi roda, tempat tidur)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi</li> <li>2. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi</li> <li>3. Latih teknik terapi mobilisasi dini</li> <li>4. Anjurkan menghentikan obat antikoagulan</li> <li>5. Ajarkan cara mandi dengan antiseptic</li> <li>6. Jelaskan prosedur untuk melakukan teknik distraksi mobilisasi dini setelah dilakukan operasi SC</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik)</li> <li>2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien</li> <li>3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi</li> <li>4. Koordinasi dengan perawat kamar bedah</li> </ol>
--	--	--	---

3	Resiko cedera pada janin berhubungan koping individu tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Tingkat Cedera L.14136</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian cedera menurun (5)</li> <li>2. Luka/lecet menurun (5)</li> <li>3. Tekanan darah membaik (5)</li> <li>4. Frekuensi napas membaik (5)</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>SIKI : Pemantauan Denyut Jantung Janin I.02055</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status obstetrik</li> <li>2. Identifikasi riwayat obstetrik</li> <li>3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok</li> <li>4. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya</li> <li>5. Periksa denyut janin selama 1 menit</li> <li>6. Monitor denyut jantung janin</li> <li>7. Monitor tanda vital ibu</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi pasien</li> <li>2. Lakukan <i>maneuver Leopold</i> untuk menentukan posisi janin</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan.</li> </ol>
---	--	---	---

Tabel .2.4 Rencana keperawatan post SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil ( Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan luka operasi pada abdomen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>2. Meringis menurun (5)</li> <li>3. Gelisah menurun (5)</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun (5)</li> <li>5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)</li> <li>6. Uterus teraba membulat menurun (5)</li> <li>7. Muntah menurun (5)</li> <li>8. Mual menurun (5)</li> <li>9. Frekuensi nadi membaik (5)</li> <li>10. Pola nafas membaik (5)</li> <li>11. Tekanan darah membaik (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Manajemen nyeri</b> <b>I.08238</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( teknik distraksi dengan mobilisasi dini)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitas istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol>

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologis ( teknik distraksi dengan mobilisasi dini)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</b></p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5)</li> <li>2. Nyeri menurun (5)</li> <li>3. Kecemasan menurun (5)</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun (5)</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun (5)</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>SIKI : Dukungan Ambulasi L.06171</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi</li> <li>4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>

3	Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Status Menyusui L.03029</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5)</li> <li>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5)</li> <li>3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat (5)</li> <li>4. Suplai ASI adekuat meningkat (5)</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>SIKI : Edukasi Menyusui</b></p> <p><b>I.12393</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>5. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan konseling menyusui</li> <li>2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li> <li>4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak</li> <li>5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)a</li> </ol>
---	--	---	---

#### 2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

#### 2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (*Subjektif, objektif, assement, Perencanaan*).

Teknik pelaksanaan SOAP :

1. S (*Subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan

2. O (*Objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan
3. A (*Assement*) adalah membandingkan antar informasi *subjektif* dan *objektif* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.
4. P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain/Rancangan Studi Kasus**

Desain penelitian ini adalah Studi Kasus. Studi Kasus yang akan dilaksanakan menggunakan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pre dan Post *Sectio caesarea* Presentasi bokong dengan masalah nyeri akut di RSUD Rejang Lebong. Gambaran penelitian ini meliputi data pengkajian, perencanaan (Nursing Care Plane) tersajikan dalam bentuk naratif, Tindakan menggambarkan pelayanan asuhan keperawatan dengan menerapkan evidence based practice salah satu hasil penelitian dan evaluasi disajikan dalam catatan perkembangan (Nursing progress) menggambarkan perkembangan klien sejak dilakukan asuhan keperawatan hingga akhir melakukan asuhan keperawatan.

#### **3.2 Subjek Studi Kasus**

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari subjek yang diambil yaitu:

##### **a. Inklusi**

- 1) Kehamilan dengan tindakan *sectio caesarea*.
- 2) Klien yang dirawat di ruang perawatan kebidanan (Teratai) selama 3 hari.
- 3) Klien dengan pemberian anestesi spinal serta sadar penuh dengan kesadaran composmentis.
- 4) Klien yang bersedia dilakukan tindakan mobilisasi dini.
- 5) Klien tanpa komplikasi penyakit kronis seperti hipertensi, jantung, dll.

b. Eksklusi

- 1) Klien yang mengalami komplikasi penyakit kronis seperti hipertensi, jantung, dll setelah operasi dan harus dirawat di ruang intensif
- 2) Klien yang mengalami penurunan kesadaran

### 3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus dalam studi kasus ini adalah menggambarkan pemenuhan kebutuhan nyeri dan kenyamanan yang berfokus pada diagnosa keperawatan nyeri akut dengan intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan terapi non farmakologis mobilisasi dini pada pasien pre dan post *Sectio caesarea* yang berada di RSUD Rejang Lebong Tahun 2023.

### 3.4 Definisi Operasional

- 1) Pasien pre dan post *sectio caesarea*

Pasien *pre sectio caesarea* adalah pasien yang belum melakukan tindakan *sectio caesarea* dengan usia kehamilan cukup yaitu 38-40 minggu.

Pasien *post sectio caesarea* adalah pasien yang telah dilakukan tindakan *sectio caesarea* dirawat di ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong

- 2) Mobilisasi dini merupakan tindakan distraksi atau pengalihan yang dilakukan dengan tujuan agar terjadi pengalihan nyeri serta pasien dapat beradaptasi terhadap nyeri.
- 3) Nyeri adalah sensasi tidak menyenangkan yang dirasakan setelah tindakan operasi sebagai bentuk efek anestesi setelah pembedahan.

### **3.5 Tempat dan Waktu Studi Kasus**

Lokasi penelitian ini adalah di ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2023. Studi kasus ini dilakukan mulai dari tanggal 26 Desember 2022 sampai dengan Juli 2023.

### **3.6 Pengumpulan Data**

#### **1. Teknik Pengumpulan Data**

##### **a. Wawancara**

Wawancara adalah Teknik pengumpulan data antara peneliti dan klien, tujuan dari wawancara adalah mendengarkan serta meningkatkan kesejahteraan klien melalui bina hubungan saling percaya dan saling support. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan informasi keluhan/masalah utama klien dan riwayat penyakit saat ini.

##### **b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Observasi adalah kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti penglihatan, pendengaran, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan fakta-fakta peristiwa empiris. Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh klien bertujuan untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat( inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada sistem tubuh klien. Pada presentasi bokong, melihat ukuran, bentuk, gerakan janin, striae gravidarum, bekas luka, dan komtraksi. Pada perabaan (palpasi)

di daerah abdomen, untuk melihat Leopold I-IV serta pengukuran tinggi fundus uteri.

## 2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian, catatan pengukuran, *Numeric Rating Scale*.

### 3.7 Penyajian Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data Analisis data dilakukan sejak peneliti di lahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul Teknik analisis dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Kemudian dengan cara observasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan oleh peneliti.

### 3.8 Etika Penelitian

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden/klien dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Terdapat 7 prinsip etik keperawatan yaitu yaitu;

#### 1. Otonomi (menghormati hak pasien)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh

orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2. Non malficience (tidak merugikan pasien)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

3. Beneficience (melakukan yang terbaik bagi pasien)

Beneficience berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

4. Justice (bersikap adil kepada semua pasien)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terpai yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam prkatek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

5. Veracity (jujur kepada pasien dan keluarga)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Walaupun demikian, terdapat beberapa argument mengatakan adanya batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran akan kesalahan prognosis klien untuk pemulihan atau adanya hubungan paternalistik bahwa "doctors knows best" sebab individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya

6. Fidelity (selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk

meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

7. Confidentiality (mampu menjaga rahasia pasien).

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh klien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari.

## **BAB IV**

### **TINAJUAN KASUS**

#### **4.1 Hasil**

##### **4.1.1 Pengkajian**

Tempat praktek : Ruangan Teratai  
No. Reg : 247803  
Tanggal Pengkajian : 26 Juni 2023 Pukul : 15.20 WIB  
Tanggal Masuk : 26 Juni 2023 Pukul : 14.40 WIB  
Diagnosa Medis : G1P0A0 + Post SC Indikasi KPSW

##### **4.1.2 Identitas Klien**

###### 1. Identitas diri klien

Nama Klien : Ny.A  
Umur : 16 Tahun  
Pendidikan : SMP  
Status Perkawinan : Tidak kawin  
Alamat : Karang Anyar  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Rejang  
Pekerjaan : IRT

###### 2. Penanggung jawab

Nama Ibu : Ny.L  
Alamat : Karang Anyar  
Umur : 35 Tahun

Pekerjaan : Swasta

### 4.1.3 Riwayat Keperawatan

#### 1. Data Riwayat Kesehatan

##### a. Keluhan Utama

##### Keluhan Masuk Rumah Sakit

Pasien mengeluh keluar air ketuban merembes secara tiba-tiba berwarna keruh sejak kemarin pagi tanpa adanya rasa nyeri.

##### *Pre Sectio Caesarea*

Pasien mengeluh mulai nyeri mules-mules dibagian perut bawah menjalar ke atas pinggang sampai paha setelah diberikan cairan RL + oxytocin drip 1 amp, dengan data P: Kontraksi, Q: mules, R: perut bawah menjalar ke atas pinggang sampai paha, S: 4, T: hilang timbul, TD: 110/70 mmHg, N: 84x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,6°C, DJJ :180x/menit, pasien tampak cemas dikarenakan baru pertama kali akan dilakukan operasi.

##### *Post Sectio Caesarea*

Kedadaan umum klien 1 jam post operasi dalam kondisi tirah baring dan lemas, masih dalam pengaruh obat anaestesi. Setelah 6 jam post operasi klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen bawah tertutup obsite, nyeri muncul saat bergerak seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut dengan skala nyeri sedang yaitu 6.

b. Riwayat penyakit sekarang

*Pre Sectio Caesarea*

Klien tampak meringis dan mengeluh sakit perut menjalar ke pinggang setelah diberikan induksi, khawatir akan keselamatan diri dan janinnya.

P : Nyeri akibat kontraksi

Q : Nyeri seperti diremas-remas dan mules

R : Nyeri diperut sampai pinggang

S : Skala nyeri sedang yaitu 4

T : Hilang timbul 30 menit/sekali

*Post Sectio Caesarea*

Klien mengatakan nyeri di perut bagian bawah karena terdapat luka post operasi *sectio caesarea*. setelah 6 jam post operasi klien tampak meringis dan berhati-hati untuk menggerakkan tubuhnya karena takut bekas operasinya terbuka, kaki terasa kaku untuk digerakkan.

P : Nyeri timbul saat bergerak

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk dan berdenyut

R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup obsite,

keadaan obsite bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi SC.

S : Skala nyeri sedang yaitu 6

T : Nyeri dirasakan saat bergerak

c. Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan bahwa kehamilannya kali ini bukan kehamilan yang direncanakan karena klien merupakan korban pelecehan, klien sempat berpikir untuk membuang janinnya namun dengan dukungan keluarga sehingga klien ingin mempertahankan bayinya dan bersedia untuk merawatnya. Klien mengatakan tidak banyak mengetahui tentang kehamilan, klien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di dokter spesialis kandungan, klien biasa meminum obat rutin Vitamin Livron B.flex, Asam Folat 400 mcg, dan tablet Fe. Klien tidak mendapatkan imunisasi, klien pernah di rawat di rumah sakit dengan indikasi Gerakan Janin Berkurang.

d. Riwayat kehamilan yang lalu

Pasien mengatakan saat ini mengandung anak pertama dan tidak ada riwayat kehamilan sebelumnya.

e. Riwayat persalinan dahulu

Pasien mengatakan saat ini melahirkan anak pertama dan tidak ada riwayat kehamilan sebelumnya.

f. Riwayat persalinan saat ini

Klien mengatakan riwayat kehamilan sekarang G1P0A0 aterm 35-36 minggu klien mengatakan air ketuban merembes secara tiba-tiba berwarna keruh tanpa rasa nyeri pengeluaran tanpa kontraksi. Klien mengatakan merasa nyeri setelah diberi

obat rangsangan, klien telah dilakukan pemasangan infus RL dan drip Oxitoksin, jarak ketuban pecah sampai dengan proses persalinan operasi *seycio caesarea* selama 36 jam.

Jenis persalinan yaitu operasi *Sectio Caesarea* indikasi KPSW yang dilakukan pada tanggal 26 Juni 2023 Jam 18.40 WIB dengan anestesi spinal, luka operasi di abdomen bagian bawah berbentuk horizontal panjang  $\pm 10$  cm, selesai operasi jam 21.30 WIB. Klien tidak mengalami pendararahan hebat.

g. Riwayat kesehatan bayi setelah operasi SC

Pada tanggal 26 Juni 2023 pukul 19.30 WIB lahir neonatus hidup dengan jenis kelamin perempuan dengan APGAR Score 10 dalam pemeriksaan 5 menit pertama bergerak aktif dan kuat, denyut jantung 120 x/menit, bayi menangis secara spontan dengan bernapas secara normal dan merespon saat diberikan rangsangan cubitan ringan, warna kulit kemerahan, BB 2700 gr, PB 47 cm, LK 33 cm, LD 32 cm. bayi dibawa keruangan mawar untuk diberikan Vit.K 1 amp dengan dosis 1mg setelah bayi lahir dan pemantauan selama 10 jam di ruang mawar. Terdapat kolostrums tapi tidak diberikan dikarenakan ibu dan bayi tidak satu ruangan dalam waktu 10 jam.

#### h. Riwayat kesehatan lalu

##### 1. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan ikan tongkol, udang dan sejenis seafood yang lainnya. Klien mengatakan tidak ada alergi obat seperti obat antibiotik yaitu ceftriaxone.

##### 2. Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat trauma seperti jatuh atau tepleset.

##### 3. Riwayat dirawat RS

Klien mengatakan memiliki riwayat dirawat di RS dengan GJB.

##### 4. Riwayat Operasi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat operasi

#### i. Riwayat kesehatan keluarga

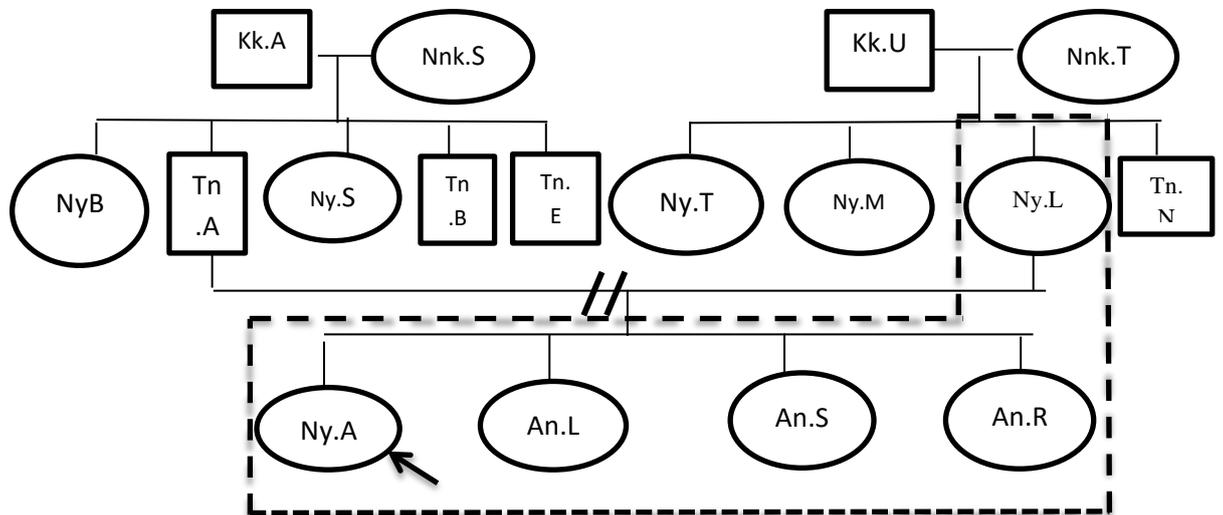
Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami persalinan dengan operasi dan tidak memiliki riwayat penyakit menular.

#### j. Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan sekarang tidak menggunakan KB.

## k. Genogram

## 4.1 Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Cerai



: Perempuan



: Klien



: Tinggal serumah

Ny.A mengatakan ia anak pertama dari 4 bersaudara Ny.A tinggal satu rumah dengan ibu dan 3 adik perempuannya. Tidak ada riwayat keluarga yang melahirkan secara sc sebelumnya.

Data Umum Maternitas :

## a. Riwayat kehamilan

1. Menarche : Ny.A mengatakan umur 13 tahun mengalami menarche pertama kali
2. Siklus : Siklus haid Ny A 28 hari

3. Lama : Ny.A mengatakan lamanya haid 7 hari
4. Banyaknya : Ny.A mengatakan haidnya normal
5. Teratur/tidak : Ny.A mengatakan haidnya teratur
6. Disminore : Ny.A mengatakan mengalami nyeri  
pada saat haid

- b. Kehamilan sekarang : Tidak direncanakan
- c. Status Obsetrikus : G1P0A0
- d. Usia Kehamilan : 35-36 Minggu
- e. HPHT : 7 Oktober 2022
- f. Taksiran Persalinan : 14 Juni 2023
- g. Mengikuti kelas prenatal : Tidak
- h. Rencana KB : Belum tau

Tabel 4.1 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

No	Pemenuhan Kebutuhan	Sebelum di rawat	Pre Operasi Sectio Caesarea	Post Operasi Sectio Caesarea 6 jam
1.	Nutrisi/cairan 1. MAKAN a. Frekuensi b. Banyaknya c. Jenis 2. MINUM a. Frekuensi b. Jenis	3x/hari 1 porsi Nasi + lauk pauk 9x/hari Air putih	Tidak berselera hanya diberi makanan ringan dan buah 10x/hari Air putih hangat	Pasien masih dalam keadaan puasa Pasien masih dalam keadaan puasa
2.	Eliminasi 1. BAK : a. Frekuensi	6x/hari	Urine dikosongkan sebelum	Terpasang kateter 300cc

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Warna</li> <li>c. Keluhan</li> </ul>	<p>Kuning jernih Tidak ada</p>	<p>pemasangan kateter Kuning Jernih</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Kuning jernih</p> <p>Tidak ada</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. BAB <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi</li> <li>b. Warna</li> <li>c. Keluhan</li> </ul> </li> </ul>	<p>2 x/hari Kuning kecoklatan Tidak ada</p>	<p>Belum ada BAB Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Belum ada BAB Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
3.	<p>Pola istirahat dan tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Lama tidur siang</li> <li>2. Lama tidur malam</li> <li>3. Kebiasaan sebelum tidur</li> <li>4. Keluhan</li> </ul>	<p>2-3 jam</p> <p>7-8 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Posisi tidur</p>	<p>Tidak bisa tidur karena nyeri 3-4 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Posisi tidur dan nyeri</p>	<p>Belum ada tidur</p> <p>-</p> <p>Tidak ada</p> <p>Lingkungan RS dan nyeri</p>
4.	<p>Personal Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mandi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi</li> <li>b. Waktu</li> </ul> </li> <li>2. Oral hygiene <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi</li> <li>b. Waktu</li> </ul> </li> <li>3. Cuci rambut <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi</li> <li>b. Waktu</li> </ul> </li> </ul>	<p>2x/hari</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>3x/hari</p> <p>Pagi, sore dan malam</p> <p>1x/hari</p> <p>Pagi</p>	<p>Di lap dengan kain basah Pagi</p> <p>1x/hari</p> <p>Pagi</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak dilakukan personal hygiene</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>

5.	Aktivitas/istirahat a. Jenis pekerjaan b. Lama bekerja c. Hobby d. Kegiatan waktu luang	IRT Tidak menentu Memasak Tidak menentu	Klien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa	Klien belum bisa beraktivitas
5.	Kebiasaan lain a. Minuman keras b. Penggunaan obat-obatan c. Psikotropika/narkotik	Tidak ada Tidak ada  Tidak ada	Tidak ada Tidak ada  Tidak ada	Tidak ada Tidak ada  Tidak ada

Tabel 4.2 Pola Aktivitas Dan Latihan

<b>Kemampuan perawatan diri</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Makan/minum	✓				
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Mobilitas di tempat tidur			✓		
Berpindah/berjalan			✓		

Keterangan :

0 : Mandiri

3 : Alat bantu dan dibantu orang lain

1 : Alat bantu

4 : Tergantung total

2 : Dibantu orang lain

#### 4.1.4 Pemeriksaan Fisik

##### 4.3 Tanda-Tanda Vital

	<i>Pre Sectio Caesaria</i>	<i>Post Sectio Caesarea</i>
Tekanan Darah	120/70 mmHg	110/80 mmHg
Pernapasan	20x/menit	22x/menit
Nadi	80x/menit	85x/menit
Suhu	36,6°C	36,8°C
Urine	250 cc	300 cc
Involusi Uterus	-	Sepusat
Kontraksi Uterus	-	Keras
Bising Usus	-	-
DJJ	153 x/menit	-

##### 4.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Kehamilan	Post Partum
Mata	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : An anemis Pupil : Isokor Kelainan : Tidak ada o Dema	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : An anemis Pupil : Isokor Kelainan : tidak ada oedema
Hidung	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada Napas tambahan : Tidak ada Kelainan : Tidak ada	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada Napas tambahan: Tidak ada Kelainan : Tidak ada
Mulut	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibi: Kering dan pucat Sianosis : Tidak ada sianosis Lidah : Sedikit kotor	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibi: Kering dan pucat Sianosis : Tidak ada sianosis Lidah : Sedikit kotor
Leher	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kelenjar getah bening Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kele jar getah bening Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid

Paru-paru	<p>Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan</p> <p>Palpasi : Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi : Sonor</p> <p>Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler</p>	<p>Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan</p> <p>Palpasi : Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi : Sonor</p> <p>Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler</p>
Cardiovaskuler	<p>Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perkusi : Kanan atas ICS ke 2 sinitra dan dekstra Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula</p> <p>Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan teratur</p>	<p>Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perkusi : Kanan atas ICS ke 2 sinitra dan dekstra Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula</p> <p>Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan teratur</p>
Payudara	<p>Bentuk : Simetris</p> <p>Aeorola : Bewarna gelap (Hyperpigmentasi)</p> <p>Benjolan/abnormal : Tidak ada pembengkakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bentuk : Simetris antara kiri dan kanan, mammae membesar dan saat di palpasi</li> <li>2. Aerola : Hyperpigmentasi</li> <li>3. Putting susu : Menonjol</li> <li>4. Kolostrum : Saat di palpasi terdapat keluarnya kolostrum</li> </ol>
Abdomen	<p>Inspeksi : Terdapat striae gravidarium, tidak ada bekas operasi, terdapat linea alba</p> <p>Palpasi : Leoplod 1 TFU sesuai dengan usia kehamilan teraba bagian kurang bulat dan tidak melenting ( TFU 32cm)</p> <p>Leoplod 2 bagian kanan</p>	<p>Inpeksi : Tidak ada pembesaran di abdomen, adanya bekas luka operasi SC dibagian bawah abdomen sepanjang <math>\pm</math> 10 cm, luka operasi berbentuk horizontal, tertutup dengan obsite, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, terasa panas,</p>

	<p>perut ibu teraba tahanan memanjang dari atas kebawah/teraba bagian kecil janin</p> <p>Leoplod 3 teraba bagian bulat, keras, melenting</p> <p>Leoplod 4: konvergen</p> <p>Perkusi : Timpani</p> <p>Auskultasi : Bising usus normal</p> <p>DJJ : 155x/menit</p> <p>Irama : Irreguler</p> <p>Intensitas : Kuat</p>	<p>pembengkakan dan terasa panas, pembengkakan dan terasa nyeri dibagian luka.</p> <p>Auskultasi : bising usus 12x/menit</p> <p>Palpasi : Nyeri tekan disekitar luka, skala nyeri 6 TFU sepusat, kontraksi uterus keras.</p> <p>Perkusi : Timpani</p>																		
Genetalia	<p>Vulva/vagina : tidak terdapat bukaan</p> <p>Varises : Tidak ada</p> <p>Pengeluaran : Cairan air ketuban sejak 30 jam yang lalu</p> <p>Perdarahan : Tidak ada</p> <p>Kebersihan : bersih</p>	<p>Terdapat pengeluaran lochea rubra berwarna kemerahan sebanyak 30cc satu jam pertama.</p> <p>Tidak ada tanda-tanda infeksi</p>																		
Ektremitas	<p>Ektremitas : tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot kuat</p> <p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>5555</td> <td> </td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td> </td> <td>5555</td> </tr> </table>	5555		5555	-----			5555		5555	<p>Ektremitas : tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot lemah, tanda homan positif</p> <p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>3333</td> <td> </td> <td>3333</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td>3333</td> <td> </td> <td>3333</td> </tr> </table>	3333		3333	-----			3333		3333
5555		5555																		
-----																				
5555		5555																		
3333		3333																		
-----																				
3333		3333																		

### Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 26 Juni 2023

Table 4.5 Pemeriksaan Laboratorium Pre SC

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	12,1 g/dL	W : 11,7 -15,5
Leukosit	9.000 uL	W : 3.600-11.000
Trombosit	212.000 uL	150.000-440.000
Hematokrit	35%	W : 35-47
Diff Count	0/0/0/75/19/6%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8

## 2. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 27 Juni 2023

Table 4.6 Pemeriksaan Laboratorium Post SC

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	12,4 g/dL	W : 11,7 -15,5
Leukosit	12.800 uL	W : 3.600-11.000
Trombosit	276.000 uL	150.000-440.000
Hematokrit	35%	W : 35-47
Diff Count	0/0/0/90/6/4%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8

## 4.1.5 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan *Pre Sectio Caesarea*Table 4.7 Penatalaksanaan *Pre Sectio Caesarea*

Tanggal	Obat	Fungsi Obat	Pemberian Obat	Dosis
26 Juni 2023	IVFD RL + drip induxin 1 amp (oxytocin) +tramadol 1 amp	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu. Fungsi obat oxytocin untuk merangsang kontraksi Rahim, mengendalikan pendarahan. Fungsi obat tramadol adalah obat untuk meredakan nyeri sedang hingga berat, seperti nyeri pascaoperasi. Obat ini tidak ditujukan untuk digunakan terus menerus dan bukan untuk meredakan nyeri ringan.	IV line	500 cc 1 amp 8gtt/menit

2. Penatalaksanaan *Post Sectio Caesarea*Table 4.8 Penatalaksanaan *Post Sectio Caesarea*

Tanggal	Obat	Fungsi Obat	Pemberian obat	Dosis Obat
26 Juni 2023 – 29 Juni 2023	IVFD RL	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu.	IV line	20 ggt/menit
	Ceftriaxone	Untuk mencegah infeksi	IV line	1x1gr
	Kalnex	Untuk mencegah infeksi akibat bakteri di system reproduksi, kulit, jantung dan vaginosis bakterialis.	IV line	3x1gr
	Tramadol	Untuk meredakan rasa nyeri ringan hingga sedang	IV line	100 mg/amp 3x1 amp
	Vit K	Untuk membantu proses pembekuan darah	IM	5 ml 3x1 tab
	Pronalges	Untuk mengurangi nyeri	Anal	3x100 mg

Table 4.9 Penatalaksanaan perawatan invasive *Pre dan Post Sectio Caesarea*

No	Perawatan Invasif	Tgl pemasangan	Tgl dilepaskan
1.	Infus	26 Juni 2023	29 Juni 2023
2.	Kateter	26 Juni 2023	27 Juni 2023

#### 4.1.6 Analisa Data

##### *Pre Sectio Caesarea*

Tabel 4.10 Analisa Data *Pre Sectio Caesarea*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh nyeri bagian perut menjalar ke pinggang sejak diberikan induksi</li> <li>- P : Nyeri akibat kontraksi</li> <li>Q : Nyeri seperti diremas-remas dan mules</li> <li>R : Nyeri diperut menjalar ke pinggang</li> <li>S : Skala nyeri sedang yaitu 4</li> <li>T : Hilang timbul 30 menit/sekali</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah diberikan induksi RL drip Oxytocin 1 amp Klien tampak meringis dan gelisah</li> <li>- Sulit tidur</li> <li>- TD : 110/70 mmHg</li> <li>N : 84x/menit</li> <li>RR : 20x/menit</li> <li>DJJ : 180x/menit</li> <li>- Tampak meringis dengan skala nyeri 4</li> </ul>	Adaptasi Proses Persalinan	Nyeri
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan khawatir akan keselamatan dirinya</li> <li>- Klien belum mengetahui bagaimana prosedur dari tindakan operasi</li> </ul>	Kekhawatiran belum pernah dioperasi sebelumnya	Ansietas

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak cemas dan gelisah</li> <li>- Klien banyak bertanya dengan kondisi dan janinnya</li> </ul>		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh air ketuban merembes sejak kemarin</li> <li>- Klien mengatakan air ketuban merembes secara tiba-tiba seperti air kencing bewarna keruh tanpa rasa nyeri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- Leukosit : 9.000uL</li> </ul>	Ketuban pecah sebelum waktunya	Resiko infeksi
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan badan terasa lemah dan lelah</li> <li>- Anterm 35-36 minggu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak pucat dan lelah</li> <li>- Ny.A telah diberikan induksi persalinan oksitoksin pada cairan infus RL</li> <li>- DJJ : 180x/menit</li> </ul>	Ketuban Pecah Sebelum Waktunya	Resiko Cedera pada janin

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir klien tampak kering</li> <li>- Diberikan induksi sudah 2 jam</li> <li>- Riwayat KPSW 30 Jam</li> </ul>		
--	--	--	--

**Post Sectio Caesarea**

Tabel 4.11 Analisa Data *Post Sectio Caesarea*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen bawah tertutup obsite.</li> <li>- Pemantauan setelah 6 jam post operasi</li> </ul> <p>P :Nyeri saat bergerak  Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut  R : Nyeri pada luka operasi bagian abdomen bawah  S : Skala nyeri sedang yaitu 6  T : Nyeri hilang timbul saat bergerak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemantauan setelah 6 jam post operasi</li> <li>- Klien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Gerakan tubuh pasien tampak berhati-hati dan terbatas</li> <li>- TD : 110/80 mmHg</li> </ul>	<p>Agen pencedera fisik (Luka operasi pada abdomen)</p>	<p>Nyeri</p>

	<p>N : 84x/menit RR : 22x/menit T : 36,0 °C</p>						
6.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan</li> <li>- Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri</li> <li>- Klien mengatakan tubuhnya terasa lemas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum klien lemah</li> <li>- Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">3333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">3333</td> </tr> </table>	3333	3333	3333	3333	Program perbatasan gerak	Gangguan mobilitas fisik
3333	3333						
3333	3333						
7.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kolostrum keluar</li> <li>- Klien tidak mampu memberikan kolostrum karena bayi langsung di observasi di ruang anak selama 10 jam</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi minum susu formula lactigen sebanyak 100 cc dalam 24 jam</li> </ul>	Hambatan pada neonatus (masih di ruang observasi)	Menyusui tidak efektif				

8.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang <math>\pm 10</math> cm</li> <li>- Luka tertutup obsite</li> <li>- Keadaan obsite bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi SC</li> <li>- Pemeriksaan Laboratorium 27 Juni 2023 Leukosit 12.800 uL</li> <li>- Riwayat KPSW 36 Jam</li> </ul>	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi
----	---	-----------------------	----------------

#### 4.1.7 Diagnosa keperawatan

##### *Pre sectio caesarea*

Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan *Pre Sectio Caesarea*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri berhubungan dengan adaptasi proses persalinan	26 Juni 2023	26 Juni 2023
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran belum pernah dioperasi sebelumnya	26 Juni 2023	26 Juni 2023
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	26 Juni 2023	26 Juni 2023
4.	Resiko cedera pada janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	26 Juni 2023	26 Juni 2023

##### *Post Sectio Caesarea*

Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
5.	Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)	26 Juni 2023	29 Juni 2023
6.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Program perbatasan gerak	26 Juni 2023	29 Juni 2023
7.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	26 Juni 2023	29 Juni 2023
8.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasaif	26 Juni 2023	29 Juni 2023

#### 4.1.8 Perencanaan Keperawatan

4.14 Tabel Rencana keperawatan pre SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil ( Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Intervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : <b>SLKI : Tingkat Nyeri L.08066</b> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	<b>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</b> Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik distraksi mobilisasi dini)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitas istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologis ( teknik mobilisasi dini saat post sc)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Tingkat Ansietas L.09093</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>SIKI : Persiapan Pembedahan I.14573</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, penyakit penyerta seperti DM, hipertensi, jantung , PPOK, asma,</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> </ol>	<p>pengetahuan tentang operasi, kesiapan psikologis)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG</li> <li>3. Monitor kadar gula darah</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah (mis. Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati)</li> <li>2. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan</li> <li>3. Bebaskan area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh</li> <li>4. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan</li> <li>5. Pastikan kelengkapan dokumen-dokumen pra operasi (mis. Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium)</li> <li>6. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis.kursi roda, tempat tidur)</li> </ol>
--	--	---	--

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi</li> <li>2. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi</li> <li>3. Latih teknik terapi mobilisasi dini</li> <li>4. Anjurkan menghentikan obat antikoagulan</li> <li>5. Ajarkan cara mandi dengan antiseptik</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik)</li> <li>2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien</li> <li>3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi</li> <li>4. Koordinasi dengan perawat kamar bedah</li> </ol>
--	--	--	---

3.	Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, integritas kulit dan jaringan nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Tingkat Infeksi L.14137</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kadar sel darah putih menurun</li> <li>2. Gelisah menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>SIKI : Perawatan Persalinan Resiko Tinggi L.14560</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kondisi umum</li> <li>2. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>3. Monitor kelainan tanda vital pada ibu dan janin</li> <li>4. Monitor denyut jantung janin</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukung orang terdekat mendampingi pasien</li> <li>2. Fasilitasi ibu pulih dari anestesi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Jelaskan karakteristik bayibaru lahir yang terkait dengan kelahiran beresiko tinggi (mis. Memar, dan tanda <i>forceps</i>)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dengan tim untuk <i>standby</i> (mis. Neonatologi, perawat intensif neonatal, anesthesiologi)</li> <li>2. Kolaborasi pemberian anestesi</li> </ol>
----	--	--	---

4.	Resiko cedera janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Tingkat Cedera L.14136</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian cedera menurun</li> <li>2. Tekanan darah membaik</li> <li>3. Frekuensi napas membaik</li> <li>4. Denyut Jantung Janin membaik</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>SIKI : Pemantauan Denyut Jantung Janin I.02055</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status obstetrik</li> <li>2. Identifikasi riwayat obstetrik</li> <li>3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok</li> <li>4. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya</li> <li>5. Periksa denyut janin selama 1 menit</li> <li>6. Monitor denyut jantung janin</li> <li>7. Monitor tanda vital ibu</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi pasien</li> <li>2. Lakukan <i>maneuver Leopold</i> untuk menentukan posisi janin</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan.</li> </ol>
----	---	---	---

4.15 Tabel Rencana Keperawatan Post SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil ( Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
5.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan luka operasi pada abdomen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	<b>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</b>  Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik mobilisasi dini)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitas istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik mobilisasi dini)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
6.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</b></p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas</li> </ol>	<p><b>SIKI : Dukungan Ambulasi I.06171</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> </ol>

		<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kecemasan menurun</li> <li>4. Kekuatan otot meningkat</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi</li> <li>4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk)</li> <li>2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>
7.	Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Status Menyusui L.03029</b></p>	<p><b>SIKI : Edukasi Menyusui I.12393</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetesan/pancaran ASI meningkat</li> <li>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat</li> <li>3. Kepercayaan diri ibu meningkat</li> <li>4. Suplai ASI adekuat meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>5. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan konseling menyusui</li> <li>2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li> <li>4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak</li> <li>5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</li> </ol>
8.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil :	<b>SIKI : Perawatan Pasca Seksio Sesaria I.14567</b> Observasi

		<p><b>SLKI : Tingkat Infeksi</b>  <b>L.14137</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan badan meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital ibu</li> <li>2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia)</li> <li>3. Monitor kondisi luka dan balutan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan</li> <li>2. Masase fundus sampai kontraksi kuat</li> <li>3. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini</li> <li>4. Berikan kenyamanan pada ibu</li> <li>5. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga</li> <li>2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin</li> <li>3. Ajarkan perawatan perenium atau kondisi luka secara tepat</li> <li>4. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (terapi distraksi mobilisasi dini)</li> </ol>
--	--	--	---

#### 4.1.9 Implementasi Keperawatan

Nama Klien : Ny.A  
 Umur : 16 tahun

Ruangan : Teratai  
 No.RM : 247803

#### *Pre Sectio Caesarea*

4.16 Tabel Implementasi keperawatan pre SC

Tanggal	No. Dp	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
Senin, 26 Juni 2023	1, 2	14.40	1. Mengukur TTV klien dan DJJ	1. TD : 110/70 mmHg N : 84 x/menit RR : 20 x/menit T : 36,6°C DJJ : 180x/menit	
	2	14.15	2. Mengidentifikasi keadaan umum pasien	2. Klien tampak meringis dan gelisah	
	3	15.10	3. Mengkaji riwayat persalinan saat ini	3. Pasien mengatakan kehamilannya berusia 35-36 minggu, mengalami ketuban merembes dengan berjarak 30 jam sejak kemarin pagi dan telah diberikan induksi RL drip oxytocin 1 amp 10 IU	
	4	15.10	4. Memberikan oksigen 4 liter/menit	4. Pasien merasa lebih rileks dan tenang, DJJ : 175x/menit	

	1	15.30	5. Mengidentifikasi lokasi, durasi karakteristik, dan kualitas intensitas nyeri.	5. Nyeri yang dirasakan terdapat pada bagian abdomen, nyeri hilang timbul dalam jangka 30 menit/sekali, skala nyeri sedang yaitu 4 seperti diremas-remas dan mules, nyeri timbul setelah air ketuban keluar sejak sore kemarin.	
	1	15.35	6. Mengobservasi reaksi klien terhadap rasa tidak nyaman	6. TD : 110/70 mmHg N : 84 x/menit RR : 20 x/menit T : 36,5°C	
	1,2	15.40	7. Menjelaskan kepada klien mengenai masalah yang akan timbul setelah operasi yaitu nyeri dan keterbatasan gerak sehingga cara menanganinya dengan melakukan mobilisasi dini	7. Klien mengerti dengan penjelasan yang diberikan	
	4	15.45	8. Memeriksa DJJ	8. DJJ : 174x/menit	
	2	16.00	9. Mengidentifikasi kembali tingkat cemas pasien serta menjelaskan kepada pasien tentang proses jalannya operasi.	9. Klien mengatakan takut dioperasi dan belum pernah dioperasi, klien mengatakan mengerti serta kooperatif untuk dilakukan operasi.	
	4	16.05	10. Memeriksa DJJ	10. DJJ : 151x/menit	
	3	16.15	11. Memberikan injeksi Ceftriaxone 10 mg	11. Klien tampak rileks	
	4	17.00	12. Memeriksa DJJ	12. DJJ : 148x/menit	
	4	17.00	13. Menanyakan pergerakan janin	13. Klien mengatakan janin bergerak aktif	

	2	18.30	14. Menganjurkan keluarga klien untuk mendampingi klien keruangan operasi dan menunggu diluar ruang operasi	14. Keluarga klien ikut mendampingi klien keruangan operasi dank klien tampak lebih rileks dan tenang	
--	---	-------	---	---	---

*Post Sectio Caesarea*

4.17 Tabel Implementasi keperawatan post SC

Tanggal	No. Dp	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
26-06-2023	1	22.00	1. Memeriksa tanda-tanda vital	1. TD :110/80 mmHg N :85x/menit RR :22x/menit T :36.8°C	
	4	22.05	2. Memberikan injeksi Kalnex 1 amp (1gr) melalui IV dan Vit K 1 amp (10 mg) Melalui IM	2. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
27-07-2023	1	03.00	3. - Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, dan faktor pencetus nyeri setelah 6 jam post operasi - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal - Menanyakan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri	3. - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi sampai pusat, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul saat bergerak dengan skala nyeri sedang yaitu 6 - Muka klien tampak meringis dan gelisah - Klien mengatakan nyeri muncul jika bergerak - Klien dan keluarga mengerti mengenai penyebab dan pemicu nyeri yang dirasakan klien - Klien setuju dilakukan mobilisasi dini	

	1,2	03.10	4. Mengajarkan dan mencontohkan cara mengurangi nyeri dengan terapi mobilisasi dini yaitu melakukan gerakan ROM aktif	4. Klien mengikuti instruksi dari perawat dan mengatakan lebih rileks serta kaki sudah bisa digerakkan,	
	1	05.15	5. Menganjurkan keluarga klien untuk mengurangi pengunjung	5. Keluarga klien membatasi kunjungan	
	1	10.20	6. Menganjurkan klien beristirahat dan tidur	6. Klien mengatakan saat tidur rasa nyeri berkurang	
	1	03.30	7. Memberikan obat pronalges supp 100 mg melalui anus	7. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	Bidan ruangan
	4	06.00	8. Memberikan obat Kalnex 1 amp (1 gr) melalui IV	8. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	Bidan ruangan
	4	06.00	9. Memberikan obat vit K 1 amp (5 ml) melalui IM	9. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	Bidan ruangan
	1	06.00	10. Memberikan obat inj Tramadol drip 1 amp (100 mg)	10. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	1	06.05	11. Menanyakan kembali apakah nyerinya masih ada setelah 10 jam	11. Klien mengatakan masih merasakan	

			operasi sc (karakteristik, frekuensi, skala, waktu, tempat nyeri)		
	1,2	06.05	12. Mengevaluasi terapi mobilisasi yang sebelumnya dilakukan	nyeri di area luka operasi, nyeri seperti tersayat-sayat, kualitas nyeri tajam, dengan skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul.	
	1,2	06.10	13. Mengajarkan dan membantu terapi mobilisasi dini setelah 10 jam operasi untuk mengurangi nyeri dan mencegah kekakuan dengan melakukan posisi miring kiri dan kanan	12. Klien mampu melakukan mobilisasi dini secara mandiri dan mengatakan tangan dan kakinya tidak lagi kaku	
	1	06.20	14. Memberikan obat pronalges supp 100 mg melalui anus	13. Klien mampu melakukan mobilisasi dini dengan dibantu oleh perawat dan keluarga, klien melakukannya dengan hati-hati dan merasa lebih rileks	
	4	06.25	15. Memeriksa pengeluaran lochea	14. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	4	06.25	16. Memeriksa tanda dan gejala infeksi	15. Lochea berwarna merah sebanyak 30cc	
	4	14.25	17. Memberikan obat Kalnex 1 amp (1gr) melalui IV	16. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi, tidak ada gatal, tertutup obsite kering	
	4	14.35	18. Memberikan obat vit K 1 amp (5	17. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
				18. Klien setuju diberikan obat dan tidak	

			ml) melalui IM		
	1	14.00	19. Memberikan obat inj Tramadol 1 amp (100 mg) drip RL	terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	 Bidan ruangan
	1,2	14.05	20. Menanyakan kembali terkait terapi mobilisasi yang dilakukan	19. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	1,2	14.05	21. Mengevaluasi terkait mobilisasi yang telah dilakukan	20. Klien menyatakan dapat melakukan mobilisasi secara mandiri dan dengan hati-hati	
	3	14.10	22. Menanyakan kepada klien mengenai kemampuan memberikan ASI	21. Klien mengatakan dapat melakukan mobilisasi secara mandiri	
	3	14.10	23. Membantu pasien memberikan ASI kepada bayi	22. Klien mengatakan masih belum terbiasa memberikan ASI kepada bayinya	
	3	14.15	24. Menganjurkan dan mengajarkan klien untuk melakukan perawatan payudara post partum	23. Klien mengatakan ASI nya belum banyak yang keluar sehingga bayi diberikan susu formula	
	1	19.55	25. Menanyakan kembali apakah nyerinya masih ada setelah 24 jam operasi sc (karakteristik, frekuensi, skala, waktu, tempat nyeri)	24. Klien mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya secara mandiri	
	1,2	20.00	26. Mengajarkan klien untuk melakukan mobilisasi dini post sc 24 jam dengan melakukan posisi	25. Klien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka operasi, nyeri seperti tersayat-sayat, kualitas nyeri tajam, dengan skala nyeri 5 dan nyeri hilang timbul.	
				26. Klien mampu melakukan mobilisasi	

			semi fowler untuk mengurangi nyeri dan mencegah kekakuan pada ibu	dini dengan dibantu oleh perawat dan keluarga dan mengatakan kaki dan tangannya sudah tidak kaku lagi, posisi supinasi	
--	--	--	---	--	--

Rabu, 28 Juni 2023	4	06.25	1. Memberikan obat inj kalnex 1 amp (1 gr) melalui IV	1. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	4	06.30	2. Memberikan obat Vit K 1 amp (5 ml) melalui IM	2. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	1	06.35	3. Memberikan obat inj Tramadol (100 mg) drip RL	3. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	1	12.00	4. Memberikan obat pronalges supp (100 mg)	4. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	1	14.00	5. Memeriksa Tanda-tanda vital klien	5. TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit R : 20x/menit	

	1	14.10	6. Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	T : 36,3°C 6. Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi seperti ditusuk-tusuk dan nyilu, skala nyeri 4 dan nyeri saat bergerak	
	1	14.10	7. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	7. Klien tampak meringisnya berkurang	
	1,2	14.15	8. Menanyakan keberhasilan terapi mobilisasi dini	8. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi tersebut jika nyeri timbul dari skala 6 menjadi skala nyeri 4 dan lebih rileks	
	1,2	14.20	9. Memantau tingkat mobilisasi dini yang telah dilakukan	9. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi mobilisasi secara bertahap dan dapat melakukannya secara mandiri	
	3	14.30	10. Menanyakan kepada klien mengenai pengeluaran ASI	10. Klien mengatakan ASI sudah mulai keluar namun belum terbiasa memberikan ASI kepada bayi	
	3	14.35	11. Mengingatkan klien untuk mengutamakan pemberian ASI dari pada susu formula dan mengingatkan klien untuk rutin membersihkan payudara	11. Klien mengatakan selalu rutin membersihkan payudara dan mencoba membiasakan untuk memberikan ASI kepada bayi	
	4	15.00	12. Memeriksa luka operasi dan memeriksa tanda-tanda infeksi	12. Tidak merasakan panas, tidak ada gatal, tertutup obsite kering	
	4	15.10	13. Memeriksa pengeluaran lochea	13. Lochea berwarna kemerahan	
	1	20.00	14. Menanyakan kembali kepada klien	14. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan tidak terlalu tajam,	

	1,2	20.00	mengenai nyeri yang dirasakan klien setelah 2 hari operasi sc	skala nyeri 3	
	1,2	20.10	15. Mengajarkan klien melakukan mobilisasi dini yaitu duduk secara mandiri dan pantau nyeri selama melakukan terapi	15. Klien mengatakan dapat melakukan pergerakan secara mandiri dan nyeri tidak terlalu terasa saat melakukan pergerakan	
	1	22.00	16. Mengingatkan klien dan keluarga untuk rutin melakukan pergerakan terapi	16. Klien mengatakan melakukan pergerakan secara mandiri dan rutin dengan dipantau oleh keluarga	
	4	22.00	17. Memberikan obat inj Tramadol (100 mg) drip RL	17. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	4	22.00	18. Memberikan obat inj kalnex 1 amp (1 gr) melalui IV	18. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	4	22.00	19. Memberikan obat Vit K 1 amp (5 ml) melalui IM	19. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	

**IMPLEMENTASI HARI KE-4**

Kamis, 29 Juni 2023	1	04.00	1. Memberikan obat pronalges supp 100 mg melalui anus	1. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat reaksi alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	1	06.00	2. Memberikan obat injeksi tramadol 100 mg drip RL	2. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat reaksi alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	4	06.25	3. Memberikan obat injeksi tranexa 1 amp (1 gr) melalui IV	3. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat reaksi alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	4	06.35	4. Memberikan obat injeksi Vit K 1 amp (5 ml) melalui IM	4. Klien setuju diberikan obat dan tidak terdapat reaksi alergi pada obat seperti panas, gatal, bengkak, pusing, dll	
	1	08.00	5. Memeriksa Tanda-tanda vital klien	5. TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit R : 20x/menit T : 36,0°C	
	1	08.10	6. Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	6. Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi seperti ditusuk-tusuk dan nyilu, skala nyeri 2 dan nyeri saat bergerak	
	1	08.20	7. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	7. Klien tampak meringis nya berkurang	
	1,2	08.22	8. Menanyakan keberhasilan terapi mobilisasi dini	8. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi tersebut jika nyeri timbul dari skala 6 menjadi skala nyeri 3 dan lebih	

	1,2	08.30	9. Mengingatkan klien untuk melakukan teknik mobilisasi dini	rileks 9. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi mobilisasi dini jika nyeri timbul.	
	3	08.40	10. Menanyakan mengenai pemberian ASI	10. Klien mengatakan ASI sudah keluar banyak dan bayi sudah diberikan ASI rutin setiap 2 jam sekali	
	3	08.40	11. Mengingatkan klien untuk rutin merawat dan membersihkan payudara	11. Klien mengatakan rutin membersihkan dan merawat payudara	
	1	09.00	12. Menanyakan kembali nyeri yang dirasakan klien setelah melakukan terapi hari ke 2	12. Klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri jarang timbul dan skala nyeri 2	
	1,2	09.15	13. Mengajarkan klien untuk melakukan terapi yaitu dengan ambulasi dini, dimulai dengan berdiri dan berjalan di sekitar area tempat tidur	13. Klien melakukan ambulasi secara bertahap dengan bantuan keluarga, klien mengatakan tidak pusing saat melakukan terapi, klien mampu duduk dan mampu berjalan ke kamar mandi	
	4	09.30	14. Memeriksa luka operasi klien dan tanda-tanda infeksi	14. Klien mengatakan tidak ada gatal, tidak ada rasa panas, tertutup obsite dengan keadaan kering	
	4	09.35	15. Mengedukasi klien untuk menjaga luka tetap bersih dan dalam keadaan kering di rumah	15. Klien mengerti dengan penjelasan yang diberikan	
	4	09.45	16. Memeriksa pengeluaran lochea	16. Lochea berwarna kemerahan	
	3	10.00	17. Menanyakan pemberian ASI	17. Klien mengatakan ASI sudah banyak keluar dan telah diberikan kepada kepada bayi dengan posisi yang telah benar.	

	3	10.00	18. Mengingatkan klien untuk menjaga kebersihan payudara	18. Klien mengatakan selalu menjaga kebersihan payudara	
	1	10.45	19. Menanyakan kembali rasa nyeri yang dirasakan setelah 3 hari operasi dan dilakukan ambulasi	19. Klien mengatakan dapat melakukan ambulasi secara bertahap dan nyeri mulai berkurang dengan skala nyeri 2	
	4	10.45	20. Mengingatkan klien untuk melakukan kontrol ulang ke bidan atau ke rumah sakit pada hari sabtu, 1 Juli 2023 jika terdapat keluhan.	20. Klien mengerti dan akan melakukan kontrol ulang jika terdapat keluhan	
		11.00	21. Mengantarkan pasien pulang	21. Klien pulang dan berterimakasih	

#### 4.1.10 Evaluasi

Nama Klien : Ny.A

Ruangan : Teratai

Umur : 16 tahun

No.RM : 247803

Diagnosa : Pre dan Post SC

#### *Pre Sectio Caesarea*

#### 4.18 Evaluasi Keperawatan Pre Sectio Caesarea

No	Tanggal	No.DP	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Senin, 26 Juni 2023	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik	18.50 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri timbul setelah air ketuban keluar sejak pagi kemarin. - Klien mengeluh nyeri bagian perut menjalar ke pinggang sejak sore kemarin P : Nyeri akibat kontraksi Q : Nyeri seperti diremas-remas dan mules R : Nyeri diperut menjalar ke pinggang S : Skala nyeri sedang yaitu 4 T : Hilang timbul 30 menit/sekali  O : - Klien tampak meringis dan gelisah - TTV - TD : 110/70 mmHg N : 84 x/menit	

				<p>RR : 20 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					✓	2.	Meringis menurun				✓		3.	Gelisah menurun			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri, menurun					✓																											
2.	Meringis menurun				✓																												
3.	Gelisah menurun			✓																													
2	Senin, 26 Juni 2023	Ansietas berhubungan dengan belum pernah dioperasi sebelumnya	18.50 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan khawatir dengan keselamatan diri dan janinnya</li> <li>- Klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana prosedur dari tindakan operasi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- N : 84x/menit</li> <li>RR : 20x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perilaku tegang, menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun		✓				2.	Perilaku tegang, menurun			✓			3.	Gelisah menurun			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun		✓																														
2.	Perilaku tegang, menurun			✓																													
3.	Gelisah menurun			✓																													

3	Senin, 26 Juni 2023	Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	18.50 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh air ketuban merembes sejak pagi</li> <li>- Klien mengatakan air ketuban merembes secara tiba-tiba bewarna keruh tanpa rasa nyeri</li> <li>- Pengeluaran air ketuban tanpa kontraksi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembukaan sempit tidak maju-maju dengan pembukaan 2cm</li> <li>- Leukosit 9.000 uL</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="936 639 1744 794"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Nyeri			✓			2.	Gelisah			✓			3.	Kadar sel darah putih				✓		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Nyeri			✓																													
2.	Gelisah			✓																													
3.	Kadar sel darah putih				✓																												
4	Selasa, 12 April 2022	Resiko cedera pada janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	10.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehamilan aterm 35-36 minggu</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak pucat</li> <li>- Ny.A telah diberikan obat perangsang oksitoksin pada cairan RL</li> <li>- Jarak pembukaan tidak maju-maju 2cm</li> <li>- Riwayat KPSW 10 jam</li> <li>- Denyut Jantung Janin 148x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="936 1238 1744 1350"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kejadian cedera, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kejadian cedera, menurun				✓																
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kejadian cedera, menurun				✓																												

				2.	Tekanan darah membaik				✓		
				3.	Frekuensi nadi membaik			✓			
P : Intervensi dihentikan, pasien dibawa ke ruang operasi											

**Post Sectio Caesarea**

4.19 Evaluasi Keperawatan Post Sectio Caesarea

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
5	Selasa 27 Juni 2023	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)	20.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi</li> </ul> <p>P : Nyeri saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut</p> <p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup obsite keadaan obsite kering dan bersih</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu skala 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas</li> <li>- TTV</li> <li>- TD : 110/80 mmHg</li> <li>- N : 84 x/menit</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- T : 36,0°C</li> </ul>	

				<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan nomor observasi 1,2,3,4,8,9, terapeutik 1,4, edukasi 1,2,3, kolaborasi 1</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri			✓			2.	Meringis			✓			3.	Gelisah				✓																				
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																													
1.	Keluhan nyeri			✓																																															
2.	Meringis			✓																																															
3.	Gelisah				✓																																														
6	Selasa, 27 Juni 2023	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak	20.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan terutama dibagian kaki dan perut</li> <li>- Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas</li> <li>- Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas</li> <li>- Klien sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">4444</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">3333</td> <td>3333</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	4444	4444	3333	3333	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,		✓				2.	Nyeri		✓				3.	Kecemasan			✓			4.	Kelemahan fisik		✓				5.	Gerakan terbatas		✓				
4444	4444																																																		
3333	3333																																																		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																													
1.	Pergerakan ekstremitas,		✓																																																
2.	Nyeri		✓																																																
3.	Kecemasan			✓																																															
4.	Kelemahan fisik		✓																																																
5.	Gerakan terbatas		✓																																																

				P : Intervensi Dilanjutkan nomor observasi 1,2,4, terapeutik 2, 3, edukasi 1,2,3																													
7	Selasa, 27 Juni 2023	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplasi ASI	20.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan cemas karena tidak bisa memberikan ASI eksklusif pada</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ASI tidak keluar</li> <li>- Klien tampak khawatir dalam kondisinya sekarang tidak bisa memberikan ASI eksklusif pada bayinya</li> <li>- Bayi diberikan susu formula lavtogen 100 cc dalam 24 jam</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tetsan/pancaran ASI</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kepercayaan diri ibu</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Suplasi ASI adekuat meningkat</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan nomor observasi 2, terapeutik 4,5, edukasi 2, 3, 4,5</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Tetsan/pancaran ASI	✓					2.	Kepercayaan diri ibu			✓			3.	Suplasi ASI adekuat meningkat	✓					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Tetsan/pancaran ASI	✓																															
2.	Kepercayaan diri ibu			✓																													
3.	Suplasi ASI adekuat meningkat	✓																															
8	Selasa, 27 Juni 2023	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	20.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm</li> <li>- Luka tertutup opsite</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi</li> </ul>																													

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan laboratorium tanggal 27 Juni 2023 Hb : 13, 6g/dL dan Leukosit 12.800 uL</li> <li>- Kontraksi uterus keras, TFU 1 cm dibawah pusat</li> <li>- Pengeluaran lokhea sebanyak 300 cc</li> <li>- Riwayat KPSW 36 jam</li> <li>- Suhu : 36,0 °C</li> <li>- Nadi : 84x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomor observasi 1,2,3 terapeutik 3, 4,5, edukasi 1,3,4</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan		✓				2.	Nyeri		✓				3.	Kadar sel darah putih	✓					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kebersihan badan		✓																														
2.	Nyeri		✓																														
3.	Kadar sel darah putih	✓																															
<b>EVALUASI HARI KE-2</b>																																	
5	Rabu, 28 Juni 2023	Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik ( luka operasi pada abdomen)	20.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang pada daerah luka operasi</li> </ul> <p>P : Nyeri saat bergerak aktif</p> <p>Q : Nyeri berdenyut-denyut</p> <p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup obsite keadaan obsite kering dan bersih</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu skala 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri</li> </ul>																													

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas</li> <li>- TTV</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- N : 82 x/menit</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- T : 36,6°C</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4,8,9, terapeutik 1,4, edukasi 1,2,3, kolaborasi 1</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri				✓		2.	Meringis				✓		3.	Gelisah					✓	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri				✓																												
2.	Meringis				✓																												
3.	Gelisah					✓																											
6	Rabu, 28 Juni 2023	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak	20.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa miring kanan miring kiri, duduk secara mandiri</li> <li>- Klien mengatakan sedang belajar untuk berdiri dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas</li> <li>- Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>5555</td> <td> </td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td> </td> <td>4444</td> </tr> </table>	5555		5555	4444		4444																							
5555		5555																															
4444		4444																															

				<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan nomor observasi 1,2,4, terapeutik 2, 3, edukasi 1,2,3</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,				✓		2.	Nyeri				✓		3.	Kecemasan				✓		4.	Kelemahan fisik					✓	5.	Gerakan terbatas				✓		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																									
1.	Pergerakan ekstremitas,				✓																																										
2.	Nyeri				✓																																										
3.	Kecemasan				✓																																										
4.	Kelemahan fisik					✓																																									
5.	Gerakan terbatas				✓																																										
7	Rabu, 28 Juni 2023	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplasi ASI	14..00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ASI sudah keluar tapi sedikit</li> <li>- Klien mengatakan melakukan tindakan merangsang ASI dengan cara pompa tapi hanya sedikit ASI yang keluar</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa menyusui tapi dibantu dengan susu formula</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ASI keluar hanya sedikit</li> <li>- Bayi diberikan ASI</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tetsan/pancaran ASI</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kepercayaan diri ibu</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Suplasi ASI adekuat meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan nomor observasi 2, terapeutik 4,5, edukasi 2, 3, 4,5</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Tetsan/pancaran ASI			✓			2.	Kepercayaan diri ibu					✓	3.	Suplasi ASI adekuat meningkat			✓																	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																									
1.	Tetsan/pancaran ASI			✓																																											
2.	Kepercayaan diri ibu					✓																																									
3.	Suplasi ASI adekuat meningkat			✓																																											

8	Rabu, 28 Juni 2023	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	14.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm</li> <li>- Luka tertutup opsite</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi</li> <li>- Suhu : 36,6°C</li> <li>- Nadi : 82x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="1032 746 1818 903"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomor observasi 1,2,3 terapeutik 3, 4,5, edukasi 1,3,4</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan				✓		2.	Nyeri				✓		3.	Kadar sel darah putih	✓					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kebersihan badan				✓																												
2.	Nyeri				✓																												
3.	Kadar sel darah putih	✓																															
<b>EVALUASI HARI KE-4</b>																																	
5	Kamis, 29 Juni 2023		11.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif</li> <li>- Klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan</li> </ul> <p>P : Nyeri timbul pada saat bergerak aktif</p> <p>Q : Nyeri seperti nyilu</p>																													

				<p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup obsite keadaan obsite bersih dan kering</p> <p>S : Skala nyeri ringan yaitu 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri</li> <li>- Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 120/80 mmHg N : 85x/menit RR : 20x/menit T : 36,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					✓	2.	Meringis menurun					✓	3.	Gelisah menurun					✓	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri, menurun					✓																											
2.	Meringis menurun					✓																											
3.	Gelisah menurun					✓																											
6	Kamis, 29 Juni 2023	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak	11.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet secara mandiri</li> <li>- Klien mengatakan aktivitas yang berat masih dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas</li> <li>- Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas</li> </ul>																													

				<p>- Kekuatan otot</p> <p><u>5555</u>   <u>5555</u></p> <p><u>5555</u>   <u>5555</u></p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,					✓	2.	Nyeri				✓		3.	Kecemasan					✓	4.	Kelemahan fisik					✓	5.	Gerakan terbatas					✓	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																									
1.	Pergerakan ekstremitas,					✓																																									
2.	Nyeri				✓																																										
3.	Kecemasan					✓																																									
4.	Kelemahan fisik					✓																																									
5.	Gerakan terbatas					✓																																									
7	Kamis, 29 Juni 2023	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplasi ASI	11..00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ASI sudah lancar</li> <li>- Klien mengatakan selalu merangsang ASI dan membersihkan payudara secara rutin serta di lengkapi dengan mengkonsumsi sayur sayuran seperti bayam dan daun katuk</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa menyusui tapi dibantu dengan susu formula</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ASI keluar sudah lancar</li> <li>- Bayi diberikan ASI</li> </ul>																																											

				<p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tetsan/pancaran ASI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kepercayaan diri ibu</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Suplasi ASI adekuat meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Tetsan/pancaran ASI					✓	2.	Kepercayaan diri ibu					✓	3.	Suplasi ASI adekuat meningkat				✓		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Tetsan/pancaran ASI					✓																											
2.	Kepercayaan diri ibu					✓																											
3.	Suplasi ASI adekuat meningkat				✓																												
8	Kamis, 29 Juni 2023	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	11.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm</li> <li>- Luka tertutup opsite</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi</li> <li>- Suhu : 36,5°C</li> <li>- Nadi : 82x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan				✓		2.	Nyeri				✓		3.	Kadar sel darah putih			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kebersihan badan				✓																												
2.	Nyeri				✓																												
3.	Kadar sel darah putih			✓																													

#### 4.1.11 Ringkasan Keluar (Klien Pulang)

Nama Pasien	: Ny. E	
Umur	: 16 tahun	
Jenis Kelamin	: Perempuan	
Tempat praktek	: Ruang Teratai	
No. RM	: 247803	
Tanggal Masuk	: 26 Juni 2023	Pukul : 14.40 WIB
Tanggal Pulang	: 29 Juni 2023	Pukul : 11.00 WIB
Diagnosa Medis	: G1P0A0 + Post SC Indikasi KPSW	
Keadaan pasien pulang	: Keadaan sudah membaik	
	Tanda-Tanda Vital :	
	TD : 110/70 mmHg	
	RR : 20 x/menit	
	HR : 81x/menit	
	S : 36,5°C	
	Pendidikan kesehatan :	
	1. Mengajarkan klien melakukan teknik mobilisasi dini secara mandiri jika nyeri timbul.	
	2. Mengajarkan makan yang banyak mengandung protein seperti makan	

telur 4 butir dan ikan gabus setiap harinya. (Jurnal Kesehatan Al-Irsyad Volume 16, Nomor 1, Maret 2023)

3. Menganjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih selama di rumah
4. Klien mengontrol luka pada hari Sabtu, 01 Juli 2023

Obat yang dibawa pulang : Tidak ada

Jadwal control poli KIA : Sabtu, 01 Juli 2023

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Setelah diberikan perawatan pada Ny. A dengan diagnosis sebelum dan sesudah operasi caesar dengan indikasi ketuban pecah sebelum waktunya. Penerapan perawatan kesehatan untuk ibu sebelum dan sesudah operasi caesar dengan indikasi ketuban pecah sebelum waktunya diberikan secara menyeluruh menggunakan proses pendekatan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi terutama dengan menerapkan teknik mobilisasi dini dan evaluasi keperawatan pada Ny A dengan ketuban pecah sebelum waktunya dari tanggal 26 Juni 2023 sampai tanggal 29 Juni 2023 untuk mendapatkan kesimpulan dan pemecahan masalah. Dengan demikian, penulis akan membandingkan teori dan hasil praktik di Ny. A dengan sebelum dan sesudah operasi caesar indikasi ketuban pecah sebelum waktunya di RSUD sebagai berikut :

#### **5.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan langkah yang paling menentukan untuk langkah selanjutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Pada saat pre dan post operasi caesar, keluhannya adalah saat ibu mencapai usia kehamilan 38-40 minggu dengan atau tanpa komplikasi. Adanya keluhan atau yang berkaitan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan selama pengkajian, seperti nyeri yang dirasakan oleh kontraksi (Baradero 2017).

Pada pengkajian data nyeri diungkapkan dengan PQRST, P= Provokate/faktor pencetus timbulnya nyeri, Q= Quality/kualitas yang diungkapkan oleh pasien. R= Region/lokasi dirasakan nyeri, S= Saver/tingkat keparahan biasanya digambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, sedang atau berat dan T= Timing/seberapa sering nyeri dirasakan. Pengukuran skala nyeri dapat menggunakan alat ukur NRS (*Numeric Rating Scale*). (Nanda International, 2017)

Pada kasus Ny.A dengan Pre *Sectio Caesarea* Indikasi Ketuban Pecah Sebelum Waktunya dilakukan pengkajian pada hari Selasa 26 Juni 2023 pukul 15.10 WIB dengan metode wawancara, saat pengkajian ditemukan beberapa data yang ada pada klien. G1P0A0 dengan keluhan air ketuban merembes secara tiba-tiba bewarna keruh tanpa rasa nyeri pengeluaran tanpa kontraksi, terhitung jarak KPSW selama 30 jam dan akan dilakukan proses persalinan dengan cara *Sectio Caesarea*. Nyeri timbul setelah diberikan induksi selama 2 jam. Ny.A mengeluh nyeri bagian perut menjalar ke pinggang seperti diremas-remas dan mules, keluar air-air merembes secara tiba-tiba bewarna keruh terhitung sudah 30 jam dengan aterm 35-36 minggu, klien tampak gelisah dan cemas. Pada nyeri didapatkan data P: kontraksi, Q: mules, R: perut belakang menjalar ke paha, S: 4, T: hilang timbul per 30 menit dan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu didapatkan TD: 110/70 mmHg, N: 84x/menit, RR: 20x/menit, T:36,0°C serta denyut jantung janin 180x/menit. Berdasarkan data yang didapatkan pada Ny.A, hasil data tidak sejalan dengan teori oleh Baradero (2017) karena ada perbedaan pada nyeri yang dirasakan klien, klien tidak

merasakan nyeri saat dilakukan pengkajian namun nyeri timbul setelah diberikan induksi dikarenakan tidak adanya perkembangan kontraksi yang dirasakan pada klien.

Pada *post SC* meliputi keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan disebabkan oleh terputusnya kontinuitas jaringan, bagaimana pengeluaran lochea, bagaimana keadaan luka insisi abdomennya (Baradero 2017). Saat *post sectio caesarea*, penulis langsung melakukan observasi keadaan umum klien. Klien tampak lemas masih dalam kondisi efek dari anestesi yaitu pasien merasakan pusing serta kelelahan, terdapat luka post operasi *sectio caesarea* dengan panjang 10 cm berbentuk vertikal dibagian abdomen bawah, tertutup obsite dengan keadaan kering, pada bagian ekstremitas pergerakan terbatas dikarenakan adanya program perbatasan gerak. Post *sectio caesarea* setelah 6 jam diruang maternitas klien mengeluh nyeri pada luka post operasi dibagian abdomen bawah dengan data P: luka operasi, Q: seperti disayat-sayat, R: area luka operasi, S: 6, T: hilang timbul, bayi dirawat diruang mawar selama 10 jam dan ibu tidak mampu memberikan kolostrum kepada bayi, tidak terdapat gatal dan panas pada area luka operasi, pengeluaran lochea berwarna merah. Berdasarkan data yang didapatkan pada Ny.A, hasil data sejalan dengan teori karena adanya rasa nyeri yang dirasakan, sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Santiasari dkk, (2021) dimana pada pasien *post SC* 6 jam pertama akan merasakan nyeri.

## 5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori saat menegakkan diagnosis kemungkinan pada pasien sebelum dan sesudah operasi caesar yaitu (SDKI DPP PPNI, 2017): Pada saat pre sc, diagnosis yang mungkin adalah 1). Nyeri yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, 2). Ansietas berhubungan dengan khawatir mengalami kegagalan, 3). Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini, 4). Risiko cedera pada janin berhubungan dengan ketuban pecah dini. Sedangkan setelah operasi caesar, diagnosa yang dapat muncul seperti 1). Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada perut), 2). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak, 3). Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI, 4). Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Hasil analisis data untuk pengkajian diagnosa keperawatan semuanya sesuai dengan teori. 4 diagnosa keperawatan sebelum sectio caesarea, 1) Nyeri berhubungan dengan adaptasi persalinan. 2). Ansietas berhubungan dengan Belum pernah operasi sebelumnya, 3). Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. 4). Risiko cedera pada janin akibat ketuban pecah dini. Diagnosa Keperawatan post sectio caesarea 4, 1). Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bedah abdomen) 2). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak. 3) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. 4) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka pasca operasi dan kontraksi uterus).

### **5.3 Rencana tindakan keperawatan**

Tahap ketiga dalam proses keperawatan ialah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada disusun saat semua data terkumpul selesai dianalisis serta diprioritaskan. Langkah-langkah di perencanaan keperawatan terdiri dari : menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran serta tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.(SIKI DPP PPN, 2018)

Rencana perawatan yang ada di teori yang telah disusun tidak semuanya dapat diterapkan dalam rencana asuhan keperawatan sebab penulis menyamakan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang tersedia di RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Dalam diagnosis pre sectio caesarea indikasi KPSW nyeri berhubungan dengan agen penyebab fisik, penulis melakukan rencana tindakan keperawatan berupa teknik mobilisasi dini supaya klien lebih rileks serta bisa secara perlahan beradaptasi dengan nyeri. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, penulis melakukan tindakan keperawatan berupa membina hubungan saling percaya dengan pasien serta keluarga dan memberikan informasi mengenai prosedur operasi sectio caesarea dan melakukan teknik distraksi mobilisasi dini. Pristahayuningtyas (2016) menyatakan bahwa mobilisasi dini memiliki peranan penting untuk mengurangi rasa nyeri dengan mengalihkan perhatian pasien di lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi zat kimia dalam proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri dan mengurangi transmisi sinyal nyeri ke pusat saraf. Diagnosa resiko infeksi berhubungan

dengan ketuban pecah dini maka penulis melakukan tindakan keperawatan antara lain berkoordinasi dengan petugas laboratorium dalam pemeriksaan leukosit, hemoglobin, faktor leukosit, diff count, trombosit. Diagnosa risiko cedera janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya, penulis melakukan prosedur keperawatan yang meliputi identifikasi pemeriksaan sebelumnya dan pemantauan riwayat kebidanan detak jantung janin setiap 15 menit.

Post *sectio caesarea*, penulis akan memberikan implementasi pereda nyeri dengan pemantauan nyeri dan skala nyeri, mengajarkan teknik mobilisasi dini sebagai pereda nyeri, secara teori teknik mobilisasi dini dilakukan sebanyak 3 hari berturut-turut pada pasien post operasi *Sectio Caesarea* dapat menurunkan tingkat nyeri dari skala 6 menjadi skala 2 (Monasantika, 2021). Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik memantau adanya keterbatasan dalam melakukan pergerakan dan mengajarkan mobilisasi. Diagnosa menyusui tidak efektif memeriksa keadaan payudara klien, mengajarkan dan menganjurkan klien untuk perawatan payudara post partum. Diagnosa risiko infeksi, tentukan keadaan umum klien dan kondisi luka pasca operasi, jelaskan pada klien tanda-tanda infeksi, dan berikan obat pencegah infeksi.

#### **5.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan sang perawat juga tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta persoalan kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun pada rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara independen serta bekerja sama dengan staf kesehatan lainnya. Sebelum melaksanakan tindakan, perlu dilakukan peninjauan balik terhadap kondisi dan kebutuhan klien dengan mengacu di diagnosis keperawatan. Tindakan keperawatan yang sudah direncanakan tidak semuanya dapat dilakukan sendiri oleh penulis, sehingga perlu bekerja sama dengan perawat di ruangan. Ketika tidak berada di ruangan, penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien, catatan ruangan, catatan dokter, serta berkomunikasi dengan perawat yang sedang bertugas

Hasil penelitian yang dilakukan Santiasari dkk, (2021) Study kasus pada 2 pasien post sectio caesarea yang dirawat selama tiga hari. sehingga didapatkan diagnosa prioritas nyeri akut. ada penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2 pada waktu tiga hari serta pasien bisa beraktivitas, skala nyeri diidentifikasi menggunakan alat ukur skala nyeri Numeric Rating Scale. Maka bisa disimpulkan bahwa mobilisasi dini bisa menurunkan skala nyeri serta menaikkan toleransi terhadap nyeri dalam masalah nyeri akut post SC.

Dalam Implementasi utama menurunkan skala nyeri Post Sectio Caesarea menggunakan cara terapi mobilisasi dini yang dimana dilakukan penulis secara mandiri serta dibantu keluarga agar selalu mengingatkan klien melakukan mobilisasi dini selama tiga hari. Teknik mobilisasi dini yang dilakukan dimulai saat 6 jam setelah operasi dengan mengkaji terlebih dahulu skala nyeri klien dengan menggunakan NRS, sebelum dilakukan tindakan mobilisasi dini didapatkan hasil bahwa Ny.A merasakan nyeri dengan skala

nyeri 6 dan setelah ditinjau klien dapat diberikan tindakan mobilisasi dini berupa ROM aktif selama 30 detik pada setiap gerakan pada ekstremitas dan diulang sebanyak 5-10 kali. Setelah dilakukan tindakan tersebut maka dikaji kembali skala nyeri yang dirasakan klien setelah diberikan implementasi mobilisasi dini dan klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan masih skala nyeri 6.

Pada 6-10 jam post sc maka dikaji dilakukan kembali mobilisasi dini yang berikutnya yaitu miring kiri dan kanan dimana klien tidak dapat melakukannya sendiri maka pada gerakan ini klien didampingi oleh perawat dan keluarga. Gerakan mobilisasi dini miring kanan dan kiri dilakukan selama 1 menit dengan diulang setiap 2 jam sekali, setelah dilakukan tindakan maka skala nyeri dikaji kembali pada 24 jam post sc dan didapatkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 5. Setelah 24 jam post sc maka dilanjutkan kembali dengan mobilisasi dini yaitu memposisikan klien dengan posisi semi fowler 30-40° secara perlahan dilakukan selama 1-2 jam sambil mengobservasi apakah klien pusing atau tidak. Setelah dilakukan tindakan tersebut, pada 2 hari post sc maka dikaji kembali skala nyeri yang dirasakan klien dan didapatkan data bahwa skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3. Pada 2 hari post sc maka mobilisasi yang diberikan yaitu latihan duduk secara mandiri, pada awal tindakan klien tidak mampu melakukan secara mandiri namun setelah diulang setiap 4 jam klien mampu melakukan duduk secara mandiri tanpa adanya rasa pusing, pada pemeriksaan post mobilisasi dini didapatkan data skala nyeri

yang klien rasakan yaitu skala nyeri 3, maka dilanjutkan untuk latihan mobilisasi berikutnya.

Setelah 3 hari post sc dan didapatkan data skala nyeri klien 3 maka mobilisasi ini dilanjutkan dengan melakukan latihan berjalan di sekitar tempat tidur dan diulang sebanyak 3 kali. Klien mampu melakukan tindakan tersebut dan mengatakan tidak adanya keluhan pusing. Tindakan tersebut dilakukan sampai pasien pulang dan setelah dilakukan tindakan maka dikaji kembali skala nyeri yang dirasakan klien dan didapatkan data bahwa skala nyeri yang dirasakan klien adalah skala nyeri 2. Hal ini sejalan dengan teori penelitian yang dilakukan oleh Santiasari dkk, (2021) dimana setelah dilakukan mobilisasi dini dan didapatkan data bahwa skala nyeri klien menurun dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 2.

### **5.5 Evaluasi keperawatan**

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi ialah suatu tahapan keperawatan mengukur respons pasien terhadap tindakan perawatan serta kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi adalah langkah akhir dari tahapan perawatan yang dipergunakan menjadi alat dalam mengukur taraf keberhasilan rencana perawatan guna memenuhi kebutuhan pasien sesuai kriteria hasil yang diharapkan. Evaluasi perawatan dibagi menjadi formatif serta sumatif.

Evaluasi yang dilakukan sudah sinkron dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari semua tindakan pada satu diagnosis yang penulis berikan dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Planning). Sesuai dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan di Ny. A dengan pre dan post

SC dengan indikasi KPSW menggunakan 8 diagnosis keperawatan, yaitu 4 diagnosis pre SC bisa teratasi di tanggal 26 Juni 2023 serta 4 diagnosis keperawatan post SC teratasi di tanggal 29 Juni 2023

Pada diagnosis nyeri berhubungan dengan luka operasi pada abdomen dengan hasilnya pasien mengatakan masih merasakan nyeri ketika bergerak terlalu aktif saja, pasien mengatakan nyeri telah berkurang dirasakan dengan skala nyeri ringan yaitu 2. Diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan data subjektifnya pasien mengatakan tubuhnya sudah enakan, pasien berkata telah mampu berjalan, pasien mengatakan bisa melakukan kegiatan secara mandiri. Pada diagnosis menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dengan pasien mengatakan ASI telah keluar, pasien melakukan tindakan pompa namun hanya sedikit ASI yang keluar, pasien mengatakan telah mampu menyusui bayinya tetapi Jika bayinya masih merasa lapar pasien memberikan susu formula. Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, klien mengatakan kondisi luka kering pada bagian luka post SC yang tertutup obsite serta klien mengatakan tak menggigil, klien mengatakan tak sakit kepala.

Seusai melihat perkembangan klien, dokter menetapkan untuk klien dirawat jalan serta akhirnya klien pulang di hari Kamis, 29 Juni 2023 pukul 11.00 WIB.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.A dengan pre dan post *sectio caesarea* diruang rawat inap teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong maka penulis menyimpulkan bahwa :

##### a. Pengkajian

Pengkajian dapat dilakukan pada Ny.A dengan mengatakan bahwa kehamilan ini bukan kehamilan yang direncanakan karena klien merupakan korban pelecehan, usia kehamilan 35-36 minggu. Klien mengeluh air ketuban merembes sejak 30 jam yang lalu tanpa adanya nyeri, setelah dipasang infus RL dan drip oksitoksin induksi selama 2 jam klien mengatakan nyeri bagian perut menjalar ke pinggang seperti diremas-remas dan mules. Klien mengatakan khawatir akan keselamatan dirinya, klien belum mengetahui bagaimana prosedur dari tindakan operasi, klien mengatakan badan terasa lemah dan lelah serta klien tampak pucat.

Setelah 6 jam post SC klien mengeluh nyeri pada luka post operasi dibagian abdomen bawah, horizontal 10 cm, tirah baring belum melakukan ROM. Klien tampak meringis menahan nyeri, gerakan tubuh pasien tampak berhati-hati dan terbatas. Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan, tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, tubuhnya terasa lemas. Klien mengatakan kolostrum keluar, klien tidak

mampu memberikan ASI karena bayi diobeservasi 10 jam diruang mawar. Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka, dengan panjang  $\pm 10$  cm, luka tertutup obsite dengan keadaan bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi SC.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Pre dan post *sectio caesarea* yaitu 8 diagnosa keperawatan, 1) Nyeri berhubungan dengan adaptasi proses persalinan. 2). Ansietas berhubungan dengan belum pernah melakukan operasi 3). Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. 4). Resiko cedera pada janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. 5). Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen) 6). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak. 7) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. 8) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka post operasi dan proses involusi uterus).

c. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang akan dilakukan memiliki tujuan untuk menurunkan rasa nyeri klien saat melakukan pergerakan, meningkatkan mobilitas fisik, meningkatkan pergerakan ekstremitas dan kekuatan otot klien, mengajarkan klien cara pemberian ASI dengan benar, meningkatkan kemampuan ibu dalam memposisikan bayi yang benar, serta menurunkan faktor resiko infeksi seperti demam,

kemerahan, nyeri dan bengkak.

d. Implementasi

Implementasi mobilisasi dini yang diberikan pada klien yaitu pada saat post operasi SC 6 jam pertama dengan gerakan ROM aktif lalu dilanjutkan pada 10 jam post operasi SC dengan mengajarkan klien untuk miring kiri dan kanan. Pada saat 24 jam post Sc klien diajarkan untuk duduk dengan posisi semi fowler dan dilanjutkan pada 2 hari post SC klien diajarkan untuk duduk secara perlahan dengan posisi 90°. Pada saat 3 hari post SC klien diajarkan untuk ambulasi dini yaitu turun dari tempat tidur dan berjalan disekitar tempat tidur lalu berjalan ke kamar mandi.

e. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien selama 4 hari perawatan dirumah sakit, mulai dari tanggal 26 Juni 2023 sampai tanggal 29 Juni 2023 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Semua rencana tindakan telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Pre operasi diagnosa, nyeri, ansietas, resiko infeksi dan resiko cedera pada janin teratasi selama 4 jam 26 Juni 2023. 4 diagnosa post operasi teratasi pada tanggal 29 Juni 2023 dengan keluhan nyeri berkurang, aktivitas dan latihan klien sudah mandiri, untuk frekuensi susu formula sudah berkurang di berikan 100cc dalam 24 jam. Mengajarkan klien untuk melakukan perawat di rumah, menganjurkan klien datang ke poli KIA untuk ganti verban.

## 6.2 Saran

### 1. Bagi klien

Klien dapat melakukan perawatan secara mandiri dirumah yaitu dapat melakukan mobilisasi dini secara mandiri serta mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

### 2. Bagi perawat

Perawat dapat memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien *pre* dan *post Sectio Caesarea*, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit

### 3. Bagi institusi

#### a) Rumah Sakit

Agar teknik mobilisasi dini dapat dilakukan oleh semua perawat di ruangan Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong untuk mengurangi nyeri *post Sectio Caesarea* sesuai dengan SOP yang berlaku.

#### b) Pendidikan

Penulis mengharapkan institusi pendidikan dapat menyediakan sumber-sumber buku ataupun jurnal khususnya untuk materi tentang *pre* dan *post Sectio Caesarea* dengan terapi mobilisasi dini lebih lengkap lagi dan menyediakan buku dengan terbitan tahun yang terbaru.

## DAFTAR PUSTAKA

- A. Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing.
- Aspiani, Reni Yuli. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Atik, Syiska, Jenie Palupi, and Yunita Sari. 2019. "Gambaran Derajat Asfiksia Neonatorum Pada Persalinan." 01(1): 13–20
- Ayuningtyas, Dumilah, Ratih Oktarina<sup>1</sup>, Misnaniarti, Ni Nyoman Dwi Sutrisnawati. (2018). *Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis*. Jurnal MKMI, Vol. 14 No. 1, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Dumilah. (2018). *Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea*. Diakses pada tanggal 26 April 2023, dari [https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as\\_sdt=0%2C5&q=etika+kesehatan+pada+persalinan+melalui+sectio+caesarea&btnG=#d=gs\\_qabs&t=1652007289521&u=%23p%3DfuJaGovXpRAJ](https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=etika+kesehatan+pada+persalinan+melalui+sectio+caesarea&btnG=#d=gs_qabs&t=1652007289521&u=%23p%3DfuJaGovXpRAJ)
- Ferinawati, & Hartati, R. (2019). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea Dengan Penyembuhan Luka Operasi di RSUD Avicenna Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 5, 318–329.
- HIPKABI. (2014). *Buku keterampilan dasar bagi perawat kamar bedah*. Hipkabi Press.
- Hartati dan Maryunani (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Sectio Caesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort)*. Jakarta: TIM
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Kemenkes RI.
- Kusuma Hardhi, 2015. *Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta: ECG
- Mawarni.(2018).*Penerapan Mobilisasi Dini pada Ibu Post Sectio Caesarea dengan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas*.Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2041>
- Medis, Rekam. 2022. *Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Rejang Lebong*.

- Miftakhul Zanah, Eko Mindarsih, Sri Wulandari. 2015. "*Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea Di Rsud Panembahan Senopati Bantul Tahun 2015,*" 1–9.
- Nuratif dan Kusuma (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC NOC dalam Berbagai Kasus*. Jilid 1. Yogyakarta: Mediaction
- Nursalam. 2016. *Manajemen Keperawatan, Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta Selatan 12610; Salemba Medika.
- Rohmah N. 2022. Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021. *Mega Buana Journal of Nursing, 1 (1), 2022, 34-40*
- Sofia, E.S. (2016). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Pustaka Baru Press: Yogyakarta
- Sukarni, Icesmi, Sudarti. 2014. *Patologi Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Neonatus Resiko Tinggi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi I*, Jakarta Selatan
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi I*, Jakarta Selatan
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019, *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi I*, Jakarta Selatan

## **BIODATA**



Nama : Tia Sajidah  
Tempat dan tanggal lahir : Curup, 27 Februari 2002  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. A Yani Kampung Jawa  
Riwayat pendidikan : 1. SDN 134 Rejang Lebong  
2. SMPN 02 Rejang Lebong  
3. SMAN 02 Rejang Lebong

**LEMBAR OBSERVASI SKALA NYERI PRE DAN POST MOBILISASI  
DINI**

Nama : Ny.A  
Umur : 16 tahun  
Diagnosa : Pre dan Post SC indikasi KPSW  
No. RM : 247803

TINDAKAN	SKALA NYERI	
	PRE MOBILISASI DINI	POST MOBILISASI DINI
6 JAM POST SC (LATIHAN ROM)	skala nyeri 6	skala nyeri 6
6-10 JAM (MIRING KIRI- KANA)	skala nyeri 6	skala nyeri 5
24 JAM (SEMI FOWLER)	skala nyeri 5	skala nyeri 3
2 HARI (DUDUK/FOWLER)	skala nyeri 3	skala nyeri 2
3 HARI (BERJALAN)	skala nyeri 2	skala nyeri 2

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-10 : Nyeri berat : secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.

## LEMBAR OBSERVASI TTV

Nama : Ny. A  
Umur : 16 tahun  
Diagnosa : Pre dan Post SC indikasi KPSW  
No. RM : 247803

Jam /Tgl	TD (mmHg)	HR (x/i)	RR (x/i)	T (°C)	URIN (cc)	P/V	TFU	Kontraksi rahim
22.00	110/80	85	22	36,8	100	85	1	Ada
22.15	110/80	80	20	36,8	100	80	1	Ada
22.30	120/80	82	20	36,7	150	82	1	Ada
22.45	110/80	80	20	36,7	200	80	1	Ada
23.00	110/70	85	20	36,5	200	80	1	Ada

Protap post op SC :

1. Observasi TTV setiap 15 menit ( selama 1 jam pertama )
2. 1 jam berikutnya obs TTV tiap 30 menit
3. Setelah 5 jam berikutnya observasi TTV setiap 1 jam saja
4. Cek

Hb 1 jam post

operasinote :

- tanda perdarahan, kandung kemih, tinggi fundus uteri dan kontraksi rahim di cek bersamaan dengan TTV
- infus D5% drip oxytocin 2 amp 2x24 jam

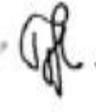


**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK  
INDONESIA POLITEKNIK KESEHATAN  
BENGKULU PROGRAM STUDI  
KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

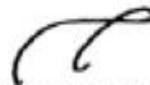
NAMA MAHASISWA : Tia Sajidah  
NIM : P0 0320120032  
NAMA PEMBIMBING : Yanti Sutriyanti, SKM. M. Kep  
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pre dan Post *Sectio Caesarea*  
Dengan Implementasi Mobilisasi Dini Masalah  
Utama Nyeri Di Ruang Teratai RSUD Kabupaten  
Rejang Lebong Tahun 2023.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Rabu, 28 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Benarkan judul tidak lebih dari 12 kata</li><li>- Tampilkan dampak pada SC</li><li>- Mencantumkan data pemberian teknik mobilisasi dini di RS</li><li>- Menambahkan manfaat yang lebih spesifik terutama pada pasien</li><li>- Menambahkan resiko infeksi pada pasien</li><li>- Perjelas tujuan penelitian dan asuhan keperawatan</li></ul>	
2	Jumat, 30 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ganti judul kelainan letak ke presbo</li><li>- Bagian pemijatan tidak perlu perlu dimasukkan, cukup fokus ke kelainan letak saja</li><li>- Cari referensi terbaru</li><li>- Dahulukan data global, Indonesia</li></ul>	

3	Senin, 17 April 2023	<p>Bengkulu, RSUD RL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementasi ganti ke mobilisasi dini</li> <li>- Ganti data yang terbaru dan yang penting saja</li> <li>- Anfis ganti keposisi bay di uterus</li> <li>- Secara fisiologis normalnya seperti apa, presbonya seperti apa</li> <li>- Lihat panduan</li> </ul>	
4	Senin, 08 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sebutkan beberapa intervensi untuk mengatasi nyeri dengan relaksai, distraksi, dll pada lata belakang termasuk proses penyembuhan luka di halaman 3</li> <li>- Pada halaman 3, terapi mobilisasi dini di rumah sakit diubah pada harapan perawat diubah</li> <li>- Untuk nama peneliti dibalik menjadi Santiasari NR, 2021)</li> </ul>	
5	Selasa, 09 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki bagian tujuan</li> <li>- Tambahkan tindakan keperawatan pada pe sc dengan secara fisik dan psikologis pada penatalaksanaan</li> <li>- Tambahkan pada mobilisasi dini untuk tetap terakhirr ada ambulasi pada hari ke 3</li> <li>- Urutan evidence based terlebih dahulu baru SOP</li> <li>- Tambahkan pengukuran rating scale pada lampiran</li> <li>- Ganti subjek pada bab 3 dan pasien sc dengan anestesi spinal, kesadaran CM</li> <li>- Wawancara fokus dengan wawancara terstruktur dengan format pengkajian</li> </ul>	
6	Rabu, 10 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan definisi pre SC</li> <li>- Halaman 27 uraiannya dihapus cukup tambahkan pada halaman selanjutnya</li> </ul>	

7	Jumat, 12 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan proses sc pada abdomen di anfis</li> <li>- Hapus indikasi lainnya pada patofisiologi fokus ke presbo saja</li> </ul>	
8	Senin, 15 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patofisiologi fokus isinya yang mengarah ke WOC</li> <li>- Tambahkan nyeri pada deskripsi operasional</li> <li>- Konsep pre dan post sc indikasi presbo</li> <li>- Lengkapi</li> </ul>	
9	Kamis, 15 Juni 2023	- ACC Ujian	
10	Rabu, 05 Juli 2023	- Acc penelitian kasus	
11	Jumat, 07 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan riwayat ANC, psikologis korban di riwayat kehamilan</li> </ul>	
12	Selasa, 12 Juli	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada pembahasan bandingkan antara teori dan hasil</li> <li>- Samakan analisa data dengan pengkajian</li> </ul>	
		Acc Ujian	

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep  
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Tia Sajidah  
NIM : PO 0320120032  
NAMA PEMBIMBING : Sri Haryani, S.Kep, M.Kep  
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pre dan Post *Sectio Caesarea* Dengan Implementasi Mobilisasi Dini Masalah Utama Nyeri Di Ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	14-06-2023	- ACC pengambilan kasus	
2	08-08-2023	- Benarkan genogram, cari tanda homan - Pembahasan intervensi dan implementasi - diperjelas lagi - Penutup pada saran sesuaikan dengan manfaat pada manfaat Bab 1	
3	09-08-2023	- Pembahasan pengkajian diurutkan pada pre dan post nya - Saran pada penutup jangan samakan persis dengan manfaat	
4	10-08-2023	- ACC	

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep  
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Tia Sajidah  
NIM : P0 0320120032  
NAMA PEMBIMBING : Nurbaiti, S.Kep., Ners  
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pre dan Post *Sectio Caesarea* Dengan Implementasi Mobilisasi Dini Masalah Utama Nyeri Di Ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	14-06-2023	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tambahkan nyeri pada latar belakang</li><li>- Tambahkan tujuan dokumentasi dan kesenjangan</li><li>- ACC pengambilan kasus</li></ul>	
2	30-07-2023	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tambahkan rentang gerak oto</li><li>- Tambahkan perbandingan teori dan praktek di pembahasan</li><li>- Tambah cara pemberian obat dan dosis</li></ul>	
3	07-08-2023	<ul style="list-style-type: none"><li>- ACC</li></ul>	

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep  
NIP. 197112171991021001

Published by Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan William Booth

ISSN : 23029471

EISSN : 27151255

DOI : <https://doi.org/10.47560/keb.v10i1>

Core Subject : Health, Education,

Vol 1 No 1 (2021)

## TEKNIK NON FARMAKOLOGI MOBILISASI DINI PADA NYERI POST SC

Retty Nirmala Santiasari\*, Lina Mahayati\*\*, Anggraini Dwita Sari\*\*\*

<sup>1,2,3</sup>STIKes William Booth Surabaya, JL. Cimanuk No.20 Surabaya.

E-mail: [rettynirmala@gmail.com](mailto:rettynirmala@gmail.com)

### ABSTRAK

*Section caesarea* adalah proses persalinan yang tidak melewati jalan lahir melainkan proses buatan pengeluaran janin melalui tindakan pembedahan abdomen. Proses pembedahan abdomen menimbulkan luka dan memberikan dampak bagi ibu, dampak yang paling dirasakan adalah nyeri akut. Apabila nyeri pada ibu post *section caesarea* tidak teratasi dapat menyebabkan berbagai masalah diantaranya terjadi limfopeni, leukositosis, takikardi, pernafasan menjadi dangkal, memperlambat involusi uteri, dan mempersulit pemberian ASI. Tujuan dari study kasus ini adalah memberikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis post *section caesarea* dan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Mawar Merah RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. Metode ini adalah study kasus dengan sampel 2 pasien post *section caesarea* yang dirawat selama 3 hari. Sehingga study kasus didapatkan diagnose prioritas nyeri akut. Implementasi yang dilakukan pada kedua klien adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, memberikan posisi nyaman pada pasien, memeberikan terapi tehnik relaksasi dan distraksi: mobilisasi bertahap, memberikan terapi analgesic sesuai advis dokter. Teknik distraksi adalah Teknik pengalihan rasa nyeri pasien dengan cara mengalihkan perhatiannya, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik distraksi mobilisasi dini yaitu latihan gerak sendi, gaya berjalan, toleransi aktivitas sesuai dengan kemampuan dan kesejajaran tubuh. Evaluasi pada pasien 1 dan 2 dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu didapatkan pasien mengatakan nyeri berkurang. Hasil menunjukkan keefektifan implementasi mobilisasi dini terhadap rasa nyeri pasien.

**Kata Kunci** : Mobilisasi Dini , Nyeri Akut, Post *section caesarea*

## **ABSTRACT**

*Sectio caesarea is a place of artificial labor where the fetus needs help through an incision in the stomach. Incision wounds have an impact on the mother and the most felt impact is acute pain. If the pain in post SC mothers cannot overcome the problems caused by lymphopenia, leukocytosis, tachycardia, breathing becomes shallow, improves uterine involution, and complicates breast milk replacement. The purpose of this case study is to carry out nursing care for patients by diagnosing SC medical posts and acute nursing problems in the Mawar Merah Room of Bangil District Hospital in Pasuruan Regency. This method is a case study with a sample of 2 post SC patients who were treated for 3 days. So that the case study obtained a diagnosis of acute painful priority. Implementation of the second client is location placement, characteristics, duration, frequency, quality and tension, providing comfort to the patient,*

*providing relaxation therapy, gradual mobilization, observing TTV, handling, TFU, operating wounds and location, providing analgesic therapy according to doctor's advice. . The technique diverts the client's attention to something else so that it can reduce alertness to safety, even increase the increase in pain. The technique plays early mobilization about exercise, gait, and regulates activities according to the abilities and alignment of the body. Evaluation of patients 1 and 2 with acute pain nursing problems obtained by patients said the disease was reduced. The results show the effectiveness of the implementation of early mobilization with regard to patient pain.*

**Keywords:** SC Post, Acute Pain, Early Mobilization.

## PENDAHULUAN

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin) yang dapat bertahan hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Rustam, 2011). Ada tiga jenis proses persalinan yaitu persalinan spontan atau fisiologis, persalinan bantuan dan persalinan anjuran dengan tindakan seperti *sectio caesarea* (Manuaba, I, 2010). *Section caesarea* merupakan suatu tindakan pembedahan untuk mengeluarkan janin dengan cara membuka dinding perut dan dinding uterus (Wiknjosastri, 2006). Tindakan operasi *sectio caesarea* menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya terputusnya kontinuitas jaringan. Nyeri yang dialami dapat menimbulkan berbagai masalah, salah satunya dapat mempengaruhi terhadap masalah laktasi. Menurut

Julianti, 2014 bahwa 68% ibu post *sectio caesarea* mengalami kesulitan dengan perawatan bayi, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman selama menyusui akibat adanya nyeri.

Data World Health Organization (WHO) pada tahun 2016 yang didapatkan adalah tingkat persalinan dengan metode SC menjadi meningkat 10%-15% sejak 30 tahun yang lalu, fenomena ini terjadi di negara-negara berkembang (Sherly&Erina, 2016). Sedangkan hasil Riskesdas 2018 menjelaskan bahwa angka kejadian ibu melahirkan di Indonesia sebanyak 79% dimana hal tersebut 15% ibu melahirkan di RS pemerintah dan 18% di RS. Swasta dengan metode operasi SC.

Manajemen nyeri yang dilakukan pada pasien dengan post *section caesarea* adalah dengan memberikan

Tindakan farmakologi berupa analgesik. Upaya pemberian Tindakan farmakologi merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengatasi rasa nyeri sesaat, dan tidak dapat mengontrol rasa nyeri, bahkan pemberian analgesik dapat meningkatkan toleransi rasa nyeri yang dialami. Sedangkan tindakan non farmakologi dapat membantu menurunkan rasa atau sensasi nyeri dan rasa tersebut dapat membantu proses pemulihan yang tidak menimbulkan efek samping berbahaya.

Salah satu terapi nonfarmakologi yang digunakan untuk mengurangi nyeri post SC adalah mobilisasi dini. Mobilisasi dini direkomendasikan pada ibu post SC karena selain dapat menurunkan nyeri juga dapat meningkatkan kemandirian pasien post SC dan membantu proses pemulihan luka.

Mobilisasi dini post SC adalah suatu kegiatan aktivitas ibu atau adanya aktivitas yang dilakukan ibu segera setelah proses persalinan SC. Latihan mobilisasi bertujuan untuk membuat pasien dapat berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran pada gerakan yang dilakukan

dibandingkan pada rasa nyeri yang dialami (Potter & Perry, 2006). Hal ini memicu adanya pengeluaran hormone norepinefrin dan serotonin. Pelepasan senyawa ini dapat merangsang sistem kontrol desenden. Di dalam sistem kontrol desenden terdapat dua substansi yang dapat mempengaruhi proses pengontrolan rasa nyeri, yaitu yang pertama adalah adanya pelepasan substansi P oleh neuron delta-A dan delta-C. Hal kedua yaitu dengan adanya mekanoreseptor dan neuron beta-A yang menstimulasi neurotransmitter sebagai penghambat opiat endogen seperti endorfin dan dinorfin. Hal ini menjadi lebih dominan untuk menutup atau mencegah mekanisme pertahanan dan menghambat substansi P. Proses ini memberikan efek pada substansi P dalam menurunkan transmisi saraf menuju saraf pusat sehingga menurunkan persepsi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut penelitian Dirgahayu Ingrid (2019) menyatakan bahwa terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post sectio caesarea.

Kegiatan penelitian ini menggunakan data yang didapatkan

dari hasil praktik ners di RSUD Bangil, Kabupaten Pasuruan di ruang Mawar dari 24 pasien yang dirawat di ruangan terdapat 14 pasien yang melakukan tindakan SC dimana 3 pasien dilakukan tindakan SC karena pre eklamsi, 5 pasien dilakukan tindakan SC karena pembukaan jalan lahir yang lama, dan 6 pasien dilakukan tindakan SC karena ketuban pecah dini. Hal ini menunjukkan bahwa nyeri akut pada pasien dengan post SC sering dijumpai di ruangan. Di ruangan sering dijumpai ibu yang mengalami post SC sulit untuk melakukan mobilisasi dini karena nyerinya bertambah saat bergerak, bahkan terdapat pasien yang sampai mengalami masalah laktasi dikarenakan takut mobilisasi dan menyusui. Sehingga peneliti tertarik untuk meneliti penurunan nyeri melalui teknik non farmakologi mobilisasi dini pada pasien post sc di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

## **METODE**

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus merupakan bentuk eksplorasi suatu fenomena dengan adanya batasan terperinci, proses

pengambilan data yang mendalam yang didukung dari berbagai sumber informasi.

Dalam penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Post SC dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Mawar Merah RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan dengan menggunakan alat ukur skala nyeri *Numeric Rating scale* untuk menilai skala nyeri yang dirasakan pasien menggunakan angka-angka untuk menggambarkan range dari intensitas nyeri dengan kriteria nilai 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, dan 7-10 nyeri berat. Lama waktu perawatan pasien yaitu 3 hari. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan pemeriksaan fisik. Disamping integritas penelitian (instrumen utama menggunakan lembar observasi), uji validitas data dilakukan dengan cara melakukan intervensi pada pasien yang mempunyai karakteristik yang sama dengan memperpanjang waktu pengamatan/tindakan dan sumber informasi tambahan menggunakan tiga sumber data

yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang

diteliti. Pada penelitian ini, peneliti menegaskan pada masalah etika penelitian dimana lembar persetujuan diberikan sebelum penelitian dilaksanakan kepada objek yang akan diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan, tetapi apabila subjek menolak maka peneliti tidak memakai dan menghormati haknya sebagai subjek.

## **HASIL**

Hasil penelitian menunjukkan kedua reponden berusia remaja akhir dan dewasa awal dalam rentang usia 20-35 tahun dengan kehamilan primigravida maupun multigravida. Pada pasien 1 dan 2 didapatkan hasil pengkajian nyeri PQRST (P: luka post SC, Q: disayat-sayat, R: perut bagian bawah, S: skala 4 dari 0-10 skala NRS, T: nyeri muncul saat bergerak/beraktivitas. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan hasil pengkajian nyeri PQRST (P: luka post SC, Q: disayat-sayat, R: perut bagian bawah, S: skala 5 dari 0-10 skala NRS, T: nyeri muncul saat bergerak/beraktivitas. Pada pasien post SC mengalami masalah nyeri akut karena pada pasien yang mengalami persalinan secara SC

akan melalui proses pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan pada area luka insisi yang mengakibatkan pelepasan mediator nyeri (bradykinin, histamin, dan prostaglandin)

sehingga merangsang pusat nyeri.

## **PEMBAHASAN**

Pengkajian pada pasien pertama dan kedua dengan nyeri post SC saat dikaji pasien mengatakan nyeri pada area luka operasinya, pasien nampak meringis kesakitan. Gejala dan tanda nyeri menurut PPNI (2016) pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis kesakitan, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri). Dari penjabaran diatas dapat dilihat bahwa terdapat kesenjangan pada karakteristik antara teori dan kasus nyata yaitu pasien 1 dan 2 tidak mengalami peningkatan frekuensi nadi. Pada pasien 1 tidak terjadi peningkatan frekuensi nadi karena pasien pernah mengalami persalinan sebelumnya dan memiliki pengalaman nyeri sehingga pasien mampu beradaptasi dengan rasa nyeri yang dialaminya. Sedangkan pada pasien 2, pasien

memiliki system pendukung yang mampu membuat pasien mudah beradaptasi dengan rasa nyeri yang dialami. Saat pasien 2 menagalami nyeri, suami pasien mengajari pasien untuk melakukan relaksasi napas dalam sehingga pasien dapat mentolerir rasa nyeri yang dialami.

Berdasarkan data diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien pertama dan kedua yaitu nyeri akut, risiko infeksi dan menyusui tidak efektif. Secara teori diagnosa keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan, risiko infeksi berhubungan dengan peningkatan perentanan tubuh terhadap bakteri sekunder pembedahan, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelamahan fisik, defisit perawatan diri berhubungan dengan immobilisasi, gangguan pola tidur. Pada kasus nyata dan teori ditemukan kesenjangan yaitu dimana pada kasus nyata ditemukan diagnose menyusui tidak efektif. Menurut Hillan (1992) dalam Anggorowati, dkk 2007 menyebutkan bahwa sebanyak 68% ibu post sc mengalami kesulitan

dalam melakukan perawatan bayi, melakukan aktivitas untuk bergerak naik turun dari tempat tidur, bahkan kesulitan mengatur posisi yang nyaman selama memberikan ASI disebabkan adanya rasa nyeri. Rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat menyebabkan ibu menunda pemberian ASI sejak awal pada bayinya. Rasa nyeri yang dirasakan ibu timbul karena selama proses menyusui ibu mengalami peningkatan intensitas nyeri pada bekas luka yang ditimbulkan akibat aktivitas ibu. (Batubara dkk, 2008). Pada kasus nyata tidak diangkat masalah gangguan mobilitas fisik karena pada intervensi nyeri yang diberikan yaitu mobilisasi dini selain dapat meningkatkan toleransi nyeri pasien, mobilisasi dini juga dapat meningkatkan kemandirian pasien untuk beraktivitas. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Dwi Tina R (2017) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Dengan Penerapan Mobilisasi Dini Untuk Meningkatkan Kemandirian Pasien Post Sc Di Ruang Bougenvil Rsud Kebumen” bahwa asuhan keperawatan dengan mobilisasi dini pada pasien post SC efektif

meningkatkan kemandirian pasien. Pada Implementasi pada pasien terutama kasus nyata tidak diangkat masalah deficit dan kedua tidak terdapat kesenjangan. Pada perawatan diri karena perawatan diri pasien implementasi pasien 1 dan pasien 2 terfokus terpenuhi dengan dibantu oleh keluarga dan menggunakan tindakan mobilisasi dini. Perawat. Pasien juga dalam tahap Tindakan mobilisasi dini dilakukan dengan mobilisasi dini, jika mobilisasi dini pasien beberapa tahap yaitu 6 jam pertama post dapat terlampaui maka pasien dapat operasi SC pasien dianjurkan untuk melakukan perawatan dirinya secara melakukan tehnik napas dalam dan mandiri. Pada kasus nyata tidak diangkat menggerakkan kaki dan tangan, selanjutnya masalah gangguan pola tidur karena pada 6-10 jam berikutnya pasien dianjurkan pasien tidak ditemukan tanda gejala pasien untuk melakukan miring kanan dan miring kurang tidur, pasien mengatakan tidurnya kiri, 24 jam post op SC pasien dianjurkan tercukupi. untuk duduk atau posisi semi fowler, jika

Rencana asuhan keperawatan dalam dirasa tidak ada keluhan selama duduk atau pemberian mobilisasi dini dilakukan berada dalam posisi semi fowler pasien dengan beberapa tahap yaitu 6 jam pertama diperbolehkan untuk duduk dengan pasien dianjurkan untuk relaksasi napas perlahan menurunkan kaki ke lantai, dan dalam dan melakukan Gerakan abduksi dan jika tidak ada keluhan pasien adduksi pada kaki dan tangan. Pada 6-10 diperbolehkan untuk belajar berdiri dan jam berikutnya pasien dianjurkan untuk berjalan diskitar tempat tidur pasien. miring kanan dan miring kiri. Pada 24 jam Intervensi mobilisasi dini pada diagnose berikutnya pasien dianjurkan untuk berlatih nyeri merupakan salah satu intervensi duduk, jika tidak ada keluhan pasien tehnik nonfarmakologi yaitu tehnik dianjurkan untuk duduk di sisi tempat distraksi . Menurut hasil penelitian Ingggrid tidur, jika duduk disisi tempat tidur tidak Dirgahayu (2019) mengatakan bahwa ada keluhan pasien dianjurkan untuk tindakan terapi non farmakologis berlatih berdiri lalu berjalan. mobilisasi dini berpengaruh pada tingkat nyeri pada

pasien post SC . Mobilisasi dini merupakan upaya yang dapat dilakuka sebagai proses pegalihan rasa nyeri dengan mengalihkan konsentrasi ibu pada luka bekas operasi sc. Mobilisasi dini juga dapat mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang mampu meningkatkan respons nyeri serta mengurangi proses transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat. Melalui mekanisme tersebut, mobilisasi dini efektif dalam menurunkan intensitas nyeripascaoperasi (Nugroho, 2010).

Evaluasi keperawatan yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilisasi dini selama 3 hari yaitu pasien 1 dan pasien 2 didapatkan masalah teratasi ditandai dengan pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tampak rileks, dan pasien mampu bergerak meskipun terasa nyeri.

Maka dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini dapat menurunkan skala nyeri pada masalah nyeri akut post SC. Hasil penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan dasar atau bahan data penelitian selanjutnya dengan cara dan teknik yang berbeda serta faktor-

faktor lain yang berhubungan dengannyeri akut pada post SC.

## **KESIMPULAN**

Dari hasil yang didapatkan setelah penulis memberikan intervensi mobilisasi dini pada masalah nyeri akut post SC didapatkan pasien pertama dan kedua mengalami penurunan skala nyeri dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 2, pasien dapat beraktifitas. Maka dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini dapat menurunkan skala nyeri dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri pada masalah nyeri akut post SC

## **DAFTAR PUSTAKA**

Anggorowati, Nuzulia, F. 2007 . Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan pemberian ASI Eksklusif pada bayi di desa Bebengan Kecamatan Boja Kabupaten Kendal . Jurnal Ilmiah Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

A Potter, & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2*. Jakarta: EGC

Inggrid Dirgahayu.(2019). *Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Tingkat*

*Nyeri pada Pasien Post SectioCaesarea di RSUD Al-Ihsan Kab.Bandung.*  
<http://doi.org/10.22216/jen.v2i2.1852>. Diakses pada tanggal 21Juni  
2020

Kementrian Kesehatan RI. 2018. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 22 Juli 2020 dari <http://www.depkes.go.id/resource>

Batubara, P. L. 2008. Farmakologi Dasar, edisi II. Jakarta:Lembaga Studi dan KonsultasiFarmakologi.

Dwi Tina R.(2017). *Asuhan Keperawatan Dengan Penerapan Mobilisasi Dini Untuk Meningkatkan Kemandirian Pasien Post Sc Di Ruang Bougenville Rsud Kebumen.* <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id>

[/2041/13/lamp%204.%20SOP.pdf](#)

f. Diakses pada tanggal 8 Juli2020

Nugroho, Taufan. 2010. Buku Ajar Ginekologi. Yogyakarta: Nuha Medika

Sherly Erina Lidia Widia (2019)Hubungan Antara Teknik Pernafasan Dalam DenganSkala Nyeri Ibu Post SectioCaesaria 24 Jam Pertama DiRsud Dr. H. Andi AbdurahmanNoor Tanah Bumbu. Diaksespada tanggal 27 Juni 2020 dari<http://www.jurnal-kesehatan.id/index.php/JDAB/article/download/22/21/>

[s/download/infoterkini/materi\\_rakorpop\\_2018/Hasil%20Risksedas%202018.pdf](#)

Manuba.2010.*Ilmu PenyakitKandungan dan KB*.Jakarta:EGC

Mochtar, Rustam. 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC

Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed.8, Vol.1,2) Alih Bahasa olehAgung Waluyo, dkk.* Jakarta: EGC

Wiknjosastro, H. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : EGC

Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien PostOperasi *Sectio Caesarea* Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021

---

**Nikmatur Rohmah\***

*Program Studi Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas  
Mega Buana Paloponikmatur@gmail.com*

\*corresponding author

**Abstrak**

Mobilisasi dini merupakan salah satu cara untuk memandirikan pasien secara bertahap agar pasien mampu melaksanakan kegiatannya sendiri tanpa pertolongan orang lain. Ada beberapa tahapan mobilisasi dini, sehingganya bisa dilaksanakan untuk pasien dengan keadaan post operasi *sectioo caesareaa* yaitu, pada saat 6 jam. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan mobilisasi dini dengan pasien post operasi *sectio caesarea* di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021. Metode penelitian ini menggunakan desain studi *survey* analitik memakai desain *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* sebanyak 71 pasien pasca operasi SC yang terdapat pada ruangan *bougenville* Di RSUD Sawerigading Kota Palopo pada bulan Juli sampai bulan September Tahun 2021. Penelitian ini menggunakan instrument berupa kuesioner dan instrument *Numeric Rating Scale* (NRS). Analisis data menggunakan uji korelasi koefisien kontingensi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan mobilisasi dini dengan penurunan skala nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021.

**Kata Kunci:** mobilisasi dini; skala nyeri; *sectio caesarea*

## **Abstract**

*Early mobilization is one way to gradually become independent of the patient so that the patient is able to carry out his own activities without the help of others. There are several stages of early mobilization, so that it can be carried out for patients with a postoperative cesarean section, namely, at 6 hours. The purpose of this study was to determine the relationship between early mobilization and postoperative sectio caesarea patients at Sawerigading Hospital, Palopo City in 2021. This research method used an analytical survey study design using a cross sectional design. The sample in this study used a total sampling technique of 71 post-SC surgery patients in the Bougenville room at Sawerigading Hospital, Palopo City from July to September 2021. This study used instruments in the form of questionnaires and Numeric Rating Scale (NRS) instruments. Data analysis used contingency coefficient correlation test. The results of this study indicate that there is a relationship between early mobilization and a decrease in pain scale in postoperative sectio caesarea patients at Sawerigading Hospital, Palopo City in 2021.*

**Keywords:** *early mobilization; pain scale; sectio caesarea*



This is an open access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

## PENDAHULUAN

Penerapan tiruan dalam proses persalinan, dimana fetus yang diambil melewati dinding perut uterus ibu dengan melakukan sebuah pembedahan merupakan pengertian dari *sectio caesarea* (Berkanis, Nubatonis, & Lestari, 2020). Tindakan *sectio caesarea* tersebut dilakukan jika terdapat gejala medis ataupun gejala nonmedis (Metasari & Sianipar, 2018). Dengan dilakukannya tindakan *sectio caesarea*, maka secara otomatis akan memutuskan persambungan jaringan yang menyebabkan timbulnya rasa nyeri (Metasari & Kando, 2018). Selain nyeri, ada beberapa dampak yang dapat ditimbulkan setelah operasi *sectio caesarea* adalah *impairment* (terdapat keterbatasan dalam lingkup gerak dan takut), *functional limitation* (tidak mampu berdiri, berjalan, dan bergerak/mobilisasi), dan *disability* (adanya gangguan dalam melakukan aktivitas akibat terbatasnya dalam bergerak dan adanya rasanya nyeri) (Sri, Muhammad, & Dwi, 2018).

Nyeri merupakan reaksi sensori secara individu dan rasa yang tidak nyaman yang diungkapkan sesuai dengan masing-masing individu (Saputra, 2013). Berdasarkan waktu, terdapat dua nyeri yaitu nyeri akut dan nyeri kronis (Sri et al., 2018). Rasa nyeri setelah dilakukannya pembedahan menimbulkan rasa stressor yang mana pasien akan berespon secara biologis dan psikologis (Metasari & Kando, 2018).

Dampak biologis yang dapat ditimbulkan yaitu pasien memiliki keterbatasan untuk bergerak, perubahan dalam beberapa tanda vital pasien, serta ada perubahan pada ekspresi wajah pasien. adapun dampak psikologis yang dapat ditimbulkan dari rasa nyeri yaitu takut kehilangan kesadaran, dan mampu menimbulkan dorongan terhadap stres sehingga berdampak pada penekanan pada sistem imun, peradangan, serta dapat menunda penyembuhan (Sri et al., 2018).

Penatalaksanaan nonfarmakologi nyeri yang bisa dilaksanakan adalah pendampingan keluarga, melakukan relaksasi, tarik nafas, diet nutrisi, melakukan gerak/pergantian posisi, *massage* (pemijatan), musik, hidroterapi, terapi dingin ataupun panas, *hypobirthing*, TENS atau yang merupakan kepanjangan dari *transcutaneous electrical nerve stimulation*, senam hamil, aromaterapi, dan akupresur (Alam, 2020).

Mobilisasi dini merupakan salah satu cara untuk memandirikan pasien secara bertahap agar pasien mampu melaksanakan kegiatannya sendiri tanpa pertolongan orang lain (Metasari & Sianipar, 2018). Beberapa faktor yang menonjol dari mobilisasi dini adalah mempercepat pemulihan setelah melakukan pembedahan, mencegah munculnya masalah yang lain setelah pembedahan, dapat mempercepat pengeluaran lochea dan masih banyak lagi (Metasari & Sianipar, 2018). Dampak yang ditimbulkan ketika mobilisasi dini tidak atau terlambat dilaksanakan adalah suhu tubuh dapat meningkat dikarenakan tidak baiknya involusi uterus sehingga masih terdapat endapan darah yang tidak bisa dikeluarkan serta dapat memicu terjadinya infeksi (Metasari & Sianipar, 2018).

Ada beberapa tahapan mobilisasi dini, sehingganya bisa dilaksanakan untuk pasien dengan keadaan post operasi *sectio caesarea* yaitu, pada saat 6 jam. pertama setelah dilakukan pembedahan pada pasien diharuskan untuk berbaring dahulu, namun tetap bisa melakukan pergerakan pada tangan, jari kaki, dapat menekuk serta menggeser kaki dan mengangkat tumit. Sesudah 6 sampai 10 jam pasca operasi SC, ibu tersebut diwajibkan untuk bisa miring kekanan

dan kekiri. Pada 12 hingga 24 jam ibu tersebut disarankan agar bisa duduk, kemudian sesudah ibu tersebut bisa duduk secara stabil, pasien disarankan agar bisa latihan berjalan. Sebelum melakukan penatalaksanaan mobilisasi dini, perawat harus selalu memantau kondisi pasien serta mobilisasi dini dilakukan secara mandiri oleh pasien untuk melihat respon tubuh terhadap aktivitas (Sri et al., 2018).

Pada penelitian sebelumnya dijelaskan bahwa pelaksanaan mobilisasi dini belum semuanya dilakukan di rumah sakit karena beberapa pasien memilih untuk tidak melakukan mobilisasi dini dengan alasan takut akan jahitan operasinya memiliki masalah (Sri et al., 2018). Perasaan takut yang berlebih setelah operasi *sectio caesarea* juga menjadi faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kenaikan angka stres pada pasien, sehingga pasien tidak berani untuk melaksanakan kegiatan hariannya seperti memberikan asi dan mengurus dirinya sendiri (Novita & Saragih, 2019). Banyak pasien juga tidak mau bergerak dengan alasan takut rasa nyrtinya bertambah, sedangkan melakukan sebuah pergerakan merupakan salah satu cara untuk bisa mengurangi rasa nyeri serta dapat membentuk kemandirian pasien dalam melaksanakan kegiatan hariannya (Metasari & Sianipar, 2018).

Fenomena tersebut tidak hanya terjadi di rumah sakit yang ada Di Pulau Jawa, namun juga terjadi Di RSUD Sawerigading Kota Palopo dimana hasil survey pertama yang telah dilakukan oleh peneliti menggunakan teknik wawancara pada bidan yang sedang bertugas di ruangan *Bougenville* yaitu implementasi mobilisasi dini untuk ibu pasca operasi *sectio caesarea* telah dilakukan namun belum maksimal dikarenakan kurangnya kontrol mereka dalam melaksanakan SOP (standar operasional prosedur) dalam melakukan mobilisasi dini untuk ibu pasca operasi *sectio caesarea*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan mobilisasi dini dengan pasien post operasi *sectio caesarea* di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021.

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain studi *survey* analitik memakai desain *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* sebanyak 71 pasien pasca operasi SC yang terdapa pada ruangan *bougenville* Di RSUD Sawerigading Kota Palopo pada bulan Juli sampai bulan September Tahun 2021. Penelitian ini menggunakan instrument berupa kuesioner dan instrument *Numeric Rating Scale* (NRS) ) (Metasari & Kando, 2018). Analisis data menggunakan uji korelasi koefisien kontingensi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1. Distribusi responden berdasarkan mobilisasi dini di ruangan Bougenville RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021 (N=56)**

<b>Mobilisasi dini</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pernah	39	69,6
Tidak pernah	17	30,4

Berdasarkan tabel 1 terlihat bahwa pada 56 responden yang sudah diamati, terdapat 39 responden (69,6%) pernah melakukan mobilisasi dini serta terdapat 17 responden (30,4) belum pernah melakukan mobilisasi dini.

**Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan skala nyeri di ruangan Bougenville RSUDSawerigading Kota Palopo Tahun 2021 (N=56)**

Penurunan skala nyeri	n	%
Menurun	39	69,6
Tidak menurun	17	30,4

Tabel 2 membuktikan bahwa dari 56 responden yang telah diteliti, dimana jumlah responden yang mengalami penurunan skala nyeri terdapat 39 responden (69,6%) serta yang tidak mengalami penurunan terdapat 17 responden (30,4%).

**Tabel 3. Hubungan mobilisasi dini dengan penurunan skala nyeri pada pasien post operasisectio caesarea Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021 (N=56)**

Mobilisasi dini	Penurunan skala nyeri				Total	Nilai P	
	Menurun		Tidak				
	N	%	n	%			
Pernah	37	66,1	2	3,6	39	69,6	0,000
Tidak pernah	2	3,6	15	26,8	17	30,4	

Tabel 3 bisa diperhatikan pada kelompok responden yang pernah melaksanakan mobilisasi dini serta mengalami penurunan skala nyeri ialah sebanyak 66,1%, terdapat 3,6% yang pernah melaksanakan mobilisasi dini serta tidak mengalami penurunan skala nyeri, terdapat 3,6% yang tidak pernah melaksanakan mobilisasi dini serta mengalami penurunan skala nyeri, dan sebanyak 26,8% responden tidak pernah melakukan mobilisasi dini dan yang tidak mengalami penurunan skala nyeri.

Dari hasil statistik dengan menggunakan uji korelasi koefisien kontingensi menunjukkan bahwa, nilai p ialah 0,00. Hal tersebut bermakna bahwa nilai p lebih besar  $\alpha$  yang memiliki nilai 0,05, maka  $H_0$  ditolak serta bisa diambil kesimpulan bahwa terdapat korelasi mobilisasi dini

terhadap penurunan skala nyeri pada ibu pasca operasi *sectio caesarea* Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021.

Nyeri merupakan adanya perasaan kurang nyaman serta hanya individu yang menderitanya yang bisa menunjukkan perasaan tersebut (Saputra, 2013). Beberapa faktor faktor yang dapat

---

memberikan pengaruh nyeri adalah usia, kelelahan, pengalaman nyeri sebelumnya, dukungan keluarga dan lingkungan, toleransi individu terhadap individu itu sendiri, ambang nyeri dan arti nyeri terhadap individu (Heriana, 2014).

Adapun faktor yang menonjol dalam penurunan skala nyeri diatas adalah faktor usia, yang mana semakin bertambahnya usia seseorang maka akan semakin bertambah pula penafsiran terhadap nyeri yang ia rasakan dan usaha untuk mengatasi nyeri tersebut (Heriana, 2014). Salah satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk menurunkan skala nyeri kepada klien pasca operasi *SC* adalah dengan melakukan mobilisasi sedini mungkin (Alam, 2020).

Hasil analisis data dari 56 responden yang berada Di Ruang Bougenville RSUD Sawerigading Kota Palopo menunjukkan bahwa sebanyak 39 responden (69,6%) pernah melakukan mobilisasi dini dan sebanyak 17 responden (30,4%) tidak pernah melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini merupakan Mobilisasi dini ialah salah satu faktor yang bisa berpengaruh dalam penyembuhan luka pasca operasi. Mobilisasi dini benar benar penting sebagai tindakan pada pengembalian secara bertahap ketahap mobilisasi sebelumnya (Suratun & Sasmita, 2019).

Mobilisasi dini memiliki peran penting pada keadaan menurunkan rasa nyeri menggunakan metode mengalihkan pusat perhatian klien pada area nyeri maupun pada daerah operasi, menghambat aktivasi mediator kimiawi dalam reaksi peradangan yang bisa terjadi peningkatan respon nyeri dan meminimalisir pengiriman saraf nyeri ke saraf pusat (Suratun & Sasmita, 2019). Dampak jika mobilisasi dini tidak dilakukan adalah adanya peningkatan pada suhu tubuh dikarenakan terdapatnya involusi uterus yang kurang baik, sehingganya masih terdapat bekas darah yang belum diambil serta dapat mengakibatkan terjadinya infeksi (Metasari & Sianipar, 2018).

Dari hasil statistik dengan menggunakan uji korelasi koefisien kontingensi diperoleh dengan nilai  $p$  adalah 0,00 dimana nilai  $p < \alpha = 0,05$  menyatakan  $H_0$  ditolak, sehingga bisa disimpulkan bahwa terdapat korelasi antara mobilisasi dini dengan penurunan skala nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021 adalah bermakna dengan nilai korelasi sebesar 0,639 yang menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi hubungan kuat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mana penelitiannya berjudul pengaruh mobilisasi dini terhadap nyeri post operasi *sectio caesarea* dan hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh mobilisasi dini dengan penurunan intensitas nyeri post operasi *sectio* (Berkanis et al., 2020; Metasari & Sianipar, 2018). Adapun penelitian

---

lain dengan judul pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pasien post operasi *sectio caesarea* dan hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pasien post operasi *sectio caesarea* (Subandi, 2017; Suratun & Sasmita, 2019)

Dari 56 responden yang telah diteliti terdapat 37 (66,1%) responden pernah melakukan mobilisasi dini dan mengalami penurunan, hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya dimana terdapat motivasi keluarga maupun kerabat responden untuk melakukan mobilisasi dini serta adanya semangat dan niat responden untuk melaksanakan mobilisasi dini (Berkanis et al., 2020). Sebanyak 3,6% yang pernah melakukan mobilisasi dini dan tidak mengalami penurunan skala nyeri. Dalam penelitian sebelumnya mengatakan bahwa responden yang pernah melakukan mobilisasi dini dan tidak mengalami penurunan dikarenakan pada awal mobilisasi dini sering memberikan rasa nyeri yang lebih, sehingga masih terdapat responden yang trauma dan tidak ingin melakukan mobilisasi dini lagi (Sri et al., 2018). Adapun dalam teori sebelumnya mengatakan bahwa setiap orang memiliki ambang batas nyeri yang berbeda-beda, semakin rendah toleransi seseorang akan lebih mudah merasakan sakit (Nurarif & Kusuma, 2015). sebanyak 3,6% yang tidak pernah melakukan mobilisasi dini dan mengalami penurunan skala nyeri. Sejalan dengan penelitian sebelumnya, dimana pengalaman sebelumnya dan teknik koping seseorang menjadi hal yang dapat mempengaruhi rasa nyeri (Sri et al., 2018) serta usia merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi nyeri seseorang karena toleransi terhadap nyeri meningkat sesuai dengan penambahan usia. Sedangkan 15 (26,8%) responden tidak pernah melakukan mobilisasi dini dan tidak mengalami penurunan skala nyeri. Bagi responden yang tidak pernah melakukan mobilisasi dini dan tidak mengalami penurunan skala nyeri yaitu disebabkan karena kurangnya kontrol perawat dalam pelaksanaan SOP dalam melakukan mobilisasi dini pada pasien post operasi *sectio caesarea*. Dalam penelitian sebelumnya telah dijelaskan bahwa responden yang tidak melakukan mobilisasi dini disebabkan oleh beberapa responden yang takut terhadap jahitan operasinya bermasalah dan takut merasa nyeri saat melakukan pergerakan (Metasari & Sianipar, 2018; Sri et al., 2018).

Penatalaksanaan mobilisasi dini dapat dilakukan secara bertahap sesuai dengan SOP yang telah ada. Dampak jika mobilisasi dini lambat dilakukan atau ditunda adalah dapat mengakibatkan terjadinya penurunan vaskularisasi, yang mana dapat menurunkan suplai darah yang akan meningkatkan rasa nyeri pada area operasi serta kondisi ini dapat memperlambat penyembuhan luka post operasi (Metasari & Sianipar, 2018).

Peneliti berasumsi bahwa mobilisasi dini merupakan salah satu penatalaksanaan yang ampuh dalam menurunkan skala nyeri pasca operasi. Penatalaksanaan mobilisasi dini dengan cara bertahap atau sesuai SOP yang telah ada, dapat mempercepat proses penurunan skala nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea*. Namun jika penatalaksanaan mobilisasi dini tidak dilakukan sesuai SOP, maka proses penurunan skala nyeri akan semakin lama. Maka dari itu, peranan petugas kesehatan sangatlah penting dalam mengontrol serta membantu pasien saat melakukan penatalaksanaan mobilisasi dini agar skala nyeri pasien dapat berkurang dari sebelumnya.

## SIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah mayoritas responden yang berada di ruangan *Bougenville* telah melakukan mobilisasi dini setekah operasi *sectio caesarea*. Mayoritas responden yang berada di ruangan *Bougenville* mengalami penurunan skala nyeri. Ada hubungan mobilisasi dini dengan penurunan skala nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alam, H. sulistia. (2020). *Upaya mengurangi nyeri persalinan dengan metode akupresur*. Bandung: Media sains indonesia.
- Berkanis, A. ., Nubatonis, D., & Lestari, A. A. istri fenny. (2020). Pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi Di RSUD S.K Lerik Kupang Tahun 2018. *CHM-K Applied Scientifics Journal*, 3(1), 6–13.
- Heriana, P. (2014). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia*. Tangerang Selatan: Binarupa aksara.
- Metasari, D., & Kando, B. (2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan skala nyeri post operasi *sectio caesarea* Di RS. Raflessia Bengkulu. *Jurnal of Nursing and Public Health*, 6(1), 1–7.
- Metasari, D., & Sianipar, B. K. (2018). Pengaruh mobilisasi dini terhadap nyeri post operasi *sectio caesarea* Di Rumah Sakit Bengkulu. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 10(1), 8–13.
- Novita, R., & Saragih, M. (2019). Perbedaan intensitas nyeri sebelum dan sesudah ambulasi dini pada ibu postpartum post seksiosesar. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 10(1), 318–327. <https://doi.org/https://doi.org/10.33859/dksm.v10i1.390>
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: Mediacion.
- Saputra, L. (2013). *Catatan ringkas kebutuhan dasar manusia*. Tangerang Selatan: Binarupa aksara.
- Sri, K., Muhammad, H., & Dwi, A. (2018). Efektifitas mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri post operasi *sectio caesarea* Di RSUD Kudus. *Proceeding of the URECOL*, 866–872.
- Subandi, E. (2017). Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* di ruang Melati RSUD Gunung Jati Kota Cirebon Tahun 2017. *Syntax Literate : Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2(5), 58–74.
- Suratun, & Sasmita. (2019). Pengaruh mobilisasi dini terhadap peningkatan aktivitas pada pasien pasca operasi Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. *Masker Medika*, 7(1), 145–158.

## PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tia Sajidah

Nim : P00320120032

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pre Dan Post *Sectio Caesarea* Dengan Implementasi Mobilisasi Dini Untuk Mengatasi Masalah Utama Nyeri di Ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplak dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak kemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 10 Agustus 2023

yang menyatakan

Tia Sajidah

NIM: P00320120032



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU**

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225

Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343

website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



16 Juni 2023

Nomor : KH.03.01/233/6.2/2023  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Kepada Yth

Direktur RSUD  
Kabupaten Rejang Lebong

Di  
Tempat

Dengan Hormat

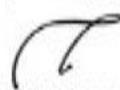
Sehubungan dengan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Laporan Kasus bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, maka bersama ini kami mohon ketersediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami tersebut dibawah ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan yang berkaitan dengan judul: *Asuhan Keperawatan Pre dan Post Sectio Caesarea Dengan Implementasi Mobilisasi Dini Untuk Mengatasi Masalah Utama Nyeri Di Ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.*

Adapun nama mahasiswa yang akan melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama : Tia Sajidah  
Nim : P00320120032

Demikianlah atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi Keperawatan  
Program Diploma Tiga

  
**Ns. Derison Marsinova B, S.Kep, M.Kep**  
Nip. 197112171991021001

Tembusan :  
- Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG  
**RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG**

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian Depun Kec Merigi Kabupaten Kepahiyang  
Kode Pos 39371  
Email rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 120 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 06 Juli 2023  
Sifat : Biasa Kepada Yth,  
Lampiran : - Kaprodi Keperawatan Curup  
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin penelitian di RSUD Kabupaten Rejang lebong Di -  
Curup

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: KH.03.01//6.2/2023 tanggal 16 Juni 2023, Perihal Surat Pengantar Permohonan izin penelitian atas nama Mahasiswa :

Nama : **TIA SAJIDAH**  
NPM : P00320120032  
Jurusan : D III Keperawatan  
Waktu Penelitian : 26 Juni s.d 02 Juli 2023  
Judul : ***Asuhan Keperawatan Pre dan Post Sectio Caesrea Dengan Implementasi Mobilisasi Dini Untuk Mengatasi Masalah Utama Nyeri di ruangan Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

Direktur  
RSUD Kabupaten Rejang Lebong



dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An  
NIP. 19800911 200804 1 001



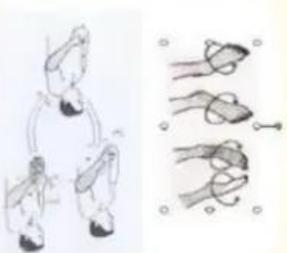
## Mobilisasi setelah operasi yaitu:

Aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari Latihan ringan di atas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan berjalan keluar



## TUJUAN MOBILISASI DINI PASCA OPERASI

- ✔ Mempertahankan fungsi tubuh
- ✔ Memperlancar peredaran darah
- ✔ Membantu pernafasan lebih baik
- ✔ Mempertahankan tonus otot



## ● MANFAAT MOBILISASI DINI:

- ✔ Mencegah tekanan darah rendah
- ✔ Mencegah hilangnya kekuatan otot
- ✔ Meningkatkan kekuatan otot
- ✔ Mengurangi tekanan pada kulit
- ✔ Mencegah susah buang air besar
- ✔ Mempercepat organ tubuh bekerja seperti semula
- ✔ Mempercepat pemulihan

## MOBILISASI DINI PADA PASIEEN PASCA OPERASI

TIA SAJIDAH  
P00320120032

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLTEKES KEMENKES BENGKULU  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN



## KERUCUCIAN TIDAK DILAKUKAN MOBILISASI DINI



- • • • •
- Penyembuhan luka menjadi lama
- Menambah rasa sakit
- Badan menjadi pegal & kaku
- Memperlama perawatan di rumah sakit



### Hal penting tentang mobilisasi dini

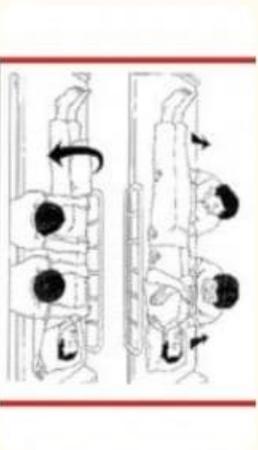
- 1 Pasien harus memiliki keyakinan untuk dapat melakukan mobilisasi dengan cepat
- 2 Mobilisasi dilakukan dengan segera mungkin dengan cara yang tepat
- 3 Gerakan tubuh yang tepat tidak akan menyebabkan jahitan lepas atau robek



## Tahapan Mobilisasi Dini Setelah Operasi



- 1 6 jam pertama setelah operasi pasien harus tirah baring dahulu. Mobilisasi yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki; mengangkat tumit; memegang otot betis serta menekuk dan menggeser kaki
- 2 Setelah 6-10 jam, pasien diharapkan dapat miring ke kiri dan kanan untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah



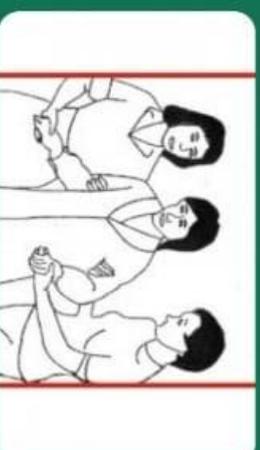
- 3 Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat memulai belajar duduk secara bertahap

- 4 Pasien didudukkan selama 5 menit dengan sandaran, lalu beristirahat jika lelah. durasi duduk ditingkatkan secara bertahap menjadi 10 menit, 15 menit dan seterusnya sesuai kemampuan pasien

- 5 Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien dapat belajar berdiri di samping tempat tidur



- 6 Setelah mampu berdiri di samping tempat tidur dalam beberapa menit, dianjurkan pasien belajar berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri



## DOKUMENTASI

### Pre dan Post Sectio Caesarea Indikasi KPSW

Tanggal	Dokumentasi
26 Juni 2023	 <p data-bbox="703 797 1010 824">Edukasi mobilisasi dini</p>
27 Juni 2023	 <p data-bbox="499 1256 735 1323">ROM pada pasien (post sc 6 jam)</p>  <p data-bbox="898 1256 1227 1323">Miring kiri-miring kanan (post sc 10 jam)</p>
27 Juni 2023	 <p data-bbox="738 1756 978 1816">Posisi semi fowler (Post sc 24 jam)</p>

28 Juni 2023



Posisi duduk  
(Post sc 2 hari)

29 Juni 2023



Ambulasi dini  
(post sc 3 hari)

# **bab 5**

*by Tia Sajidah*

---

**Submission date:** 13-Aug-2023 12:56PM (UTC-0500)

**Submission ID:** 2145211780

**File name:** pembahasan\_bab\_5.docx (30K)

**Word count:** 2064

**Character count:** 13123

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Setelah diberikan perawatan pada Ny. A dengan diagnosis sebelum dan sesudah operasi caesar dengan indikasi ketuban pecah sebelum waktunya. Penerapan perawatan kesehatan untuk ibu sebelum dan sesudah operasi caesar dengan indikasi ketuban pecah sebelum waktunya diberikan secara menyeluruh menggunakan proses pendekatan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi terutama dengan menerapkan teknik mobilisasi dini dan evaluasi keperawatan pada Ny A dengan ketuban pecah sebelum waktunya dari tanggal 26 Juni 2023 sampai tanggal 29 Juni 2023 untuk mendapatkan kesimpulan dan pemecahan masalah. Dengan demikian, penulis akan membandingkan teori dan hasil praktik di Ny. A dengan sebelum dan sesudah operasi caesar indikasi ketuban pecah sebelum waktunya di RSUD sebagai berikut :

#### 5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan langkah yang paling menentukan untuk langkah selanjutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Pada saat pre dan post operasi caesar, keluhannya adalah saat ibu mencapai usia kehamilan 38-40 minggu dengan atau tanpa komplikasi. Adanya keluhan atau yang berkaitan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan selama pengkajian, seperti nyeri yang dirasakan oleh kontraksi (Baradero 2017).

2 Pada pengkajian data nyeri diungkapkan dengan PQRST, P= Provokate/faktor pencetus timbulnya nyeri, Q= Quality/kualitas yang diungkapkan oleh pasien. R= Region/lokasi dirasakan nyeri, S= Saver/tingkat keperahan biasanya digambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, sedang atau berat dan T= Timing/seberapa sering nyeri dirasakan. Pengukuran skala nyeri dapat menggunakan alat ukur NRS (*Numeric Rating Scale*). (Nanda International, 2017)

Pada kasus Ny.A dengan Pre *Sectio Caesarea* Indikasi Ketuban Pecah Sebelum Waktunya dilakukan pengkajian pada hari Selasa 26 Juni 2023 pukul 15.10 WIB dengan metode wawancara, saat pengkajian ditemukan beberapa data yang ada pada klien. G1P0A0 dengan keluhan air ketuban merembes secara tiba-tiba berwarna keruh tanpa rasa nyeri pengeluaran tanpa kontraksi, terhitung jarak KPSW selama 30 jam dan akan dilakukan proses persalinan dengan cara *Sectio Caesarea*. Nyeri timbul setelah diberikan induksi selama 2 jam. Ny.A mengeluh nyeri bagian perut menjalar ke pinggang seperti diremas-remas dan mules, keluar air-air merembes secara tiba-tiba berwarna keruh terhitung sudah 30 jam dengan aterm 35-36 minggu, klien tampak gelisah dan cemas. Pada nyeri didapatkan data P: kontraksi, Q: mules, R: perut belakang menjalar ke paha, S: 4, T: hilang timbul per 30 menit dan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu didapatkan TD: 110/70 mmHg, N: 84x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,0°C serta denyut jantung janin 180x/menit. Berdasarkan data yang didapatkan pada Ny.A, hasil data tidak sejalan dengan teori oleh Baradero (2017) karena ada perbedaan pada nyeri yang dirasakan klien, klien tidak

merasakan nyeri saat dilakukan pengkajian namun nyeri timbul setelah diberikan induksi dikarenakan tidak adanya perkembangan kontraksi yang dirasakan pada klien.

Pada *post SC* meliputi keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan disebabkan oleh terputusnya kontinuitas jaringan, bagaimana pengeluaran lochea, bagaimana keadaan luka insisi abdomennya (Baradero 2017). Saat *post sectio caesarea*, penulis langsung melakukan observasi keadaan umum klien. Klien tampak lemas masih dalam kondisi efek dari anestesi yaitu pasien merasakan pusing serta kelelahan, terdapat luka *post operasi sectio caesarea* dengan panjang 10 cm berbentuk vertikal dibagian abdomen bawah, tertutup obsite dengan keadaan kering, pada bagian ekstremitas pergerakan terbatas dikarenakan adanya program perbatasan gerak. *Post sectio caesarea* setelah 6 jam diruang maternitas klien mengeluh nyeri pada luka *post operasi* dibagian abdomen bawah dengan data P: luka operasi, Q: seperti disayat-sayat, R: area luka operasi, S: 6, T: hilang timbul, bayi dirawat diruang mawar selama 10 jam dan ibu tidak mampu memberikan kolostrum kepada bayi, tidak terdapat gatal dan panas pada area luka operasi, pengeluaran lochea berwarna merah. Berdasarkan data yang didapatkan pada Ny.A, hasil data sejalan dengan teori karena adanya rasa nyeri yang dirasakan, sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Santiasari dkk, (2021) dimana pada pasien *post SC* 6 jam pertama akan merasakan nyeri.

## 5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori saat menegakkan diagnosis kemungkinan pada pasien sebelum dan sesudah operasi caesar yaitu (SDKI DPP PPNI, 2017): Pada saat pre sc, diagnosis yang mungkin adalah 1). Nyeri yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, 2). Ansietas berhubungan dengan khawatir mengalami kegagalan, 3). Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini, 4). Risiko cedera pada janin berhubungan dengan ketuban pecah dini. Sedangkan setelah operasi caesar, diagnosa yang dapat muncul seperti 1). Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada perut), 2). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak, 3). Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadeguan suplai ASI, 4). Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Hasil analisis data untuk pengkajian diagnosa keperawatan semuanya sesuai dengan teori. 4 diagnosa keperawatan sebelum sectio caesarea, 1) Nyeri berhubungan dengan adaptasi persalinan. 2). Ansietas berhubungan dengan Belum pernah operasi sebelumnya, 3). Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. 4). Risiko cedera pada janin akibat ketuban pecah dini. Diagnosa Keperawatan post sectio caesarea 4, 1). Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bedah abdomen) 2). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak. 3) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadeguan suplai ASI. 4) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka pasca operasi dan kontraksi uterus).

### 5.3 Rencana tindakan keperawatan

Tahap ketiga dalam proses keperawatan ialah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada disusun saat semua data terkumpul selesai dianalisis serta diprioritaskan. Langkah-langkah di perencanaan keperawatan terdiri dari : menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran serta tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan. (SIKI DPP PPN, 2018)

Rencana perawatan yang ada di teori yang telah disusun tidak semuanya dapat diterapkan dalam rencana asuhan keperawatan sebab penulis menyamakan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang tersedia di RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Dalam diagnosis pre sectio caesarea indikasi KPSW nyeri berhubungan dengan agen penyebab fisik, penulis melakukan rencana tindakan keperawatan berupa teknik mobilisasi dini supaya klien lebih rileks serta bisa secara perlahan beradaptasi dengan nyeri. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, penulis melakukan tindakan keperawatan berupa membina hubungan saling percaya dengan pasien serta keluarga dan memberikan informasi mengenai prosedur operasi sectio caesarea dan melakukan teknik distraksi mobilisasi dini. Pristahayuningtyas (2016) menyatakan bahwa mobilisasi dini memiliki peranan penting untuk mengurangi rasa nyeri dengan mengalihkan perhatian pasien di lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi zat kimia dalam proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri dan mengurangi transmisi sinyal nyeri ke pusat saraf. Diagnosa resiko infeksi berhubungan

dengan ketuban pecah dini maka penulis melakukan tindakan keperawatan antara lain berkoordinasi dengan petugas laboratorium dalam pemeriksaan leukosit, hemoglobin, faktor leukosit, diff count, trombosit. Diagnosa risiko cedera janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya, penulis melakukan prosedur keperawatan yang meliputi identifikasi pemeriksaan sebelumnya dan pemantauan riwayat kebidanan detak jantung janin setiap 15 menit.

Post *sectio caesarea*, penulis akan memberikan implementasi pereda nyeri dengan pemantauan nyeri dan skala nyeri, mengajarkan teknik mobilisasi dini sebagai pereda nyeri, secara teori teknik mobilisasi dini dilakukan sebanyak 3 hari berturut-turut pada pasien post operasi *Sectio Caesarea* dapat menurunkan tingkat nyeri dari skala 6 menjadi skala 2 (Monasantika, 2021). Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik memantau adanya keterbatasan dalam melakukan pergerakan dan mengajarkan mobilisasi. Diagnosa menyusui tidak efektif memeriksa keadaan payudara klien, mengajarkan dan menganjurkan klien untuk perawatan payudara post partum. Diagnosa risiko infeksi, tentukan keadaan umum klien dan kondisi luka pasca operasi, jelaskan pada klien tanda-tanda infeksi, dan berikan obat pencegah infeksi.

#### **5.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan sang perawat juga tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta persoalan kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun pada rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara independen serta bekerja sama dengan staf kesehatan lainnya. Sebelum melaksanakan tindakan, perlu dilakukan peninjauan balik terhadap kondisi dan kebutuhan klien dengan mengacu di diagnosis keperawatan. Tindakan keperawatan yang sudah direncanakan tidak semuanya dapat dilakukan sendiri oleh penulis, sehingga perlu bekerja sama dengan perawat di ruangan. Ketika tidak berada di ruangan, penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien, catatan ruangan, catatan dokter, serta berkomunikasi dengan perawat yang sedang bertugas

Hasil penelitian yang dilakukan Santiasari dkk, (2021) Study kasus pada 2 pasien post sectio caesarea yang dirawat selama tiga hari. sehingga didapatkan diagnosa prioritas nyeri akut. ada penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2 pada waktu tiga hari serta pasien bisa beraktivitas, skala nyeri diidentifikasi menggunakan alat ukur skala nyeri Numeric Rating Scale. Maka bisa disimpulkan bahwa mobilisasi dini bisa menurunkan skala nyeri serta menaikkan toleransi terhadap nyeri dalam masalah nyeri akut post SC.

Dalam Implementasi utama menurunkan skala nyeri Post Sectio Caesarea menggunakan cara terapi mobilisasi dini yang dimana dilakukan penulis secara mandiri serta dibantu keluarga agar selalu mengingatkan klien melakukan mobilisasi dini selama tiga hari. Teknik mobilisasi dini yang dilakukan dimulai saat 6 jam setelah operasi dengan mengkaji terlebih dahulu skala nyeri klien dengan menggunakan NRS, sebelum dilakukan tindakan mobilisasi dini didapatkan hasil bahwa Ny.A merasakan nyeri dengan skala

nyeri 6 dan setelah ditinjau klien dapat diberikan tindakan mobilisasi dini berupa ROM aktif selama 30 detik pada setiap gerakan pada ekstremitas dan diulang sebanyak 5-10 kali. Setelah dilakukan tindakan tersebut maka dikaji kembali skala nyeri yang dirasakan klien setelah diberikan implementasi mobilisasi dini dan klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan masih skala nyeri 6.

Pada 6-10 jam post sc maka dikaji dilakukan kembali mobilisasi dini yang berikutnya yaitu miring kiri dan kanan dimana klien tidak dapat melakukannya sendiri maka pada gerakan ini klien didampingi oleh perawat dan keluarga. Gerakan mobilisasi dini miring kanan dan kiri dilakukan selama 1 menit dengan diulang setiap 2 jam sekali, setelah dilakukan tindakan maka skala nyeri dikaji kembali pada 24 jam post sc dan didapatkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 5. Setelah 24 jam post sc maka dilanjutkan kembali dengan mobilisasi dini yaitu memposisikan klien dengan posisi semi fowler 30-40° secara perlahan dilakukan selama 1-2 jam sambil mengobservasi apakah klien pusing atau tidak. Setelah dilakukan tindakan tersebut, pada 2 hari post sc maka dikaji kembali skala nyeri yang dirasakan klien dan didapatkan data bahwa skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3. Pada 2 hari post sc maka mobilisasi yang diberikan yaitu latihan duduk secara mandiri, pada awal tindakan klien tidak mampu melakukan secara mandiri namun setelah diulang setiap 4 jam klien mampu melakukan duduk secara mandiri tanpa adanya rasa pusing, pada pemeriksaan post mobilisasi dini didapatkan data skala nyeri

yang klien rasakan yaitu skala nyeri 3, maka dilanjutkan untuk latihan mobilisasi berikutnya.

Setelah 3 hari post se dan didapatkan data skala nyeri klien 3 maka mobilisasi ini dilanjutkan dengan melakukan latihan berjalan di sekitar tempat tidur dan diulang sebanyak 3 kali. Klien mampu melakukan tindakan tersebut dan mengatakan tidak adanya keluhan pusing. Tindakan tersebut dilakukan sampai pasien pulang dan setelah dilakukan tindakan maka dikaji kembali skala nyeri yang dirasakan klien dan didapatkan data bahwa skala nyeri yang dirasakan klien adalah skala nyeri 2. Hal ini sejalan dengan teori penelitian yang dilakukan oleh Santiasari dkk, (2021) dimana setelah dilakukan mobilisasi ini dan didapatkan data bahwa skala nyeri klien menurun dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 2.

#### **5.5 Evaluasi keperawatan**

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi ialah suatu tahapan keperawatan mengukur respons pasien terhadap tindakan perawatan serta kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi adalah langkah akhir dari tahapan perawatan yang dipergunakan menjadi alat dalam mengukur taraf keberhasilan rencana perawatan guna memenuhi kebutuhan pasien sesuai kriteria hasil yang diharapkan. Evaluasi perawatan dibagi menjadi formatif serta sumatif.

Evaluasi yang dilakukan sudah sinkron dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari semua tindakan pada satu diagnosis yang penulis berikan dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Planning). Sesuai dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan di Ny. A dengan pre dan post

SC dengan indikasi KPSW menggunakan 8 diagnosis keperawatan, yaitu 4 diagnosis pre SC bisa teratasi di tanggal 26 Juni 2023 serta 4 diagnosis keperawatan post SC teratasi di tanggal 29 Juni 2023

Pada diagnosis nyeri berhubungan dengan luka operasi pada abdomen dengan hasilnya pasien mengatakan masih merasakan nyeri ketika bergerak terlalu aktif saja, pasien mengatakan nyeri telah berkurang dirasakan dengan skala nyeri ringan yaitu 2. Diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan data subjektifnya pasien mengatakan tubuhnya sudah enakan, pasien berkata telah mampu berjalan, pasien mengatakan bisa melakukan kegiatan secara mandiri. Pada diagnosis menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dengan pasien mengatakan ASI telah keluar, pasien melakukan tindakan pompa namun hanya sedikit ASI yang keluar, pasien mengatakan telah mampu menyusui bayinya tetapi jika bayinya masih merasa lapar pasien memberikan susu formula. Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, klien mengatakan kondisi luka kering pada bagian luka post SC yang tertutup obsite serta klien mengatakan tak menggigil, klien mengatakan tak sakit kepala.

Seusai melihat perkembangan klien, dokter menetapkan untuk klien dirawat jalan serta akhirnya klien pulang di hari Kamis, 29 Juni 2023 pukul 11.00 WIB.

## bab 5

### ORIGINALITY REPORT

<b>26%</b> SIMILARITY INDEX	<b>26%</b> INTERNET SOURCES	<b>3%</b> PUBLICATIONS	<b>5%</b> STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

### PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>repository.poltekkesbengkulu.ac.id</b> Internet Source	<b>12%</b>
<b>2</b>	<b>repository.poltekkes-kaltim.ac.id</b> Internet Source	<b>5%</b>
<b>3</b>	<b>docobook.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>repository.stikespantiwaluya.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>agus-sadrak.blogspot.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>eprints.poltekkesjogja.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repository.poltekkes-tjk.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>123dok.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>eprints.ukh.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>

10	<a href="https://repository.poltekkes-denpasar.ac.id">repository.poltekkes-denpasar.ac.id</a> Internet Source	1 %
11	<a href="https://repositori.uin-alauddin.ac.id">repositori.uin-alauddin.ac.id</a> Internet Source	1 %
12	<a href="https://repository.poltekkes-kdi.ac.id">repository.poltekkes-kdi.ac.id</a> Internet Source	<1 %
13	<a href="https://repository.unimugo.ac.id">repository.unimugo.ac.id</a> Internet Source	<1 %
14	<a href="https://eprints.kertacendekia.ac.id">eprints.kertacendekia.ac.id</a> Internet Source	<1 %
15	<a href="https://jazirahkomputer.blogspot.com">jazirahkomputer.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
16	<a href="https://repository.uin-suska.ac.id">repository.uin-suska.ac.id</a> Internet Source	<1 %
17	Agus Sarwo Prayogi, Yeyen Yuliana, Ana Ratnawati. "Pengaruh TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea", Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah, 2018 Publication	<1 %
18	Dewi Nurlaela Sari, Aay Rumhaeni. "Foot Massage Menurunkan Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea Pada Post Partum", Jurnal Kesehatan Komunitas, 2020 Publication	<1 %

---

Exclude quotes    On

Exclude bibliography    On

Exclude matches    < 3 words

## bab 5

---

PAGE 1

---

PAGE 2

---

PAGE 3

---

PAGE 4

---

PAGE 5

---

PAGE 6

---

PAGE 7

---

PAGE 8

---

PAGE 9

---

PAGE 10

---