

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian padaa klien 1 dilakukan pada hari Senin 07 April 2025 pukul 14: 52 WITA dengan P1AO *post sectio caesarea* dan klien 2 pada hari Rabu 23 April 2025 pukul 9 :00 WITA dengan P1AO *post sectio caesarea* di ruang nifas RSUD Waikabubak dengan Teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi klien

a. Data Umum klien

1) Identitas klien

Tabel 4.19 Identitas Klien

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama klien	Ny. M	Ny. A
Usia	39 tahun	32 tahun
Status perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	IRT	Guru
Pendidikan terakhir	SMP	S1
Nama suami	Tn. M	Tn. O
Usia	31 tahun	37 tahun
Status perkawian	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Petani	Guru
Pendidikan terakhir	SMA	S1

Berdasarkan tabel 4.1. identitas klien, didapatkan bahwa kedua klien berstatus menikah. dengan usia, pekerjaan, tingkat pendidikan yang berbeda.

2) Keluhan utama

Tabel 4.20 Keluhan Utama

Keluhan utama	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit	Ny.M mengatakan merasa sakit perut dirumah dan masuk rumah sakit pukul 06:20 WITA	Ny. A mengeluh sakit perut dan dibawah ke puskesmas kabukarudi dan dirujuk di RSUD Waikabubak dan tiba pukul 21. 30 WITA
Indikasi SC	KPD	Preeklampsia
Keluhan utama saat pengkajian	Ny. M Mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena nyeri pada perut bagian bawah	Ny. A mengatakan aktivitasnya terganggu karena nyeri pada perut bagian bawah.

Berdasarkan tabel 4.2 kedua ibu mengalami keluhan yang sama yaitu belum bisa melakukan aktivitas karena nyeri.

3) Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang lalu

Tabel 4.21 Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Yang Lalu

Riwayat persalinan dan kehamilan Lalu	Klien 1	Klien 2
Sekarang		

Berdasarkan tabel 4.3 riwayat persalinan antara kedua ibu persamaan dimana riwayat persalinan sekarang

4) Pengalaman menyusui

Tabel 4. 22 Pengalaman Menyusui

Pengalaman menyusui	Klien 1	Klien 2
	Ny. M mengatakan belum pernah menyusui, ini baru pertama kali menyusui	Ny. A mengatakan belum pernah menyusui, ini baru pertama kali menyusui

Berdasarkan tabel 4.4 pengalaman menyusui, kedua Ibu memiliki riwayat menyusui yang sama klien 1 belum pernah menyusui sedangkan klien 2 belum pernah juga menyusui.

5) Riwayat pemeriksaan kehamilan

Tabel 4.23 Riwayat Pemeriksaan Kehamilan

Riwayat Kehamilan Saat Ini	Klien 1	Klien 2
Riwayat Kehamilan	Ny. M mengatakan sudah 4 kali periksa kehamilan di puskesmas dan diperiksa oleh bidan. Ny. M mengatakan pada Trimester I 1 kali pada trimester 1 Ny. M mengalami keluhan mual muntal terapi yang diberikan yaitu memberikan B6 dan beristirahat yang cukup. Trimester II 1 kali, pada trimester II Ny. M mengalami keluhan nyeri pungguang dan pembengkakan kaki terapi yang dilakukan yaitu menggunakan bantal penyangga punggung, berolahraga ringan seperti yoga atau berjalan. Trimester III 2 kali, pada trimester III Ny.M mengalami keluhan nyeri punggung makin parah, sulit tidur terapi yang	Ny. A mengatakan sudah 4 kali periksa kehamilan di puskesmas dan diperiksa oleh bidan. Ny. A mengatakan pada Trimester I 1 kali pada trimester 1 Ny. A mengalami keluhan mual muntal terapi yang dilakukan yaitu di memberikan B6 dan beristirahat yang cukup. Trimester II 1 kali, pada trimester II Ny. A mengalami keluhan nyeri pungguang dan pembengkakan kaki terapi yang dilakukan yaitu menggunakan bantal penyangga punggung, berolahraga ringan seperti yoga atau berjalan. Trimester III 2 kali, pada trimester III Ny. A mengalami keluhan nyeri punggung

Riwayat Kehamilan Saat Ini	Klien 1	Klien 2
	dilakukan menggunakan bantal penyangga punggung mengelola stres dengan teknik relaksasi.	makin parah, sulit tidur terapi yang dilakukan menggunakan bantal penyangga punggung mengelola stres dengan teknik relaksasi

Berdasarkan tabel 4.5 riwayat kehamilan, ditemukan persamaan pada klien 1 dan klien 2 yaitu pemeriksaan kehamilan sebanyak 4x

6) Riwayat Persalinan Saat Ini

Tabel 4.24 Riwayat Persalinan Saat Ini

Riwayat persalinan	Klien 1	Klien 2
	<p>Pada hari Senin tanggal 7 April Ny. M sakit perut dan dibawah oleh keluarga di RSUD Waikabubak pukul 6: 30 WITA kemudian Ny. M dilakukan pemeriksaan TTV dan didapatkan hasil tekanan darah 125/75 mmHG, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 37,3 c Spo2 95 %. Kemudian Ny. M masuk ruang VK pada pukul 10 :20 WITA dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 77x/menit, RR : 20x/menit, suhu 36,3°C</p> <p>Pada pemeriksaan abdomen TFU 26cm, puka-lektep His 3x10 20-25 DJJ 149x/menit pemeriksaan dalam VT 3- 4 cm. Setelah itu dilakukan pemeriksaan oleh dokter SPOG bahwa ketuban sudah pecah setelah</p>	<p>Pada Selasa 22 April 2025 pukul 21 :00 WITA Ny. A mengeluh sakit perut bagian bawah sampe tulang belakang, keluarga membawa Ny. A ke puskesmas kabukarudi dan melakukan pemeriksaan. Hasil pemeriksaan tekanan darah 130/80mmHG, nadi 87x/menit, suhu 36,3 c, pernafasan 20x/menit, abdomen TFU : 26 cm, pres kepala his : 3x10c, DJJ 149x/menit, VT 7cm pada pukul 02:30 WITA pasien dirujuk dari puskesmas ke RSUD waikabubak. Pasien tiba 04:00 WITA hasil pemeriksaan tekanan darah 130/90mmHG, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit suhu 37,2 c, DJJ 149 cm setelah dilakukan pemeriksaan, setelah berbagai pertimbangan</p>

Riwayat persalinan	Klien 1	Klien 2
	<p>berbagai pertimbangan diputuskan untuk dilakukan operasi pada pukul 9:00 WITA pasien siap di insisi pukul 9:15 WITA bayi lahir segera menangis berjenis kelamin perempuan dengan berat badan 2900 gr, panjang badan 50 cm Apgar : 9/8 , di ikuti plasenta lahir lengkap bersama selaput massage TFU kontraksi keras + 200 cc terjadi robekan 19 cm. sesudah persalinan di lakukan pemeriksaan TTV tekanan darah 110/80 mmHG, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit. Terapi yang didapatkan pukul 10:10 WITA ketorolac 30 mg/iv, paracetamol 500mg, infus RL+ 20 IV klanex 3x1. Ny. M keluar dari ruang operasi dan dipindahkan ke ruang nifas pada 7 april 2025 di lakukan pengkajian pukul 14 :00 Ny. M mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> dibagian abdomen rasanya seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 degan intensitas hilang timbul.</p>	<p>diputuskan untuk dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> pukul 9:00 WITA bayi lahir pukul 10 : 15 WITA jenis kelamin laki – laki segera menangis dengan berat badan 3700gr, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 37 cm apgar 9/8 dan pada pukul 11 :00 WITA pasien dipindahkan ke ruang nifas. Pada 09 april 2025 pukul 15 : 00 WITA, Ny. A mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> dibagian abdomen rasanya seperti tertusuk- tusuk skala nyeri 8 dengan intensitas hilang timbul pada saat dikaji terpasang infus RL 20 tpm set kateter dan aktivitas di bantu suami.</p>

Dari tabel 4.6 riwayat persalinan, terdapat perbedaan antara kedua Ibu dimana klien1 melakukan operasi *post sectio caesarea* pada tanggal 7 April 2025 pukul 09:00 WITA. sedangkan pada klien 2 melakukan *post sectio caesarea* pada tanggal 23 april 2025

Pukul 09:01 WITA. Terdapat perbedaan pada kedua klien dimana klien 1 mengalami skala nyeri 7 dan klien 2 mengalami nyeri 8

7) Riwayat Ginekologi

Tabel 4.25 Riwayat Ginekologi

Riwayat Ginekologi	Klien 1	Klien 2
Masalah Ginekologi	Saat di kaji apakah mengalami penyakit seperti hipertensi, hepatitis, DM, asma maupun TBC dan AIDS Ny. M mengatakan tidak ada penyakit seperti yang ditanyakan dan tidak ada masalah selama kehamilan	Saat di kaji apakah mengalami penyakit seperti hipertensi, hepatitis, DM, asma maupun TBC dan AIDS Ny. A mengatakan selama kehamilan pernah mengkonsumsi obat hipertensi.

Berdasarkan Tabel 4.7 riwayat ginekologi, di temukan perbedaan antara klien 1 dan klien 2 dimana klien 1 selama kehamilan tidak ada masalah sedangkan klien 2 selama kehamilan mengalami hipertensi.

8) Riwayat KB

Tabel 4. 26 Riwayat Kb

Riwayat KB	Klien 1	Klien 2
	Ny. M mengatakan belum pernah memakai alat kontrasepsi jenis apapun. Dan Ny. M berencana menggunakan KB jenis implant untuk menjaga jarak kehamilan.	Ny. A mengatakan belum pernah memakai alat kontrasepsi jenis apapun. Dan Ny. A berencana menggunakan KB jenis implant untuk menjaga jarak kehamilan

Berdasarkan tabel 4.8 riwayat KB, ditemukan persamaan antara kedua Ibu yaitu ibu 1 belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun, dan ibu 2 belum pernah menggunakan alat kontrasepsi

b. Data Umum Kesehatan Saat Ini

1) Status Obstretik

Tabel 4.27 Status Obstretik

Status Obstretik	Klien 1	Klien 2
Status Obstretik	Ny. M mengatakan melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali HPHT:19-07-2024 TP: 26-04-2025	Ny. A mengatakan melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali HPHT:20-07-2024 TP: 27-04-2025

Berdasarkan tabel 4.9 status obstretik, ditemukan perbedaan data antara kedua Ibu, pada klien 1 HPHT:19-07-2024 TP:26-04-2025, Sedangkan pada klien 2 HPHT: 20-07-2024 TP:27-04-2025. Kedua klien melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4x

2) Keadaan umum

Tabel 4.28 Keadaan Umum

Keadaan umum	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	Lemah	Lemah
Kesadaran	Compos mentis: 15 E : 4, V: 5, M: 6	Compos mentis: 15 E : 4, V: 5, M: 6
BB/TB Saat hamil	68 kg/157cm = 27,59	65 kg/150 cm = 28,89
BB/TB Setelah melahirkan	65kg/157cm = 26,37	61 kg/150 cm = 27,11

Berdasarkan tabel 4.10 keadaan umum, ditemukan persamaan data antara kedua Ibu, yaitu keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis. Dan terdapat perbedaan yaitu pada klien 1 BB/TB saat hamil 68kg/157cm dan BB/TB setelah melahirkan 65kg/157cm. Pada Klien 2 BB/TB saat hamil 65 kg/150 cm dan BB/TB setelah melahirkan 61 kg/150 cm.

3) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Tabel 4. 29 Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

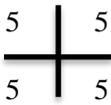
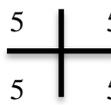
Pemeriksaan tanda-tanda vital	Klien 1	Klien 2
Tekanan Darah	125/80 mmHg	120/90 mmHg
Nadi	92x/menit	88x/menit
Suhu	37.3°C	36.5°C
Pernapasan	20x/menit	20x/menit

Berdasarkan tabel 4.11 pemeriksaan tanda-tanda vital, ditemukan perbedaan data antara kedua Ibu dengan tanda- tanda vital keadaan normal.

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 30 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2
Kepala	Kulit kepala tampak bersih, tidak ada ketombe dan kutu, rambut berwarna hitam, rambut tidak rontok serta tidak ada nyeri tekan.	Kulit kepala tampak bersih, tidak ada ketombe dan kutu, rambut berwarna hitam, rambut tidak rontok serta tidak ada nyeri tekan.
Mata	Mata kiri dan kanan simetris dan tampak bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera mata tidak ikterik, pupil isokor serta tidak ada gangguan penglihatan	Mata kiri dan kanan simetris dan tampak bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera mata tidak ikterik, pupil isokor serta tidak ada gangguan penglihatan
Hidung	Lubang hidung simetris, hidung tampak bersih, dan tidak ada nyeri tekan	Lubang hidung tampak bersih dan tidak ada nyeri tekan
Mulut	Mukosa bibir lembab, tidak terdapat caries pada gigi, gigi dan lidah terlihat bersih serta tidak ada sariawan	Mukosa bibir lembab, tidak terdapat caries pada gigi, gigi dan lidah terlihat bersih serta tidak ada sariawan
Telinga	Telinga kiri dan kanan simetris, tampak bersih dan tidak ada gangguan pendengaran	Telingan kiri dan kanan simetris, tampak bersih dan tidak ada gangguan pendengaran
Leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2
Jantung	Bentuk dada simetris, tidak ada nyeri tekan, perkusi dullness dan suara jantung tunggal reguler	Bentuk dada simetris, tidak ada nyeri tekan, perkusi dullness dan suara jantung tunggal reguler
Paru-Paru	Bentuk dada simetris, pergerakan dada reguler, tidak terdapat massa, suara perkusi sonor dan suara paru vesikuler	Bentuk dada simetris, pergerakan dada reguler, tidak terdapat massa, suara perkusi sonor dan suara paru vesikuler
Payudara	Payudara simetris, tidak terdapat massa, puting susu tampak menonjol, areola hiperpigmentasi, pengeluaran ASI tidak ada	Payudara simetris, tidak terdapat massa, puting susu tampak menonjol, areola hiperpigmentasi, pengeluaran ASI tidak ada
Abdomen	Terdapat balutan bekas operasi dibagian pada dinding/kulit abdomen panjang 19 cm dengan horizontal, dengan kedalaman 1 cm, kondisi luka ditutupi perban dengan ukuran 4x12 cm tinggi fundus uterus 2 jari di bawah umbilikus pasien mengeluh nyeri. P : Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen bawah S : skala 7 T : Hilang timbul	Terdapat balutan bekas operasi dibagian pada dinding/kulit abdomen panjang 19 cm dengan horizontal, dengan kedalaman 1 cm, kondisi luka ditutupi perban dengan ukuran 4x12 cm tinggi fundus uterus 2 jari di bawah umbilikus P : Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen bawah S : skala 8 T : Hilang timbul
Perineum dan genital	Perineum utuh lokhea rubra 150cc warna merah segar bau amis	Perineum utuh Pemeriksaan lokhea:rubra 150 cc, warna merah, bau amis
Ekstremitas	Ekstermitas atas: lesi tidak ada, turgor kulit elastis, edema tidak ada, CRT < 2 detik. Ekstermitas bawah: lesi tidak ada, edema tidak ada, varises tidak ada, tanda homan -. Kekuatan otot: <div style="text-align: center;">  </div>	Ekstermitas atas: lesi tidak ada, turgor kulit elastis, edema tidak ada, CRT < 2 detik. Ekstermitas bawah: lesi tidak ada, edema tidak ada, varises tidak ada, tanda homan -. Kekuatan otot: <div style="text-align: center;">  </div>

5) Pola Eliminasi

Tabel 4. 31 Pola Eliminasi

Pola eliminasi	Klien 1	Klien 2
BAK	Ny. M terpasang kateter dengan jumlah urine 500 cc, bau khas amoniak, warna kuning jernih, waktu BAK tidak menentu tidak ada nyeri saat BAK.	Ny. A terpasang kateter dengan jumlah urine 600 cc, bau khas amoniak, warna kuning jernih, waktu BAK tidak menentu tidak ada nyeri saat BAK .
BAB	Ny. M mengatakan sudah BAB dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas feses .	Ny. A mengatakan belum BAB.

Dari tabel 4.13 pola eliminasi, ditemukan perbedaan antara kedua Ibu yaitu pada klien 1 BAK 2-4 kali BAB 1 kali. Sedangkan pada klien 2 BAK 3-5kali dan BAB ibu belum BAB

6) Pola Istirahat Dan Kenyamanan

Tabel 4. 32 Pola Istirahat Dan Kenyamanan

Pola Istirahat Dan Kenyamanan	Klien 1	Klien 2
Pola tidur	Ny. M mengatakan merasa kurang nyaman karena nyeri bekas operasi, skala nyeri 7, Ny. M tidur selama 1jam	Ny. A mengatakan merasa kurang nyaman karena nyeri bekas operasi, skala nyeri 8, Ny. A tidur selama 1 jam

Dari tabel 4.14 pola istirahat dan kenyamanan, ditemukan persamaan data antara kedua klien Dan pada klien 1 dan klien 2 merasa kurang nyaman karena nyeri bekas operasi, skala nyeri 7 dan 8, nyeri bertambah ketika duduk dan miring kiri dan kanan,nyeri seperti teriris-iris.

7) Mobilisasi dan Latihan

Tabel 4. 33 Mobilisasi Dan Latihan

Mobilisasi Dan Latihan	Klien 1					Klien 2				
	Tingkat mobilisasi	Saat dikaji pasien tampak lemah dan kesusahan dalam bergerak baik miring kiri/kanan akibat nyeri pada bagian perut. Masalah khusus : pasien mengalami ketergantungan (tidak mandiri)					Saat dikaji pasien tampak lemah dan kesusahan dalam bergerak baik miring kiri/kanan akibat nyeri pada bagian perut. Masalah khusus : pasien mengalami ketergantungan (tidak mandiri)			
Aktivitas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Makan dan minum	✓					✓				
Toileting		✓						✓		
Mobilisasi			✓					✓		
Berpakaian			✓					✓		
Personal hygiene			✓					✓		

Keterangan :

- 0 : Mandiri
- 1 : Di bantu sebagian
- 2 : Di bantu orang lain
- 3 : Di bantu alat
- 4 : Di bantu orang lain dan alat

Dari tabel 4.15 Mobilisasi dan latihan pada klien 1 dan klien 2 sama dibantu orang lain.

8) Nutrisi Dan Cairan

Tabel 4. 34 Nutrisi Dan Cairan

Nutrisi Dan Cairan	Klien 1	Klien 2
Pola makan	Ny. M mengatakan belum bisa makan makanan yang disajikan di Rumah Sakit dengan jenis makanan bubur, sayur, lauk dan buah, satu porsi karena Ny. M masih puasa.	Ny. A mengatakan belum bisa makan makanan yang disajikan di Rumah Sakit dengan jenis makanan bubur, sayur, lauk dan buah, satu porsi karena Ny. A masih puasa.
Pola minum	Ny. M mengatakan sudah minum putih 1 gelas dengan jumlah ± 200 cc setelah 6 jam pasca operasi.	Ny. A mengatakan sudah minum air putih 1 gelas dengan jumlah ± 200 cc setelah 6 jam pasca operasi.

Dari tabel 4.16 nutrisi dan cairan, ditemukan persamaan data antara kedua klien mengkonsumsi makanan dan minuman setelah 6 jam pasca operasi.

9) Keadaan Mental

Tabel 4.35 Keadaan Mental

Keadaan Mental	Klien 1	Klien 2
Adaptasi psikologis	Ny. M mengatakan merasa bahagia dan senang setelah penantiannya bersama suami dan keluarga kelahiran anak pertamanya dan Ny. M merasa cemas dan takut luka operasinya terganggu karena ini melahirkan anak pertama	Ny. A mengatakan bersyukur dan bahagia atas kelahiran anaknya setelah 9 bulan. Tetapi ibu juga merasa cemas karena asinya tidak ada keluar.

Dari tabel 4.17 keadaan mental, ditemukan perbedaan kedua klien merasa senang dan bahagia setelah penantian anak pertama, tetapi pada klien 1 merasa cemas karena takut bekas luka operasinya terganggu dan pada klien 2 merasa cemas karena asinya tidak keluar.

10) Keadaan bayi

Tabel 4. 36 Keadaan Bayi

Keadaan bayi	Klien 1	Klien 2
	Lahir tanggal: 7 april 2025 Pukul: 9 : 20 WITA Jenis kelamin:perempuan Apgar skore : 9/8 Bayi Ny. M tidak dirawat gabung bersama Ibu diruang Nifas dengan keadaan bayi tidak ada ikterus, warna kulit kemerahan. Saat pengkajian bayi Ny. M tampak rewel, bayi belum BAB /BAK.	Lahir tanggal: 23 april 2025 Pukul : 09 : 30 Jenis kelamin: laki – laki Apgar skore :9/8 Bayi Ny. A tidak dirawat gabung bersama Ibu diruang Nifas dengan keadaan bayi tidak ada ikterus, warna kulit kemerahan. Saat pengkajian bayi Ny. A tampak rewel, bayi belum BAB/BAK.

Dari tabel 4.18 keadaan bayi, ditemukan persamaan data antara kedua Klien yaitu bayi tidak dirawat gabung bersama Ibu diruang Nifas dengan keadaan bayi tidak ada ikterus, warna kulit kemerahan. Saat pengkajian bayi bayi klien 1 dan klien 2 tampak rewel dan belum BAB/BAK.

11) Pemeriksaan penunjang

Tanggal pemeriksaan darah lengkap kedua Klien

Klien 1 : 06- 04-2025 Pukul : 10 : 43

Klien 2 : 22-04-2025 Pukul 21: 47

Tabel 4. 19 Pemeriksaan Penunjang Klien 1 Dan Klien 2

Pemeriksaan HEMATOLOGI	Nilai rujukan	Satuan	Klien 1	Klien 2
Eritrosit (RBC)	4,0- 5,0	10 ⁶ /UL	4.02	3.73
Hemoglobine (HGB)	12,0- 14,0	G/DL	10.0	11.1
Hematokrit (HCT)	40-50	%	29.5	32.3
MCV	76-90	FL	73.4	86. 6
MCH	27-31	PG	24.9	29.7
MCHC	32-36	10/UL	34.0	34.3
RDWcv	11-16	10/UL	14.0	13. 7
RDWsd	39- 46	FL	56.2	69.2
Leukosit	4.0-10.0	10 ³ /UL	5.7	16. 7
Trombosit	150-400	10 ³ /UL	240	173

12) Terapi obat

Tabel 4. 20 Terapi Obat

Klien 1					Klien 2				
Nama obat	Jenis obat	Dosis	Rute	Indikasi	Nama obat	Jenis obat	Dosis	Rute	Indikasi
Cairan infus RL	golongan obat keras	500 cc	IIV	Cairan ringer laktat berfungsi membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan asupan cairan dalam tubuh selama perawatan di RS.	Cairan infus RL		500 cc	IV	Berfungsi membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan asupan cairan dalam tubuh selama perawatan di RS.
Ketorolac	obat golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS)	3x1 (30 mg)	IIV	Berfungsi untuk meredakan nyeri sedang hingga berat dan peradangan	Ketorolac	obat golongan antiinflamasi nonsteroid	3x1 30 mg	IV	Berfungsi untuk meredakan nyeri sedang hingga berat dan peradangan.
Asam mefenamet	Obat golongan anti inflamasi non steroid	3x500 mg	Oral	Berfungsi untuk meredakan nyeri	Asam mefenamet	Antifibrinolitik	3x500mg	Oral Oral	Berfungsi untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri.
Cefadroxil	sefalosporin generasi pertama	2x1 mg	Oral	Berfungsi untuk mengatasi infeksi saluran pernafasan, saluran	Cefadroxil	sefalosporin generasi pertama	2x1 mg	Oral	Berfungsi untuk mengatasi infeksi saluran pernafasan, saluran kemih dan

				kemih dan kelamin serta infeksi kulit dan jaringan lunak.					kelamin serta infeksi kulit dan jaringan lunak.
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

Analisa Data

Tabel 4. 21 Analisa Data

Data	Etiologi	Problem
<p>Klien 1</p> <p>DS :</p> <p>P : Ny. M mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena nyeri pada perut bagian bawah dan kekuatan otot menurun</p> <p>Q: Ny. M mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Ny. M mengatakan nyeri abdomen bawah</p> <p>S : Ny. M mengatakan skala 7</p> <p>T : Ny. M mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>DO: 1Tampak meringis</p> <p>2. Ny. M bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>3. Klien tampak cemas</p>	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>Klien 2</p> <p>DS:</p> <p>P : Ny. A mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena nyeri pada perut bagian bawah dan kekuatan otot menurun</p> <p>Q: Ny. A mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Ny. A mengatakan nyeri</p>	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut</p>

Data	Etiologi	Problem
abdomen bawah S : Ny. A mengatakan skala 8 T : Ny. A mengatakan nyeri hilang timbul DO : 1. Tampak meringis 2. Ny. A bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Klien tampak cemas		

1. Diagnosa Keperawatan

Klien 1

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
(Mis. Prosedur operasi)

Klien 2

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
(Mis. Prosedur operasi)

2. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.22 Intervensi Keperawatan

Klien 1

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali dalam 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot meningkat 2) Rentang gerak (ROM) meningkat 3) Nyeri menurun 4) Kecemasan menurun 5) Kelemahan fisik menurun 	Pengaturan posisi (1.01019) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 2. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi 3. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 4. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif 5. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 6. Ubah posisi setiap 2 jam Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi

Klien 2

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali dalam 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot meningkat 2. Rentang gerak (ROM) meningkat 3. Kecemasan menurun 4. Kelemahan fisik menurun 	<p>Pengaturan posisi (1.01019) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi tidur disukai, jika tidak kontraindikasi 2. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 3. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif 4. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi sesuai kebutuhan 5. Ubah posisi setiap 2 jam <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang ROM 2. Mengajarkan klien tentang mobilisasi 3. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 4. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi

3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 23 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Klien 1

No	Hari/tanggal/waktu	Implementasi	Hari/tanggal/waktu	Evaluasi
1	Senin, 7 April 2025 Jam 16.00 Wita	1. Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi Respon : 20x/menit	Senin, 7 April 2025 Jam 16.20 Wita	<p>S: P : Ny. M mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena nyeri pada perut bagian bawah dan kekuatan otot menurun Q : Ny. M mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Ny. M mengatakan nyeri abdomen bawah S : Ny. M mengatakan skala 7 T : Ny. M mengatakan nyeri hilang timbul O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lemah 2. Ny. M bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Klien tampak cemas <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>
	Jam 16.02 Wita	2. Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini yaitu dengan melakukan gerakan miring kanan/kiri pada 6 jam post SC. Respon : Ny. M mengikuti anjuran		
	Jam 16. 15 Wita	3. Mengatur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Respon: Ny. M sudah bisa miring kiri miring kanan setelah 6- 10 jam operasi dan setelah 24 jam pasien dapat duduk dan belajar berjalan		
	Jam 15 . 20 Wita	4. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif Respon : Ny. M melakukan ROM seperti angkat kepala dan menggerakkan kaki		

	Jam 15. 25 Wita	<p>5. Memotivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan</p> <p>Respon :memberikan support kepada Ny. M supaya sering melakukan perubahan posisi seperti hal – hal kecil seperti mengerakan kaki</p>		
	Jam 15. 30 Wita	<p>6. Mengubah posisi setiap 2 jam</p> <p>Respon : Ny. M mengikuti anjuran yang diberikan oleh mahasiswa</p>		
	Jam 15. 35 Wita	<p>7. Menjelaskan tentang ROM</p> <p>Respon : Ny. M mengikuti tentang ROM</p>		
	Jam 15 . 36 Wita	<p>8. Mengajarkan klien tentang mobilisasi</p> <p>Respon : Ny. M mengatakan sedikit mengerti tentang mobilisasi</p>		
	Jam 15. 38 Wita	<p>9. Mengajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p> <p>Respon : Ny. M mengikuti yang di ajarkan</p>		

	Jam 15. 40 Wita	10. Meberikan obat ketorolac 3x1 Respon : Ny. M meminum obat yang diberikan		
	Selasa,08/04/2025 Jam 09.15 WITA	1. Mengatur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Respon: Ny. M sudah bisa miring kiri miring kanan	Selasa, 08/04/2025 Jam 09. 30 Wita	S : Ny. M mengatakan belum melakukan aktivitas sepenuhnya karena masih merasakan nyeri pada perut bagian bawah O : 1. Tampak lemah 2. Ny. M bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
	Jam 09. 20 Wita	2. Meninggikan tempat tidur bagian kepala Respon: Ny. M diposisikan duduk semifowler.		
	Jam 09. 25 Wita	3. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif Respon: Ny. M masih tidak mau melakukan mobilisasi karena Ny. M mengeluh masih lemah dan merasakan nyeri		
	Jam 09 30 Wita	4. Mengubah posisi setiap 2 jam Respon: Ny. M sudah mulai mengikuti anjuran dari perawat		

	Jam 09. 35 Wita	5. Mengajarkan klien tentang mobilisasi Respon: Ny. M mengatakan sedikit mengerti tentang mobilisasi		
	Rabu,09/04/2025 Jam 15.00 WITA	1. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif Respon: Ny. M sudah mulai melakukan mobilisasi seperti miring kiri/kanan, bangun dari tempat tidur duduk dan mulai latihan berjalan.	Rabu, 09/04/2025 Jam 15. 35 WITA	S : Ny. M mengatakan sudah melakukan aktivitas tapi tidak sepenuhnya karena masih merasakan nyeri pada perut bagian bawah. Setelah dilakukan perawatan luka pada Ny. M tidak terdapat tanda-tanda infeksi/kemerahan, luka bekas operasi jahitan mulai menyatu dan dalam proses penyembuhan. O : Tampak tidak cemas A : Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan dirumah
	Jam 15. 30 Wita	2. Memberikan edukasi saat pulang kerumah banyak istirahat, jangan mengangkat barang berat Respon: Ny. M mendengar anjuran yang diberikan		

Klien 2

1	Rabu,23/04/2025 Jam 10.15 WITA	1. Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi Respon: RR: 20x/menit	Rabu,23/04/2025 10.50 WITA	S: P : Ny. A mengatakan aktivitasnya terganggu karena nyeri pada perut bagian bawah dan kekuatan otot menurun Q : Ny. A mengatakan nyeri seperti ditusuk- tusuk R : Ny. A mengatakan nyeri abdomen bawah S : Ny. A mengatakan skala 8 T : Ny. A mengatakan nyeri hilang timbul O : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lemah 2. Ny. A bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Klien tampak cemas A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	Jam 10 . 16 Wita	2. Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini yaitu dengan melakukan gerakan miring kanan/kiri pada 6 jam post SC. Respon: Pasien mengikuti anjuran		
	Jam 10. 18 Wita	3. Mengatur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Respon: Ny. M sudah bisa miring kiri miring kanan		
	Jam 10. 20 Wita	4. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif Respon: Ny. A melakukan		
	Jam 10. 25 Wita	5. Meninggikan tempat tidur bagian kepala Respon: Pasien tampak nyaman		
	Jam 10. 26 Wita	6. Mengubah posisi setiap 2 jam Respon: Ny. A mengikuti anjuran yang diberikan		

	Jam 10 . 30 Wita	7. Menjelaskan tentang ROM Respon: Ny. A mengerti tentang ROM		
	Jam 10. 35 Wita	8. Mengajarkan klien tentang mobilisasi Respon: Ny. A mengatakan sedikit mengerti tentang mobilisasi		
	Jam 10 . 40 Wita	9. Mengajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi Respon: Ny.A mengikuti semua yang di ajarkan		
	Jam 10 . 45 Wita	10. Memberikan obat ketorolac 3x1 Respon: Ny. A meminum obat sesuai yang di anjurkan		
	Kamis,24/04/2025 15.06 WITA	1. Mengatur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Respon: Ny. A sudah bisa miring kiri miring kanan setelah 6- 10 jam operasi dan setelah 24 jam pasien dapat duduk dan belajar berjalan	Kamis,24/04/2025 Jam 15.18 WITA	S: P : Ny. A mengatakan aktivitasnya terganggu karena nyeri pada perut bagian bawah dan kekuatan otot menurun Q : Ny. A mengatakan nyeri seperti ditusuk- tusuk R : Ny. A mengatakan nyeri abdomen bawah

	Jam 15. 10 Wita	2. Meningkatkan tempat tidur bagian kepala Respon: Ny. A diposisikan duduk semifowler.		S : Ny. A mengatakan skala 8 T : Ny. A mengatakan nyeri hilang timbul O : 1. Tampak lemas 2. Ny. A bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Klien tampak cemas A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	Jam 15. 15 Wita	3. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif Respon: Ny. M masih tidak mau melakukan mobilisasi karena Ny. A mengeluh masih lemah dan merasakan nyeri		
	Jam 15. 20 Wita	4. Mengubah posisi setiap 2 jam Respon: Ny. A sudah mulai mengikuti anjuran dari mahasiswa		
	Jam 15. 25 Wita	5. Mengajarkan klien tentang mobilisasi Respon: Ny. A mengatakan sedikit mengerti tentang mobilisasi		
	Jumat,25/04/2025 09.50 ITA	1. Melakukan ROM aktif atau pasif Respon: Ny. A sudah mulai melakukan mobilisasi seperti seperti miring kiri/kanan, bangun dari tempat tidur duduk dan mulai latihan berjalan.	Jumat, 25/04/2025 10.00 WITA	

	Jam 09 . 55 WITA	<p>2. Memberikan edukasi saat pulang kerumah banyak istirahat, jangan mengangkat barang berat</p> <p>Respon: Ny.A mendengar anjuran yang diberikan</p>		<p>mulai menyatu,luka mulai mengering,ganti perban baru.</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dirumah</p>
--	------------------	---	--	--

B. Pembahasan

Pembahasan merupakan proses analisa teori dan aplikasi proses keperawatan secara nyata. Pada bab ini menguraikan masalah yang ada antara tinjauan teori, tinjauan kasus dan solusi yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi dalam memberikan implementasi keperawatan pada klien 1 pada tanggal 07 April 2025-10 April 2025 dan klien 2 pada tanggal 23 April 2025- 25 April 2025. Dalam pembahasan ini meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Adapun pembahasa tiap bagian sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data atau informasi pasien dengan teknik wawancara, data yang dikumpulkan merefleksikan status kesehatan pasien yang meningkat atau menurun akibat penyakit yang dialami pasien. Data yang dikumpulkan keluhan pasien saat pengkajian, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Pengkajian pada kedua klien sudah sesuai teori tetapi tidak semua data yang muncul sama karena setiap kondisi ibu berbeda-beda. Persalinan *sectio caesarea* merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. Penyebab persalinan *sectio caesarea* adalah plasenta previa, panggul sempit, ruptur uteri mengancam dan partus lama, faktor lain terjadinya *sectio caesarea* adalah detak jantung bayi melambat, adanya kelelahan persalinan, bayi besar, persalinan kembar dan putus tali pusat serta resiko luka pada rahim (Solekhudin, Ma'rifah, and Utami 2022)

Memiliki persamaan status paritas dimana klien 1 belum pernah melahirkan sebelumnya (primipara) ibu belum memiliki pengalaman sebelum dalam hamil, melahirkan, nifas dan merawat bayi sedangkan klien 2 juga melahirkan pertama kali hal ini disebabkan belum memiliki pengalaman sehingga harus beradaptasi dengan peran barunya sebagai seorang ibu

Tetapi pada klien 1 pertama kali dilakukan operasi *sectio caesarea* dan ketika dilakukan mobilisasi dihari kedua klien 1 masih menolak dengan alasan masih terasa nyeri, berbeda dengan klien 2 yang pada hari kedua sudah mulai melakukan mobilisasi.

Karakteristik klien dalam penelitian ini terdapat tiga perbedaan yaitu usia, status paritas serta pola pikir dan persepsi. Usia reproduksi yang sehat yaitu 20-35 tahun, sementara usia > 35 tahun fungsi organ reproduksi mulai menurun serta merupakan kriteria kehamilan dan melahirkan dengan resiko tinggi. Hasil penelitian menunjukkan klien 1 berusia 39 tahun dan klien 2 berusia 32 tahun yang artinya kedua klien masih berada dalam rentang usia ideal. Seseorang dengan usia ideal memungkinkan mengalami penyembuhan luka yang baik karena respon inflamasi kulit atau fungsi tubuh terhadap cedera lebih cepat dan meningkat (Sa'diyyah, Kartilah, and Nurhayati 2023)

Usia ibu mempengaruhi pola pikir terhadap pentingnya tentang mobilisasi dini terhadap proses penyembuhan luka post operasi *sectio caesarea*. Usia ibu dapat juga mempengaruhi pengetahuan dalam mendukung proses mobilisasi dini dalam mempercepat proses penyembuhan karena mengalami pengetahuan yang kurang tentang proses mobilisasi dini hal ini dikarenakan juga ibu kurang aktif untuk mencari informasi ataupun mengikuti penyuluhan tentang kesehatan. Klien yang mempunyai pengetahuan cukup dipengaruhi oleh faktor jumlah kehamilan, pekerjaan, pendidikan dan usia (Kumalasari et al. 2023)

Sectio caesarea merupakan sebuah tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat adanya masalah kesehatan Ibu dan kondisi pada bayi. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim

Mobilisasi dini ibu pasca salin harus dilakukan secara bertahap, pertama kali ibu bangun dari tempat tidur, keadaan ibu seperti kelemahan

harus dikaji, kemudian ibu dibantu miring kiri/kanan, bantu duduk, berdiri lalu berjalan sedikit demi sedikit sambil mencari dan mempertahankan keseimbangan (Patandung, Sepang, and Terok 2023)

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian kemudian data-data dianalisis dan diambil keputusan, hal ini merupakan tahap diagnosis. Keputusan itu dapat dikatakan sebagai diagnosis (masalah kesehatan aktual/ potensial) yang meliputi pengelompokkan analisis data dan merumuskan diagnosis, perawat menggunakan pengetahuan dan keterampilan mereka untuk berpikir secara objektif dan kritis. Diagnosa keperawatan yang sudah dirumuskan tercantum pada daftar masalah klien kemudian di tandatangani oleh perawat yang berwenang terhadap klien tersebut (Suryanti et al. 2024)

Dari hasil analisa data yang dilakukan penulis menetapkan diagnosa yang sama antara kedua klien yaitu nyeri akut Agen pencedera fisik (Mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Menurut SDKI tahun (2018) diagnosis keperawatan nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Dan memiliki tanda dan gejala terdiri dari data subjektif yaitu mengeluh nyeri dan data objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis.

Luka operasi akibat *sectio caesarea* menyebabkan nyeri karena insisi pada dinding perut dan rahim. Hal ini dapat menyebabkan ibu mengalami ansietas, sehingga takut untuk bergerak dan hanya berbaring saja. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya kaku sendi, postur tubuh

yang buruk, kontraktur otot, dan nyeri tekan jika tidak dilakukan terapi. Tetapi untuk menangani masalah ini adalah dengan mobilisasi dini (Suryanti et al. 2024)

Menurut (Sartika, Sibero, and Nurbaiti 2024), mengatakan ketika ibu mengalami nyeri ibu akan takut untuk melakukan mobilisasi dini. Tingginya kepercayaan orang-orang terhadap budaya jika sering bergerak setelah melahirkan maka benang jahitannya akan putus dan akan lebih sakit jika melakukan mobilisasi dini, sehingga ibu pada umumnya takut untuk melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini post sectio caesarea sangat penting dilakukan, sebab jika tidak dilakukan akan memberi dampak diantaranya terjadi peningkatan suhu, perdarahan abnormal, aliran darah tersumbat dan terjadi peningkatan intensitas nyeri.

3. Intervensi keperawatan

Setelah tahap diagnosis keperawatan masalah, selanjutnya tahap perencanaan. Dalam membuat rencana keperawatan, ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan dan kriteria hasil dan menentukan rencana tindakan keperawatan. Perencanaan keperawatan sangat penting untuk mencapai kesehatan klien (Sartika, Sibero, and Nurbaiti 2024)

Kriteria hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam adalah pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun. Dengan intervensi pendukung Pengaturan posisi yaitu monitor status okisigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, atur posisi tidur yang disukai, tinggikan tempat tidur bagian kepala, memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif, motivasi terlibat dalam perubahan posisi sesuai kebutuhan, ubah posisi setiap 2 jam, informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah sebuah tahapan dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun perencanaan keperawatan. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang telah direncanakan, mencakup kegiatan mandiri dan kolaborasi. Semua tindakan pada implementasi keperawatan terdiri dari atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Kartikasari, Marliana, and Sari 2021)

Implementasi yang telah dilakukan pada klien 1 pada tanggal 07 April 2025 -09 April 2025 dan pada klien 2 pada tanggal 23 April 2025-25 April 2025 adalah memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, mengatur posisi tidur yang disukai, meninggikan tempat tidur bagian kepala, memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif, memotivasi terlibat dalam perubahan posisi sesuai kebutuhan, mengubah posisi setiap 2 jam, menginformasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, mengajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi.

Mobilisasi dini harus segera dilakukan karena banyak sekali manfaat di antaranya pada sistem kardiovaskuler, dapat meningkatkan curah jantung, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan fungsi kerja fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal yang akan mempercepat proses penyembuhan luka sehingga resiko terjadinya infeksi tidak terjadi, selain itu melatih otot-otot dan sendi pasca operasi untuk mencegah kekakuan (Kartikasari, Marliana, and Sari 2021)

Selama melakukan implementasi keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena kedua ibu dan keluarga sangat kooperatif dalam menerima tindakan keperawatan yang dilakukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengevaluasi atau melihat tingkat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang diberikan. Penyusunan rencana keperawatan yang baru apabila tindakan yang dilakukan sebelumnya tidak atau belum berhasil. Yang dinilai dalam evaluasi tersebut berupa kognitif, afektif dan psikomotor. Sedangkan tindakan yang dapat dievaluasi secara langsung setelah tindakan yang diberikan adalah pendidikan kesehatan (Jamilah, Ariani, and Lestari 2024)

Setelah implementasi maka dilakukan evaluasi keperawatan untuk menilai keefektifan dari implementasi dukungan mobilisasi yang diberikan pada kedua klien, untuk meningkatkan penyembuhan luka. Setelah dilakukan tindakan implementasi dilakukan maka penulis melakukan evaluasi selama 3x24 jam pada kedua klien, dengan hasil pada hari pertama implementasi klien 1 mengatakan masih merasa nyeri saat bergerak, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua, klien sudah tampak bergerak tetapi tidak sepenuhnya karena masih merasakan nyeri, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Pada hari ketiga, klien 1 sudah bisa melakukan aktivitas duduk-jalan, Setelah dilakukan perawatan luka pada Ny. M tidak terdapat tanda-tanda infeksi/kemerahan, jahitan mulai menyatu, luka mulai mengering, ganti perban baru, masalah teratasi, intervensi dihentikan. Sedangkan pada klien 2 didapatkan hasil pada hari pertama mengatakan masih merasa nyeri saat bergerak, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua klien sudah melakukan aktivitas tapi masih dibantu keluarga tetapi sudah bisa bangun dari tempat tidur, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Pada hari ketiga, klien sudah bisa melakukan aktivitas duduk-jalan ke kamar mandi, Setelah dilakukan perawatan luka pada Ny. A tidak

terdapat tanda-tanda infeksi/kemerahan, jahitan mulai menyatu, luka mulai mengering, ganti perban baru, masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Suryanti et al. 2024) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara mobilisasi dini dengan proses penyembuhan luka *post sectio caesarea*. Mobilisasi yang dilaksanakan dengan baik dapat membantu dalam mempertahankan dan membangun kekuatan otot, mempertahankan fungsi sendi, menstimulasi sirkulasi dan mengembangkan ketahanan.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Sa'diyah, Kartilah, and Nurhayati 2023) penyembuhan luka pada pasien *post sectio caesarea* membutuhkan keadaan peredaran darah yang baik guna perbaikan sel. Mobilisasi akan memperlancar sirkulasi darah dan segera mungkin mengalami pemulihan. Mobilisasi dini yang tidak dilakukan oleh klien *post sectio caesarea* mengakibatkan rawat inap dengan waktu yang lebih lama yaitu lebih dari empat hari dan proses penyembuhan luka menjadi lambat. Dampak lain yang diakibatkan oleh klien jika terjadi keterlambatan mobilisasi adalah terjadinya infeksi. Mobilisasi pasca operasi *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan klien setelah beberapa jam melahirkan dengan *sectio caesarea*