

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada Bab ini akan membahas tentang proses Asuhan Keperawatan Maternitas pada pasien Ny. E.K dengan diagnosa medis G<sub>3</sub> P<sub>2</sub> A<sub>0</sub> post SC hari ke 0, oligohidramnion di Ruang kemuning Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Ruang Kemuning meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Umu Rara Meha beralamat di jalan Adam Malik Nomor 54-Waingapu kabupaten Sumba Timur, RSUD Umu Rara meha terdiri dari 2 instalasi yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap. Instalasi rawat jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli anak, Poli bedah umum, Poli kebidanan dan kandungan, Poli penyakit paru, Poli mata, Poli gigi dan mulut, Poli gizi, Poli saraf, Poli jantung. Instalasi rawat inap yaitu ruangan dahalia untuk pasien dewasa khusus penyakit dalam, ruangan anggrek untuk pasien anak-anak, ruangan bougenville untuk perawatan pasien sebelum dan pasca bedah, ruangan kemuning untuk perawatan kandungan dan kebidanan, ruangan PICU untuk pasien anak-anak dengan masalah kesehatan yang *emergency*, ruangan ICU untuk merawat pasien dengan kondisi yang membutuhkan pengawasan ketat, ruangan perina untuk pasien bayi baru lahir dengan masalah kesehatan, ruangan VIP.

### Ruangan Kemuning

Ruangan kemuning adalah salah satu instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu yang dikhususkan untuk perawatan pasien kandungan dan kebidanan dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 23 tempat tidur yang terdiri dari 3 kelas perawatan, 1 ruangan VIP, ruangan bersalin dan ruangan observasi. Kelas 1 memiliki 2 tempat tidur, kelas 2 memiliki 4 tempat tidur, kelas 3 memiliki 16 tempat tidur, ruangan VIP memiliki 1 tempat tidur, ruangan observasi memiliki 2 tempat tidur dan ruangan bersalin memiliki 4 tempat tidur.

## **4.2 Hasil Penelitian**

### **4.2.1 Pengkajian**

#### 1. Data umum biografi

Klien Ibu hamil dengan nama Ny. E. K (28 tahun), beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat di Hambala, Sumba timur, Indonesia. Nomor register 07XXXX, sudah menikah dengan 2 anak, usia 6 tahun dan 3 tahun, sedang mengandung anak ke 3 dan menikah dengan Tn. B.M yang juga merupakan penanggung jawab klien, umur 30 tahun, agama islam, pendidikan terakhir SMA pekerjaan sopir, bertempat tinggal sama dengan klien di Hambala, sumba timur, indonesia.

#### 2. Data umum kesehatan

Pada tanggal 15 januari 2024, klien datang ke Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha pada pukul 16.00 diruangan UGD, klien datang dengan keluhan keram pada perut bagian bawah. Klien dengan tinggi badan 150 cm, berat badan 58 kg, berat badan sebelum hamil 50 kg. masalah

kehamilan klien mengalami Oligohidramnion, obat-obatan yang digunakan selama hamil: vitamin B6, tablet tambah darah, dan kalk. Jenis alergi yang pernah di alami tidak ada, tidak ada elergi pada obat, tidak ada diet khusus yang dijalani terkait budaya. Frekuensi BAK: 8-9 x/hari, frekuensi BAB: 1-2 x/hari.

### 3. Data umum obstetrik

Kehamilan sekarang direncanakan oleh klien, dengan status obstetrikus G<sub>2</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>, usia kehamilan 35 minggu, Haid Pertama Hari Terakhir (HTHP) klien pada tanggal 28 april 2023 dan tanggal perkiraan yaitu 5 february 2024. Riwayat kelahiran, anak pertama klien berjenis kelamin laki-laki berumur 6 tahun, cara lahir *sectio caesarea*, berat badan lahir 2.500 gram, keadaan saat ini anak klien sehat. Anak kedua berjenis kelamin laki-laki berumur 3 tahun, cara lahir *sectio caesarea*, berat badan lahir 2.700 gram, keadaan saat ini anak klien sehat. Selama kehamilan klien tidak pernah mengikuti kelas prenatal, masalah kehamilan sekarang klien mengalami Oligohidramnion. Klien pernah menggunakan KB suntik, setelah melahirkan klien berencana untuk steril, makanan bayi pada anak sebelumnya PASI, setelah klien melahirkan, suami dan orang tua yang diharapkan untuk dapat membantu klien, masalah persalinan yang dialami klien yang lalu yaitu oligohidramnion.

### 4. Riwayat Persalinan Sekarang

Klien mulai kontraksi sejak tanggal 15 januari 2024 jam 16.00, tidak ada mengeluarkan lendir darah, keadaan kontraksi: frekuensi 2 x/10 menit, durasi 30 detik dan Detak Jantung Janin (DJJ): 130-139 x/menit..

## 5. Pemeriksaan Fisik Umum

### a. Keadaan umum

Keadaan umum klien saat ini, klien tampak sakit sedang, dengan kesadaran composmentis, neurologis E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>, hasil pemeriksaan tekanan darah 110/80 x/menit, nadi 90 x/menit, suhu 36°C, respirasi 19 x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, tinggi badan 154 cm dan berat badan 58 kg.

### b. kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan ataupun lesi, tipe rambut lurus, distribusi rambut merata diseluruh kepala dan warna rambut hitam.

### c. Mata

Bentuk mata normal, diameter kedua pupil sama, ada reflek cahaya, sklera berwarna putih normal, kongjungtiva berwarna merah mudah, tidak ada keluhan pada daerah mata.

### d. Telinga

Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan kotoran pada lubang telinga, tidak menggunakan alat pendengaran, fungsi pendengaran baik.

### e. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada sumbatan, fungsi penciuman baik, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terpasang alat bantu napas dan tidak ada keluhan pada hidung.

f. Bibir dan mulut

Tidak ada lesi, tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada sianosis, tidak ada sariawan, tidak menggunakan gigi palsu, mukosa bibir lembap.

g. Leher

Tidak ada lesi ataupun jejas, tidak ada pembengkakan pada kelejar tiroid, kelenjar limfe tidak teraba, nadi karotis teraba, tidak ada keluhan pada leher.

h. Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada lesi pada daerah dada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada suara napas tambahan, bentuk payudara simetris kanan dan kiri, areola terlihat lebih gelap, puting susu tidak tenggelam, tidak ada keluhan pada area dada.

i. Abdomen

Abdomen membesar karena hamil, adanya striae gravidari, peristaltik usus 15 x/menit. Hasil pemeriksaan leopold didapatkan; Leopold I: TFU dalam centimeter 30 cm, tinggi fundus uteri 3 jari di bawah prosesus sifoideus, bagian atas rahim teraba lebek, lunak dan tidak bulat. Leopold II: punggung janin teraba disisi kanan perut ibu, dan ekstermitas janian teraba di sisi kiri perut ibu. Leopold III: pada bagian perut bawah teraba keras, bulat dan melenting. Leopold IV: kepala janin belum memasuki pintu atas panggul.

j. Sistem eliminasi

Klien BAB 1-2x/ hari dengan konsistensi lunak, dan BAK 8-9x/ hari.

k. Status nutisi

Berat badan klien 58 kg, tinggi badan 154 cm IMT 24,4, nafsu makan klien baik dengan frekuensi makan 3x sehari, tidak ada mual atau muntah, dan menghabiskan porsi makan yang disediakan.

l. Ekstermitas

Ekstermitas atas, tidak ada edema, akral teraba hangat, terpasang infus di lengan dextra, jenis infus RL, faktor tetesan 20 tetesan x/menit, tidak ada nyeri pada area tusukan, nadi radialis 90 x/menit, warna telapak tangan pucat, CRT < 3 detik, adanya reflek fisiologis bipeps, adanya reflek patologis, tidak ada kelainan bentuk dan tidak ada fraktur. Ekstermitas bawah, akral hangat, adanya reflek patela dan adanya reflek patologi.

6. Data Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 15 Januari 2024, hasil pemeriksaan laboratorium, pada pemeriksaan hemoglobin hasil pemeriksaannya 12,29 g/dL (normal 12.0-15.6 g/dL), hasil pemeriksaan hematokrit 34,0% (normal 33.0-45.0%), hasil pemeriksaan leukosit 10,95 ribu/ui (normal 4.50-11.0 ribu/ui), pemeriksaan trombosit 373 ribu/ui (normal 150-450 ribu.ui), eritrosit 4,73 juta/uL (normal 4.10-5.10 juta-uL), masa

pendarahan (*bleeding time*/BT) 2 menit (normal 1-6 menit), masa pembekuan (*cloting Time*/CT) 7 menit (normal 6-14 menit).

### **Tindakan operasi**

Tindakan operasi *sectio caesarea* dilakukan pada tanggal 17 Januari 2024 yang dimulai pada pukul 09.40 WIT dan selesai pukul 10.25 WIT, diruangan OK. Tindakan anastesi dimulai pukul 09.30 dengan teknik anastesi yang diberikan secara regional: spin, level 4-5 median/paramedian, obat anastesi: levobupivacain volume 3cc. Indikasi operasi oligohidramnion, dilakukan dengan sayatan pfannenstiel atau sayatan yang dilakukan secara horizontal di atas garis rambut area kemaluan dengan luka sayatan  $\pm$  10cm. Selama tindakan operasi cairan yang masuk melalui infus RL 1000cc, cairan keluar melalui urin 100cc dan pendarahan  $\pm$  150cc, tidak ada komplikasi pada saat tindakan operasi.

### **Pengkajian Post Operasi**

#### 1. Keadaan umum:

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Januari 2024. Klien Post OP *Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi oligohidroamnion. Klien masuk ke Ruangan Kemuning menggunakan brankar pada jam 11.15 WIB dengan diagnosa Post OP SC H-0+G<sub>3</sub>P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>. Hasil pemeriksaan keadaan umum klien tampak lemas, tanda-tanda vital tekanan darah klien 90/80 mmHg, nadi 65 x/menit, suhu 36°C, SpO<sub>2</sub> 99%, respirasi 19x/menit, kesadaran *composmentis*. Klien mengatakan kedua kaki terasa keram, klien tampak pucat dan lemas, klien mengatakan badan terasa lemas, terdapat bekas

luka operasi di abdomen bagian bawah dengan sayatan secara horizontal, berada di atas garis rambut area kemaluan tertutup kassa steril dan *transparan film* dengan panjang sayatan  $\pm 10$  cm, area sekitar luka terasa kaku, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, kulit area luka tampak kering. Pukul 14.00 WIT, klien mulai mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, klien mengatakan belum berani bergerak karena takut nyeri akan bertambah, hasil observasi nyeri sebagai berikut P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan, klien tampak meringis dan membatasi gerak.

## 2. Data Umum Obstetrik

Klien menjalani perawatan post operasi *sectio caesarea* hari ke-0 pada pukul 11.15 WIT, klien menjalani operasi *sectio casarea* dengan indikasi oligohidramnion. Diaognosa operasi: operasi SC+MOW+G<sub>3</sub>P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>. Tindakan anastesi dimulai pukul 09.30 teknik anastesi yang diberikan secara regional: spin, level 4-5 median/paramedian, obat anastesi: levobupivacain volume 3cc.

## 3. Riwayat Persalinan Sekarang

Klien melahirkan anaknya yang 3 pada tanggal 17 januari 2024, klien menjalani persalinan melalui operasi *sectio caesarea*, klien menjalani

operasi *sectio caesarea* pada persalinan sekarang dengan indikasi oligohidramnion, tindakan operasi dilakukan selama 45 menit yang dimulai pukul 09.40 WIT dan selesai pada pukul 10.25 WIT di ruangan OK. Kemudian klien menjalani perawatan *post* operasi *sectio caesarea* hari ke 0 pada pukul 11.15 WIT di Ruang Kemuning, keadaan umum klien, klien tampak lemas, tekanan darah klien 90/80 mmHg, nadi 65 x/menit, suhu 36,0°C, SpO<sub>2</sub> 99%, respirasi 19x/menit, klien mengatakan kedua kaki terasa keram, klien tampak pucat dan lemas, klien mengatakan badan terasa lemas, terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah dengan sayatan secara horizontal, berada di atas garis rambut area kemaluan tertutup kassa steril dan *transparan film* dengan panjang sayatan ±10 cm, area sekitar luka terasa kaku, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, kulit area luka tampak kering. Pukul 14.00 WIT, klien mulai mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, klien mengatakan belum berani bergerak karena takut nyeri akan bertambah, hasil observasi nyeri sebagai berikut P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan, klien tampak meringis dan membatasi gerak.

Keadaan umum bayi baru lahir: bayi klien berjenis kelamin perempuan, berat badan: 2250 gram (normal 2250-3500 gram), panjang badan: 46 cm (normal: 45-54 cm), lingkar kepala 32 cm (normal 33-37 cm), lingkar

dada: 29 cm (normal 2 cm lebih kecil dari LK), lingkar perut: 28 cm (normal: 30-38 cm), lingkar lengan: 11 cm. APGAR score: *Appearance/* warna kulit: 1 menit:2 5 menit:2, *pulse/* denyut nadi: 1 menit:2 5 menit:2, *Grimace/* reflek dan respon terhadap rangsangan: 1 menit:1 5 menit:1, *Activity/* tonus otot: 1menit:1 5 menit:2, *Respiration/* pernapasan: 1 menit:2 5 menit:2, total nilai APGAR score : 8/9 (normal: 7-10).

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: keadaan umum klien, klien tampak lemas tekanan darah klien 90/80 mmHg, nadi 65 x/menit, suhu 36,0°C, SpO<sub>2</sub> 99%, respirasi 19x/menit, klien mengatakan badan terasa lemas, klien mengatakan belum bisa menggerakkan kaki dan tangan, kaki terasa kram, klien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi klien, hasil observasi nyeri, P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan. Klien tampak lemas dan pucat, klien tampak meringis, terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah tertutup kassa steril dan *transparan film*.

##### a. kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan ataupun lesi, tipe rambut lurus, distribusi rambut merata diseluruh kepala dan warna rambut hitam.

b. mata

Bentuk mata normal, diameter kedua pupil sama, ada reflek cahaya, sklera berwarna putih normal, kongjungtiva terlihat berawarna merah mudah.

c. Telinga

Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan kotoran pada lubang telinga, tidak menggunakan alat pendengaran, fungsi pendengaran baik.

d. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada sumbatan, fungsi penciuman baik, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terpasang alat bantu napas dan tidak ada keluhan pada hidung.

e. Bibir dan mulut

Tidak ada lesi, tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada sianosis, tidak ada sariawan, tidak menggunakan gigi palsu, mukosa bibir kering.

f. Leher

Tidak ada lesi ataupun jejas, tidak ada pembengkakan pada kelejar tiroid, kelenjar limfe tidak teraba, nadi karotis teraba, tidak ada keluhan pada leher.

g. Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada lesi pada daerah dada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada suara napas tambahan bentuk payudara

simetris kanan dan kiri, areola terlihat lebih gelap, sudah mengeluarkan kolostum, puting susu tidak tenggelam, tidak ada keluhan pada area dada.

h. Abdomen

Bentuk abdomen terlihat datar, terdapat bekas luka operasi tertutup kassa steril dan *transparan film*, klien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi, adanya nyeri tekan pada daerah luka operasi, area sekitar luka terasa kaku, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, kulit area luka tampak kering, bekas sayatan operasi horizontal berada di atas garis rambut area kemaluan.

i. Sistem eliminasi

Setelah menjalani persalinan klien sudah BAK sebanyak 200cc menggunakan kateter, klien belum BAB setelah persalinan.

j. Status nutrisi

Setelah persalinan, klien belum makan maupun minum, klien tidak mengalami mual ataupun muntah.

k. Ekstermitas

Ekstermitas atas, tidak ada edema, akral teraba hangat, terpasang infus dengan dextra, jenis infus RL, faktor tetesan 20 tetesan x/menit, tidak ada nyeri pada area tusukan, nadi radialis 90 x/menit, warna telapak tangan pucat, CRT < 3 detik, adanya reflek fisiologis biseps, tidak ada kelainan bentuk dan tidak ada fraktur. Ekstermitas

bawah, akral hangat, tidak ada edema, adanya reflek patela dan adanya reflek patologi.

#### 1. Terapi

Klien diberikan terapi katerolac, 30 mg 2x1 via intravena, indikasi: obat analgesik untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang seperti nyeri setelah operasi, amoxicillin 500 mg 2x1 via oral, indikasi: obat antibiotik untuk mengobati berbagai infeksi, dexamethason 6 mg 3x1 via intravena, indikasi: steroid sintetis untuk mengurangi peradangan dan reaksi alergi.

Tabel 4.1 Analisa data

#### Analisa Data

DATA (DS & DO)	MASALAH (PROBLEM)	PENYEBAB (ETIOLOGI)
DS: 1. klien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, klien mengatakan belum berani bergerak karena takut nyeri akan bertambah 2. klien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi P: nyeri bertambah ketika klien bergerak O: nyeri seperti tertusuk-tusuk R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen S: skala nyeri 6 (0-10) T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan DO: 1. klien post op <i>sectio caesarea</i> hari ke 0 2. klien tampak meringis	Gangguan integritas kulit	Faktor mekanis ( luka post op)

- 
3. area sekitar luka terasa kaku, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, kulit area luka tampak kering.
  4. terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah tertutup kassa steril dan *transparan film*.
  5. Tanda-tanda vital  
 TD: 90/80 mmHg  
 N: 65x/menit  
 RR: 19x/menit  
 S: 36°C  
 Spo2: 99%
- 

DS:-

Risiko infeksi

Prosedur invasif

DO:

1. klien post op *sectio caesarea* hari ke 0
2. leukosit 12,95 ribu/ui
3. S: 36°C

DS:

Risiko hipovolemia

Kehilangan cairan secara aktif

1. klien mengatakan badan terasa lemas

DO:

1. klien post op *sectio caesarea* hari ke 0
  2. klien tampak lemas dan pucat
  3. kongjungtiva pucat
  4. mukosa bibir kering
  5. TD: 90/80 mmHg
  6. N: 65x/menit
  7. S: 36°
-

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data di atas, dapat diprioritaskan urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. **Gangguan Integritas Kulit b.d faktor mekanis (luka post op)**
2. **Risiko Infeksi d.d efek prosedur infasif**
3. **Risiko Hipovolemia d.d kehilangan cairan secara aktif**

#### 4.2.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa prioritas yang ditemukan, maka intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi masalah tersebut adalah sebagai berikut:

Intervensi untuk diagnosa yang pertama Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis ( luka post op), **tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: 1. Elestisitas meningkat, 2. Hidrasi meningkat, 3. Perfusi jaringan meningkat, 4. Nyeri menurun.

**Intervensi** : Observasi: mengukur tanda-tanda vital, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, identifikasi tanda-tanda kerusakan integritas kulit seperti: elestisitas, nyeri, kemerahan, hematoma dan suhu kulit, identifikasi toleransi fisik dalam melakukan mobilisasi.

Terapeutik: bantu klien melakukan mobilisasi dini secara bertahap, pada 6 jam pertama post operasi SC, lakukan gerakan pada ekstermitas atas dan bawah, setelah 6-10 jam post operasi SC, miring kanan dan miring kiri, setelah 24 jam post operasi SC, berlatih duduk

dan berdiri, berlatih berjalan. Edukasi: ajarkan mobilisasi dini, jelaskan manfaat mobilisasi dini.

Intervensi untuk diagnosa kedua, Risiko infeksi d.d efek prosedur infasif, **Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Nyeri menurun, 2. Kadar sel darah putih menurun. **Intervensi:** Observasi: identifikasi tanda dan gejala infeksi seperti: demam, kemerahan, nyeri, bengkak dan kadar sel darah putih. Terapeutik: batasi jumlah pengunjung, lakukan perawatan luka, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Edukasi: jelaska tanda dan gejala infeksi pada luka, jelaskan komplikasi yang terjadi jika sampai infeksi pada luka operasi.

Intervensi untuk diagnosa ketiga, Risiko Hipovolemia, **Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: membran mukosa lembab meningkat, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik, turgor kulit membaik. **Intervensi:** Observasi: periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah), monitor intake dan output cairan. Terapeutik: berikan asupan cairan. Edukasi: ajarkan memperbanyak asupan oral.

#### 4.2.4 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 17-19 Januari 2024.

1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (luka post op).

**Implementasi pada hari pertama:** pukul 11.18 WIT mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 96 x/menit), Pukul 17.00 WIT mengobservasi keadaan pasien pasien tampak sadar, pasien belum berani melakukan pergerakan karena klien takut nyeri bertambah. Pada pukul 17.05 WIT Membantu klien melakukan gerakan mobilisasi dini. Pada tahap pertama menjelaskana manfaat mobilisasi dini kepada klien dan mengajarkan mobilisasi dini, membantu klien untuk menggerakkan kaki dan tangan dengan cara: memutar pergelangan tangan, mengepalkan telapak tangan kemudian lepaskan, merapatkan jari-jari tangan kemudian regangkan, menggerakkan sendi kaki dengan cara menekuk telapak kaki ke bawah dan ke atas, miringkan kekanan dan kekiri, menekuk jari kaki kebawah dan ketas, kemudian menegangkan jari kaki dan rapatkan kembali, membantu klien melakukan gerakan miring kiri dan miring kanan dengan cara: menekuk lutut kaki kiri lalu berpegangan pada sisi kiri tempat tidur, kemudian putar badan

ke arah kanan, mengulangi hal yang sama untuk miring kekiri. Mengobservasi toleransi aktivitas: (klien melakukan gerakan menggerakkan ekstermitas atas dan bawah dengan bantuan, gerakan miring kanan dan miring kiri dengan bantuan). Pukul 18.30 mengobservasi kondisi luka (elastisitas: Area bekas luka terasa kaku, hidrasi: kulit area luka tampak kering, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, nyeri: klien mengeluh nyeri pada bekas luka P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan. Pukul 24.00 WIT, mengobservasi kembali tanda-tanda vital (tekan darah: 110/80 mmHg, suhu : 36.5°C).

**Implementasi hari ke dua:** Pukul 05.00 WIT mengobservasi tanda tanda vital, (tekanan darah: 100/90 mmHg, suhu: 36,7°C) Pukul 09.15 WIT mengobservasi kondisi luka (elastisitas: kekakuan pada area luka menurun, hidrasi: area luka mulai tampak lembab dengan baik, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak tidak pucat atau kembali ke warna kulit normal, dan mulai hangat saat di sentuh menunjukkan sirkulasi darah sudah mulai lancar, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, namun tingkat nyeri sudah mulai menurun dari sebelumnya

observasi nyeri: P: nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 4 (0-10), T: nyeri hilang timbul), Pukul 15.00 WIT Memotivasi klien melakukan mobilisasi dini, pukul 17.00 WIT membantu klien melakukan mobilisasi dini tahap selanjutnya (membantu klien duduk ditempat tidur tanpa bersandar, melatih duduk ditepi tempat tidur, membantu klien berdiri di samping tempat tidur, membantu untuk berjalan), Pukul 17.30 WIT, mengobservasi toleransi aktivitas: klien sudah bisa duduk di tempat tidur tanpa bersandar dengan bantuan sebagian, klien dapat duduk di bisa berdiri di samping tempat tidur dengan bantuan sebagian, klien sudah mulai berjalan dengan bantuan sebagian. Pukul 24.00 WIT, mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah: 110/90 mmHg, suhu : 36,°C, nadi).

**Implementasi hari ke tiga:** pukul 05.10 WIT, mengobservasi tanda-tanda vital, tekanan darah :120/90 mmHg, suhu : 36,5° C. pukul 09.00 WIT, membantu pasien melakukan mobilisasi klien tahap selanjutnya membantu klien duduk ditempat tidur tanpa bersandar, melatih duduk ditepi tempat tidur, membantu klien berdiri di samping tempat tidur, membantu untuk berjalan, Pukul 09.15 WIT mengobservasi toleransi aktivitas: klien sudah bisa duduk di tempat tidur tanpa bersandar tanpa bantuan, klien dapat

duduk di bisa berdiri di samping tempat tidur tanpa bantuan, klien sudah mulai berjalan tanpa bantuan, Pukul 11.00 WIT Melakukan perawatan luka, Mengobservasi kondisi luka (Elastilitas: kulit disekitar bekas luka mulai kembali ke bentuk semula ketika diregangkan, bekas luka tidak terasa kaku atau tegang, hidrasi: area luka tampak lembab dengan baik, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak tidak pucat atau kembali ke warna kulit normal, dan mulai hangat saat di sentuh menunjukkan sirkulasi darah sudah mulai lancar, nyeri: klien mengatakan nyeri sudah berkurang P: Nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 3 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul. Pukul 13.00 WIT klien sudah dianjurkan pulang oleh dokter, intervensi di hentikan

## 2. Risiko infeksi ditandai dengan prosedur infasif

**Implementasi hari pertama:** Pukul 11.18 WIT mengobservasi tanda-tanda vital suhu 36,5<sup>o</sup>c, Pukul 18.30 WIT, menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka, menjelaskan komplikasi yang terjadi yang terjadi jika sampai infeksi pada luka operasi kemudian mengobservasi tanda tanda infeksi: Mengobservasi tanda- tanda infeksi (demam: klien tidak mengalami demam, dengan hasil pengukuran suhu: 36,7<sup>o</sup>C kemerahan: tidak terdapat kemerahan pada sekitar bekas luka, nyeri: klien masih

mengeluh nyeri pada bekas luka P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan, bengkak: kulit disekitar bekas luka tidak terlihat ada pembengkakan, pukul 24.00 WIT mengobservasi kembali tanda-tanda vital: suhu : 36.5°c.

**Implementasi hari kedua:** pukul 05.00 WIT mengobservasi tanda tanda vital, suhu: 36,7oC, pukul 19.15 WIT Mengobservasi tanda- tanda infeksi (demam: klien tidak mengalami demam, dengan hasil pengukuran suhu: 36,7oC kemerahan: tidak terdapat kemerahan pada sekitar bekas luka, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, namun tingkat nyeri sudah mulai menurun dari sebelumnya, P: nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 4 (0-10), T: nyeri hilang timbul), bengkak: kulit disekitar bekas luka tidak terlihat ada pembengkakan), Pukul 24.00 WIT, mengobservasi tanda tanda vital, suhu : 36,°C.

### **Implementasi hari ke 3**

mengobservasi tanda-tanda vital suhu : 36,5° C, Mengobservasi tanda-tanda infeksi Demam: klien tidak mengalami demam, hasil pemeriksaan suhu: 36,5°C, Kemerahan: tidak terlihat

kemerahan, Nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, namun tingkat nyeri sudah mulai menurun dari sebelumnya, P: Nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 3 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul), bengkak: tidak terlihat pembengkakan pada bekas luka dan kulit disekit luka).

### 3. Risiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan aktif

#### **Implementasi hari pertama:**

pukul 11.18 WIT mengobservasi tanda-tanda vital tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 96 x/menit. Pukul 14.05 WIT Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, (membran mukosa kering, pasien tampak lemas, tekanan darah:100/80mmHg, turgor kulit <2 detik). pukul 17.30 mengganti cairan infus RL 20 tpm 500cc, Pukul 17.40 WIT memberikan asupan cairan oral (pasien mengatakan sudah minum air sebanyak 1 gelas  $\pm$  250 cc), pukul 24.00 WIT, mengobservasi kembali tanda-tanda vital tekanan darah: 110/80 mmHg, suhu : 36.5<sup>o</sup>c, nadi :96x/menit, Pukul 24.05 WIT memonitor intake dan output (intake: klien mendapatkan cairan infus sebanyak 500cc, mendapatkan asupan cairan oral  $\pm$ 1000cc, output: klien BAK: sebanyak 950 cc), memeriksa tanda dan gejala hipovolemia: : membran mukosa

lembab, pasien masih merasa lemah, tekanan darah: 110/80mmhg, turgor kulit <2 detik).

#### **Implementasi hari ke dua:**

pukul 05.00 WIT mengobservasi tanda-tanda vital tekanan darah: 100/90 mmHg, nadi: 99 x/menit, Pukul 07.00 WIT, memeriksa tanda dan gejala hipovolemia: (membran mukosa lembab, klien sudah tidak tampak lemas), memberikan asupan cairan oral (pasien sudah minum air sebanyak 2 gelas  $\pm$  450 cc), Pukul 10.00 WIT memberikan asupan cairan oral (pasien mengatakan sudah minum air sebanyak 1 gelas  $\pm$  250cc), pukul 17.30 Memberikan asupan cairan oral: pasien mengatakan sudah minum air sebanyak 3 gelas  $\pm$  750cc), pukul 24.00 WIT mengobservasi intake dan output cairan ( intake: pasien mendapatkan infus sebanyak 500cc, asupan cairan oral:  $\pm$  1.500 cc, output: pasien sudah BAK: 1000cc). memeriksa tanda dan gejala hipovolemia: (membran mukosa lembab, klien sudah tidak tampak lemas).

#### **Implementasi hari ketiga:**

pukul 05.10 WIT, mengobservasi tanda-tanda vital, tekanan darah :120/90 mmHg, N: 99x/m. pukul 07.00 WIT memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (membran mukosa lembab, kongjungtiva tidak pucat, klien sudah tidak lemas).

#### 4.2.5 Evaluasi

**Evaluasi hari pertama**, Tanggal 17 januari 2024 evaluasi pada implementasi yang didapatkan:

##### 1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis

Diagnosa pertama, evaluasi pada pukul 18.30 WIT, Gangguan integritas kulit d.d faktor mekanis . Data subjektif: klien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, namun klien mengatakan sudah bisa melakukan gerakan dengan bantuan. Data objektif: terdapat luka jahitan post operasi *sectio caesarea* tertutup kassa steril dan *transfarn film*, tanda-tanda vital: tekanan darah 100/80 mmHg. Klien dapat melakukan tindakan mobilisasi dini dengan bantuan, Kondisi luka: elastisitas: Area bekas luka terasa kaku, hidrasi: kulit area luka tampak kering, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, nyeri: klien mengeluh nyeri pada bekas luka P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan. Assesment: Gangguan integritas kulit teratasi sebagian, Planing : observasi tanda-tanda vital, observasi nyeri, observasi kondisi luka, lakukan mobilisasi dini tahap selanjutnya.

## 2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif

Diagnosa kedua, evaluasi pada pukul 18.30 WIT, Risiko infeksi, Data subjektif:- , Data objektif: terdapat bekas luka post operasi di perut bagian bawah, tanda-tanda infeksi demam: klien tidak mengalami demam, dengan hasil pengukuran suhu: 36,7°C kemerahan: tidak terdapat kemerahan pada sekitar bekas luka, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, bengkak: kulit disekitar bekas luka tidak terlihat ada pembengkakan. menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka, Assesment: Risiko infeksi tidak terjadi, Planning: intervensi yang dilanjutkan: observasi tanda-tanda vital, observasi tanda-tanda infeksi

## 3. Risiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif

Diagnosa ketiga, evaluasi pada pukul 24.05 WIT, Data subjektif: pasien mengatakan masih merasa lemas, Data objektif: pasien tampak lemas, pasien tampak pucat, tekanan darah: 110/80mmHg, turgor kulit: <2 detik. Assesment: Risiko hipovolemia tidak terjadi, planning: intervensi yang dilanjutkan: periksa tanda dan gejala hipovolemia, berikan asupan cairan, monitor intake dan output cairan).

**Evaluasi hari kedua**, Tanggal 18 januari 2024 evaluasi pada implementasi yang didapatkan:

### 1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis

Diagnosa pertama, evaluasi pada pukul 19.00 WIT, Gangguan integritas kulit d.d faktor mekanis . Data subjektif: klien mengatakan

nyeri pada bekas operasi sudah mulai menurun dan bisa melakukan pergerakan dengan bantuan sebagian , Data objektif: terdapat luka jahitan post operasi *sectio caesarea* tertutup kassa steril dan *transparn film*, tanda tanda vital, tekanan darah: 110/90 mmHg, suhu : 36,°C, nadi :99x/menit,  $SpO_2$  : 98%, respirasi : 20x/menit, pasien dapat melakukan mobilisasi dini tahapan selanjut: : klien dapat melakukan mobilisasi dini dengan bantuan sebagian. Kondisi luka; elastisitas: kekakuan pada area luka menurun, hidrasi: area luka mulai tampak lembab dengan baik, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak tidak pucat atau kembali ke warna kulit normal, dan mulai hangat saat di sentuh menunjukkan sirkulasi darah sudah mulai lancar, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, namun tingkat nyeri sudah mulai menurun dari sebelumnya observasi nyeri: P: nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 4 (0-10), T: nyeri hilang timbul). Assesment: Gangguan integritas kulit teratasi sebagian, Planing : intervensi yang dilanjutkan: observasi tanda-tanda vital, observasi nyeri, observasi kondisi luka.

## 2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif

Diagnosa kedua, evaluasi pada pukul 19.15 WIT, Risiko infeksi, Data subjektif:- , Data objektif: tanda tanda vital, tekanan darah: 110/90 mmHg, suhu : 36,°C, nadi :99x/menit,  $SpO_2$  : 98%, respirasi : 20x/menit, tanda-tanda infeksi demam: klien tidak mengalami

demam, dengan hasil pengukuran suhu: 36,°C kemerahan: tidak terdapat kemerahan pada sekitar bekas luka, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, bengkak: kulit disekitar bekas luka tidak terlihat ada pembengkakan. menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka. Assesment: Risiko infeksi tidak terjadi. Planning: observasi tanda-tanda vital, observasi tanda-tanda infeksi.

3. Risiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif

Diagnosa ketiga, evaluasi pada pukul 24.00 WIT. Data subjektif: pasien mengatakan sudah tidak merasa lemas. Data objektif: pasien tampak tidak lemas, membran mukosa lembab, kongjungtiva tidak pucat, tekanan darah: 110/90 mmHg, turgor kulit: <2 detik. Assesment: Risiko hipovolemia tidak terjadi. Planning: intervensi di hentikan.

**Evaluasi hari ketiga**, Tanggal 19 januari 2024 evaluasi pada implementasi yang didapatkan:

1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis

Diagnosa pertama, evaluasi pada pukul 11.00 WIT, Gangguan integritas kulit d.d faktor mekanis . Data subjektif: klien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi sudah menurun dan sudah melakukan pergerakan tanpa bantuan. Data objektif: tanda-tanda vital, tekanan darah :120/90 mmHg, suhu : 36,5° C, klien sudah bisa duduk di tempat tidur tanpa bersandar tanpa bantuan, klien dapat duduk di bisa berdiri di samping tempat tidur tanpa bantuan, klien sudah mulai berjalan

tanpa bantuan, Elastilitas: kulit disekitar bekas luka mulai kembali ke bentuk semula ketika diregangkan, bekas luka tidak terasa kaku atau tegang, hidrasi: area luka tampak lembab dengan baik, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak tidak pucat atau kembali ke warna kulit normal, dan mulai hangat saat di sentuh menunjukkan sirkulasi darah sudah mulai lancar, nyeri: klien mengatakan nyeri sudah berkurang P: Nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 3 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul Nyeri: klien mengatakan nyeri sudah berkurang P: Nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 3 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul. Assesment: Gangguan integritas kulit teratasi. Planing : KIE untuk kontrol luka satu minggu kedepan.

## 2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif

Diagnosa kedua, evaluasi pada pukul 11.00 WIT, Risiko infeksi, Data subjektif:- . Data objektif: tanda- tanda infeksi demam: klien tidak mengalam demam, dengan hasil pengukuran suhu: 36,5° C kemerahan: tidak terdapat kemerahan pada sekitar bekas luka, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, namun tingkat nyeri sudah mulai menurun dari sebelumnya, bengkak: kulit disekitar bekas luka tidak terlihat ada pembengkakan). Assesment: Risiko infeksi

tidak terjadi. Planning: intervensi yang dilanjutkan: KIE untuk kontrol luka satu minggu kedepan.

#### **4.3 PEMBAHASAN**

Pembahasan mengenai hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien Ny. E.K post operasi *sectio caesarea* dengan masalah Gangguan Integritas Kulit di Ruang kemuning Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha yang dilaksanakan selama 3 hari.

Pendekatan studi kasus dilakukan untuk membahas adanya kesesuaian ataupun kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan pada asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

##### **4.3.1 Data Umum**

Hasil pengkajian didapatkan Ny. E.K berusia 29 tahun telah menjalani operasi *sectio caesarea*, efek dari tindakan operasi meninggalkan bekas luka insisi, sehingga pasien harus menjalani perawatan pasca operasi di Ruang Kemuning.

Menurut Ananda riykz et al (2021) Pembedahan *sectio casarea* yang dilakukan menimbulkan sebuah kondisi luka insisi, akibat dari insisi ini akan menimbulkan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh dan menjadikan luka.

Luka merupakan rusaknya struktur dan fungsi anatomis normal akibat proses patologis yang berasal dari internal ataupun

eksternal kondisi ini yang mengakibatkan terjadinya kerusakan pada integritas kulit, untuk mengatasi kerusakan integritas kulit pada pasien pasca operasi dilakukan perawatan intensif di ruangan perawatan (Ananda riykz et al., 2021).

#### 4.3.2 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16-17 januari 2024 di Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha ruangan Kemuning, Hasil pengkajian didapatkan pasien atas nama Ny E.K berusia 29 tahun. Pengkajian pra operasi dilakukan pada tanggal 16 januari 2024, dari hasil pengkajian didapatkan klien dengan keadaan umum kesadaran composmentis, neurologis E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>, hasil pemeriksaan tekanan darah 120/80 x/menit, nadi 90 x/menit, suhu 36°C, respirasi 19 x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, tinggi badan 154 cm dan berat badan 58 kg, IMT 24,4. Pada pemeriksaan laboratorium di dapatkan hasil: hemoglobin: 12,29 g/dL, leukosit: 10,95 ribu/ui, pemeriksaan trombosit: 373 ribu/ui, eritrosit: 4,73 juta/uL.

Pengkajian post operasi *sectio caesarea* tanggal 17 januari 2024 pukul 11.15 WIT. Pada pengkajian di peroleh klien tampak pucat dan lemas, klien mengatakan badan terasa lemas, terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah dengan sayatan secara horizontal, berada di atas garis rambut area kemaluan tertutup kassa steril dan *transparan film* dengan panjang sayatan  $\pm 10$  cm. Pemeriksaan tanda-

tanda vital: TD: 90/80 mmHg, N: 65 x/menit, S: 36°C, SpO<sub>2</sub>: 99%,  
RR: 19x/menit.

Pukul 14.00 WIT, klien mulai mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, klien mengatakan belum berani bergerak karena takut nyeri akan bertambah, hasil observasi nyeri sebagai berikut P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan, klien tampak meringis dan membatasi gerak pemeriksaan fisik di dapatkan hasil: pada bagian mata tampak kongjungtiva tidak pucat, bagian mulut: mukosa bibir kering, bagian payudara: areola terlihat lebih gelap, sudah mengeluarkan kolostrum, puting susu tidak tenggelam, bagian abdomen: terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah dengan sayatan secara horizontal berada di atas garis rambut area kemaluan tertutup kassa steril dan *transparan film* dengan panjang sayatan ±10 cm, area sekitar luka terasa kaku, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, kulit area luka tampak kering, pada sistem eliminasi setelah klien menjalani persalinan klien sudah BAK sebanyak 200 cc menggunakan kateter, klien belum BAB, klien belum makan ataupun minum, klien tidak mengeluh mual dan muntah. Terapi yang diberikan pada Ny. E.K yaitu katecolac, 30 mg 2x1 via

intravena, amoxicillin 500 mg 2x1 via oral, dexamethason 6 mg 3x1 via intravena.

Tindakan pembedahan yang dilakukan akan mengakibatkan timbulnya luka sehingga terjadinya rasa nyeri. Pasien akan mengalami nyeri ketika efek anastesinya hilang, efek pada anastesi regional bisa bertahan selama 4-6 jam setelah obat diinjeksikan, dari munculnya nyeri tersebut biasanya pasien enggan untuk bergerak (Tabanci, 2023).

Menurut asumsi peneliti, terdapat kesamaan antara teori dan kasus pada klien Ny. E. K dimana klien belum bisa menggerakkan tubuhnya karena takut akan timbulnya nyeri pada bekas luka sayatan operasi. Jika dilihat dari faktor risiko, kemungkinan pencegahan dapat dilakukan pada klien Ny. E. K dengan cara mobilisasi dini.

Mobilisasi dini dapat menunjang proses penyembuhan luka pasien karena dengan menggerakkan anggota badan, akan mencegah kekakuan otot dan sendi, memperlancar peredaran darah kebagian yang mengalami perlukaan agar proses penyembuhan luka terjadi lebih cepat (Ananda riykz et al., 2021). Selanjutnya akan dijelaskan pada bagian intervensi.

### 4.3.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian klien Ny.E.K didapatkan diagnosa keperawatan yaitu:

1. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan faktor mekanis (post op), diagnosa ini ditegakan dari hasil pengkajian pada klien Ny.E.K didapatkan tanda dan gejala mayor berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu klien mengeluh nyeri pada luka operasi, klien mengatakan belum berani bergerak karena takut nyeri akan bertambah, terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah dengan sayatan secara horizontal, berada di atas garis rambut area kemaluan tertutup kassa steril dan *transparan film* dengan panjang sayatan  $\pm 10$  cm, area sekitar luka terasa kaku, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, kulit area luka tampak kering suhu kulit area luka terasa hangat, tampak kemerahan dan memar tidak berlebihan pada area luka. Hasil pengukuran tanda-tanda vital pada klien Ny.E.K sebagai berikut:  
Tekanan darah: 100/80 mmHg, nadi: 96 x/menit, suhu: 36,5°C, SpO<sub>2</sub>: 99%, respirasi: 20x/menit.
2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif, diagnosa ini diangkat berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.E.K didapatkan kondisi klinis terkait pasien telah menjalani operasi *sectio caesarea* dengan adanya bekas luka sayatan operasi pada perut bagian

bawah. Hasil pengukuran tanda-tanda vital pada klien Ny.E.K sebagai berikut: suhu: 36,5°C.

3. Risiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif, diagnosa ini diangkat berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. E.K didapatkan kondisi klinis terkait pasien pasca operasi *sectio caesarea* dengan adanya keluhan pasien merasa lemas, pasien tampak lemas dan pucat, kongjungtiva pucat serta mukosa bibir kering. Hasil pengukuran tanda-tanda vital: Tekanan darah: 100/80 mmHg, nadi: 96 x/menit.

Menurut Hasina et al(2023), memprioritaskan diagnosa keperawatan dilakukan dengan mengurutkan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan utama pasien. Prioritas pertama diartikan sebagai masalah yang perlu mendapat perhatian segera karena dapat mempengaruhi masalah lainnya.

Pada penelitian ini, yang menjadi diagnosa prioritas adalah gangguan integritas kulit karena sudah terdapat tanda-tanda mayor yang mengindikasikan adanya kerusakan integritas kulit pada pasien yaitu terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah sayatan secara horizontal, berada diatas garis rambut kemaluan tertutup kassa steril dan *transparan film* dengan panjang sayatan  $\pm 10$  cm, area sekitar luka terasa kaku, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, kulit area luka

tampak kering suhu kulit area luka terasa hangat, tampak kemerahan dan memer tidak berlebihan pada area luka.

Sementara itu, pasien juga memiliki risiko infeksi dan risiko hipovolemia, namun kondisi tersebut belum menunjukkan komplikasi yang signifikan. Oleh karena itu, diagnosa yang mejadi prioritas utama dalam penelitian ini adalah gangguan integritas kulit.

#### **4.3.4 Intervensi Keperawatan**

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (luka post op)

Pada diagnosa gangguan integritas kulit, intervensi utama yang diterapkan adalah mobilisasi dini. Intervensi ini diangkat berdasarkan kondisi yang ditemukan pada klien yang belum berani bergerak pasca operasi.

Keluhan ini dikeluhkan pasien tidak menggerakkan tubuh karena takut akan timbulnya rasa nyeri pada bekas luka operasi. Pasien pasca operasi dengan tirah baring yang lama akan menimbulkan terjadinya kekakuan otot, terganggunya sirkulasi darah, terganggunya pernapasan, serta terganggunya peristaltik atau berkemih sampai terjadi dekubitus, dari kondisi ini kemudian memperbesar potensi memanjangnya proses penyembuhan luka, timbulnya infeksi pada luka operasi, gagal organ sampai dengan kematian (Ferinawati Rita, 2024).

Mobilisasi dini adalah gerakan sederhana yang dilakukan pasien post operasi, tujuan utama dari intervensi mobilisasi dini yaitu untuk menunjang proses penyembuhan luka, mobilisasi dini mampu melancarkan sirkulasi darah, sirkulasi darah yang lancar membantu dalam penyembuhan luka karena dalam darah mengandung zat-zat yang dibutuhkan untuk penyembuhan luka seperti oksigen pertumbuhan sel sehingga proses penyembuhan luka menjadi lebih cepat (Ananda riykz et al., 2021).

Sehingga diagnosa gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan dilakukannya mobilisasi dini, hal ini juga dapat ditunjang oleh kondisi lain dari pasien yaitu:

Kebutuhan cairan yang terpenuhi, cairan dapat membantu proses penyembuhan luka karena sirkulasi dalam tubuh menjadi maksimal dan metabolisme sel juga menjadi terpenuhi sehingga sel mampu melakukan regenerasi untuk membentuk jaringan baru (Nugroho, 2022).

Tidak terjadinya proses infeksi pada luka, infeksi dapat memperlambat penyembuhan luka kondisi tersebut menyebabkan respon inflamasi yang berlebihan dari sistem kekebalan tubuh dan mengganggu proses pembentukan jaringan baru (Sihotang & Yulianti, 2018).

Pasien tidak mengalami anemia, anemia merupakan suatu kondisi dimana sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal,

penurunan kadar hemoglobin dalam darah akan mengurangi tingkat oksigen arteri dalam kapiler dan mengganggu perbaikan jaringan (Robiatun & Romadhon, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh (Nurul & Saleh, 2020), di Ruang Nifas RSUD Kota Kotamoagu, dengan subjek 35 orang ibu bayi menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara mobilisasi dini pasca operasi SC dengan penyembuhan luka. Ibu mengalami penyembuhan luka operasi yang baik pasca operasi yang melakukan mobilisasi dini yaitu sebesar 43% dari total responden 35 orang ibu bayi. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Ananda riykz et al., 2021), dengan menggunakan 1 orang pasien pasca op SC menunjukkan setelah dilakukan mobilisasi dini luka terlihat baik dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

Intervensi mobilisasi dini yang dilakukan selama 3x30 menit, dengan tujuan akhir integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat, nyeri menurun. Rencana tindakan dalam dalam diagnosa Gangguan integritas kulit meliputi: observasi yaitu: observasi tanda-tanda vital, identifikasi adanya nyeri, identifikasi tanda-tanda kerusakan integritas kulit seperti: elastisitas, hidrasi, perfusi jaringan, nyeri. identifikasi toleransi fisik dalam melakukan mobilisasi, terapeutik: bantu klien melakukan mobilisasi dini secara bertahap pada 6 jam pertama post operasi, lakukan gerakan pada ekstermitas atas dan bawah: gerakkan

sendi tangan dengan cara putar pergelangan tangan, kepalkan telapak tangan kemudian lepaskan, rapatkan jari-jari tangan kemudian regangkan, gerakkan sendi kaki dengan cara tekuk telapak kaki ke bawah dan ke atas, miringkan kekanan dan kekiri, tekuk jari kaki kebawah dan ketas, kemudian tegangkan jari kaki dan rapatkan kembali. Setelah 6-10 jam post operasi lakukan miring kanan dan miring kiri dengan cara: tekuk lutut kaki kiri lalu berpegangan pada sisi kiri tempat tidur, kemudian putar badan ke arah kanan, ulangi hal yang sama untuk miring kekiri rubahlah posisi tubuh tubuh dari kanan tiap jam 2 sekali. Setelah 24 jam post operasi klien dapat melakukan duduk tanpa bersandar, berlatih duduk ditepi tempat tidur untuk miring kanan dan kiri. Hari kedua dan seterusnya dapat berdiri disamping tempat tidur, lalu mulai berlatih untuk berjalan. Edukasi: ajarkan mobilisasi dini dan jelaskan manfaat mobilisasi dini.

#### **4.3.5 Implementasi**

Palaksanaan tindakan implementasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 17-19 januari 2024. Implementasi dilakukan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, implementasi yang dilakukan pada pasien sebagai berikut:

1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (luka post op).

**Implementasi pada hari pertama:** pukul 11.18 WIT mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 96 x/menit), Pukul 17.00 WIT mengobservasi keadaan pasien (pasien tampak sadar, pasien belum berani melakukan pergerakan karena klien takut nyeri bertambah). Pada pukul 17.05 WIT Membantu klien melakukan gerakan mobilisasi dini. Pada tahap pertama, peneliti menjelaskan manfaat mobilisasi dini kepada klien dan mengajarkan mobilisasi dini, membantu klien untuk menggerakkan kaki dan tangan dengan cara: (memutar pergelangan tangan, mengepalkan telapak tangan kemudian lepaskan, merapatkan jari-jari tangan kemudian regangkan, menggerakkan sendi kaki dengan cara menekuk telapak kaki ke bawah dan ke atas, miringkan kekanan dan kekiri, menekuk jari kaki ke bawah dan ke atas, kemudian menegangkan jari kaki dan rapatkan kembali. membantu klien melakukan gerakan miring kiri dan miring kanan dengan cara: menekuk lutut kaki kiri lalu berpegangan pada sisi kiri tempat tidur, kemudian putar badan ke arah kanan, mengulangi hal yang sama untuk miring kekiri. Mengobservasi toleransi aktivitas (klien melakukan gerakan menggerakkan ekstermitas atas dan bawah dengan bantuan, gerakan miring kanan dan miring kiri dengan bantuan). Pukul 18.30 mengobservasi kondisi luka (elastisitas: Area bekas luka terasa kaku, hidrasi: kulit area luka tampak kering, perfusi

jaringan: warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, nyeri: klien mengeluh nyeri pada bekas luka P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan. Pukul 24.00 WIT, mengobservasi kembali tanda-tanda vital (tekan darah: 110/80 mmHg, suhu : 36.5°C).

**Implementasi hari ke dua:** Pukul 05.00 WIT mengobservasi tanda-tanda vital, (tekanan darah: 100/90 mmHg, suhu: 36,7°C) Pukul 09.15 WIT mengobservasi kondisi luka (elastisitas: kekakuan pada area luka menurun, hidrasi: area luka mulai tampak lembab dengan baik, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak tidak pucat atau kembali ke warna kulit normal, dan mulai hangat saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah sudah mulai lancar, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, namun tingkat nyeri sudah mulai menurun dari sebelumnya observasi nyeri: P: nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 4 (0-10). Pukul 15.00 WIT Memotivasi klien melakukan mobilisasi dini, pukul 17.00 WIT membantu klien melakukan mobilisasi dini tahap selanjutnya (membantu klien duduk ditempat tidur tanpa

bersandar, melatih duduk ditepi tempat tidur, membantu klien berdiri di samping tempat tidur, membantu untuk berjalan), Pukul 17.30 WIT, mengobservasi toleransi aktivitas: klien sudah bisa duduk di tempat tidur tanpa bersandar dengan bantuan sebagian, klien dapat duduk di bisa berdiri di samping tempat tidur dengan bantuan sebagian, klien sudah mulai berjalan dengan bantuan sebagian. Pukul 24.00 WIT, mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah: 110/90 mmHg, suhu: 36,0°C, nadi).

**Implementasi hari ke tiga:** pukul 05.10 WIT, mengobservasi tanda-tanda vital, tekanan darah :120/90 mmHg, suhu : 36,5° C. Pukul 09.00 WIT, membantu pasien melakukan mobilisasi klien tahap selanjutnya membantu klien duduk ditempat tidur tanpa bersandar, melatih duduk ditepi tempat tidur, membantu klien berdiri di samping tempat tidur, membantu untuk berjalan, pukul 09.15 WIT mengobservasi toleransi aktivitas: klien sudah bisa duduk di tempat tidur tanpa bersandar tanpa bantuan, klien dapat duduk di bisa berdiri di samping tempat tidur tanpa bantuan, klien sudah mulai berjalan tanpa bantuan, Pukul 11.00 WIT Melakukan perawatan luka, Mengobservasi kondisi luka: Elastilitas: kulit disekitar bekas luka mulai kembali kebentuk semula ketika diregangkan, bekas luka tidak terasa kaku atau tegang, hidrasi: area luka tampak lembab dengan baik, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak tidak pucat atau kembali ke warna kulit

normal, dan mulai hangat saat di sentuh menunjukkan sirkulasi darah sudah mulai lancar, nyeri: klien mengatakan nyeri sudah berkurang P: Nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 3 (0-10). Pukul 13.00 WIT klien sudah dianjurkan pulang oleh dokter, intervensi dihentikan.

## 2. Risiko infeksi ditandai dengan prosedur infasif

**Implementasi hari pertama:** Pukul 11.18 WIT mengobservasi tanda-tanda vital suhu 36,5<sup>o</sup>c, Pukul 18.30 WIT, menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka, menjelaskan komplikasi yang terjadi yang terjadi jika sampai infeksi pada luka operasi kemudian mengobservasi tanda tanda infeksi: Mengobservasi tanda- tanda infeksi (demam: klien tidak mengalami demam, dengan hasil pengukuran suhu: 36,7<sup>o</sup>C kemerahan: tidak terdapat kemerahan pada sekitar bekas luka, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka P: nyeri bertambah ketika klien bergerak, O: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 6 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul dengan/tanpa pergerakan, bengkak: kulit disekitar bekas luka tidak terlihat ada pembengkakan, pukul

24.00 WIT mengobservasi kembali tanda-tanda vital: suhu : 36.5°C.

**Implementasi hari kedua:** pukul 05.00 WIT mengobservasi tanda tanda vital, suhu: 36,7°C, pukul 19.15 WIT Mengobservasi tanda- tanda infeksi (demam: klien tidak mengalami demam, dengan hasil pengukuran suhu: 36,7°C kemerahan: tidak terdapat kemerahan pada sekitar bekas luka, nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, namun tingkat nyeri sudah mulai menurun dari sebelumnya, P: nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 4 (0-10), T: nyeri hilang timbul), bengkak: kulit disekitar bekas luka tidak terlihat ada pembengkakan), Pukul 24.00 WIT, mengobservasi tanda tanda vital, suhu : 36,°C.

**Implementasi hari ke 3** mengobservasi tanda-tanda vital suhu : 36,5° C, Mengobservasi tanda-tanda infeksi. Demam: klien tidak mengalami demam, hasil pemeriksaan suhu: 36,5°C. Kemerahan: bekas luka tidak terlihat kemerahan. Nyeri: klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka, namun tingkat nyeri sudah mulai menurun dari sebelumnya, P: Nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 3 (0-10), T: nyeri terasa

hilang timbul). Bengkak: tidak terlihat pembengkakan pada bekas luka dan kulit disekitar luka).

### 3. Risiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan aktif

**Implementasi hari pertama:** pukul 11.18 WIT mengobservasi tanda-tanda vital tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 96 x/menit. Pukul 14.05 WIT Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, (membran mukosa kering, pasien tampak lemas, tekanan darah: 100/80 mmHg, turgor kulit <2 detik). pukul 17.30 mengganti cairan infus RL 20 tpm 500cc, Pukul 17.40 WIT memberikan asupan cairan oral (pasien mengatakan sudah minum air sebanyak 1 gelas  $\pm$  250 cc), pukul 24.00 WIT, mengobservasi kembali tanda-tanda vital tekanan darah: 110/80 mmHg, suhu : 36.5°C, nadi : 96x/menit, Pukul 24.05 WIT memonitor intake dan output (intake: klien mendapatkan cairan infus sebanyak 500cc, mendapatkan asupan cairan oral  $\pm$  1000cc, output: klien BAK: sebanyak 950 cc), memeriksa tanda dan gejala hipovolemia: : membran mukosa lembab, pasien masih merasa lemah, tekanan darah: 110/80 mmhg, turgor kulit <2 detik).

**Implementasi hari ke dua:** pukul 05.00 WIT mengobservasi tanda-tanda vital tekanan darah: 100/90 mmHg, nadi: 99 x/menit, Pukul 07.00 WIT, memeriksa tanda dan gejala hipovolemia: (membran mukosa lembab, klien sudah tidak tampak lemas), memberikan asupan cairan oral (pasien sudah minum air

sebanyak 2 gelas  $\pm$  450 cc), Pukul 10.00 WIT memberikan asupan cairan oral (pasien mengatakan sudah minum air sebanyak 1 gelas  $\pm$  250cc), pukul 17.30 Memberikan asupan cairan oral: pasien mengatakan sudah minum air sebanyak 3 gelas  $\pm$  750cc), pukul 24.00 WIT mengobservasi intake dan output cairan ( intake: pasien mendapatkan infus sebanyak 500cc, asupan cairan oral:  $\pm$  1.500 cc, output: pasien sudah BAK: 1000cc). memeriksa tanda dan gejala hipovolemia: (membran mukosa lembab, klien sudah tidak tampak lemas).

**Implementasi hari ketiga:** pukul 05.10 WIT, mengobservasi tanda-tanda vital, tekanan darah :120/90 mmHg, N: 99x/m. pukul 07.00 WIT memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (membran mukosa lembab, kongjungtiva tidak pucat, klien sudah tidak lemas).

#### 4.5.6 Evaluasi

Evaluasi terhadap kondisi klien dilakukan mengacu pada waktu evaluasi dan kriteria hasil yang ditetapkan. Evaluasi dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 17-19 Januari 2024. Target evaluasi dan/atau kriteria hasil dari masalah gangguan integritas kulit setelah dilakukan intervensi mobilisasi dini adalah integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: 1. Elastisitas meningkat, 2. Hidrasi meningkat, 3. Perfusi jaringan meningkat, 4. Nyeri menurun.

Hasil penelitian yang dilakukan pada Ny. E.K pasien post operasi *sectio caesarea* menunjukkan bahwa Ny.E.K mengalami penyembuhan gangguan integritas kulit setelah melakukan mobilisasi dini dengan menunjukkan kondisi luka sebagai berikut : Elastilitas: kulit disekitar bekas luka mulai kembali ke bentuk semula ketika diregangkan, bekas luka tidak terasa kaku atau tegang, hidrasi: area luka tampak lembab dengan baik, perfusi jaringan: warna kulit area luka tampak tidak pucat atau kembali ke warna kulit normal, dan mulai hangat saat di sentuh menunjukkan sirkulasi darah sudah mulai lancar, Nyeri: klien mengatakan nyeri sudah berkurang P: Nyeri terasa ketika klien bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada luka dan area operasi kuadran bawah abdomen, S: skala nyeri 3 (0-10), T: nyeri terasa hilang timbul. Proses penyembuhan luka tersebut tidak berlangsung lama dan berakhir pada hari ketiga.

Menurut penelitian Rizky Ananda et al (2021), di Kota Metro menunjukkan hasil dimana setelah dilakukan mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi luka terlihat baik dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi serta tidak memanjangnya proses penyembuhan luka. Penelitian lain dari Taufik et al (2024) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh menunjukan adanya hubungan yang signifikan antara mobilisasi dini dengan lama hari penyembuhan luka pada pasien post operasi *sectio caesarea* Dimana rata-rata lama penyembuhan luka post operasi sc tidak dengan mobilisasi dini adalah

7 hari dan rata-rata lama penyembuhan luka operasi sc dengan mobilisasi dini adalah 3 hari.

Hasil penelitian-penelitian sebelumnya sejalan dengan hasil penelitian ini, di mana intervensi mobilisasi dini yang diterapkan pada pasien efektif dalam mengatasi masalah gangguan integritas kulit. Intervensi mobilisasi dini memiliki efek yang menunjang proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini mampu meningkatkan dan memperlancar sirkulasi darah pada seluruh tubuh termasuk darah pembedahan. Hal ini memungkinkan terjadinya vaskularisasi, vaskularisasi yang baik pada daerah pembedahan mendapatkan cukup pasokan darah yang kaya oksigen dan nutrisi untuk pertumbuhan dan perbaikan sel sehingga proses penyembuhan luka menjadi lebih cepat.

Kondisi lain yang menunjang penyembuhan pasien adalah tidak terjadinya infeksi pada luka operasi, tidak ada kondisi anemia dan hidrasi cairan yang memadai.

Gangguan integritas kulit pada pasien post operasi *sectio caesarea*, secara signifikan dapat meningkatkan risiko infeksi dimana luka yang terbuka dapat memudahkan patogen masuk dan menyebabkan infeksi sehingga penyembuhan akan mejadi lama. Selain itu pada saat dilakukan pembedahan dapat menyebabkan kehilangan cairan sehingga meningkatkan risiko hipovolemia yang

dapat mengganggu suplai darah dan oksigen ke jaringan yang sedang dalam proses penyembuhan.

Menurut Sihotang & Yulianti (2018), jika terjadinya infeksi dan hipovolemia pada pasien yang menjalani pembedahan dapat menghambat pembentukan jaringan baru dan memperlambat regenerasi sel, sehingga memperpanjang waktu pemulihan dan meningkatkan risiko komplikasi yang lebih lanjut.

Implikasi penelitian: penelitian ini memiliki implikasi yang signifikan bagi praktik klinik keperawatan. Mobilisasi dini dapat mempercepat penyembuhan pada luka operasi dengan meningkatkan sirkulasi darah dan terjadinya vaskularisasi.

Keterbatasan/hambatan: Pada penelitian ini penulis menemukan hambatan yaitu, pasien mengatakan takut untuk melakukan mobilisasi dini dikarenakan nyeri bekas operasi. Namun setelah dijelaskan manfaat mobilisasi dini dan bahaya jika tidak melakukan mobilisasi dini, pasien tampak memahami dan mau melakukan mobilisasi dini.