

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada Bab ini akan membahas tentang proses Asuhan Keperawatan Maternitas pada pasien Ny.A.H dengan diagnosa medis G₃ P₂ Ab₀ 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.

3.1 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.

3.1.1 Ruang Kemuning

Ruang kemuning adalah salah satu instalasi rawat inapa Rumah Sakit Umum Daerah Umu 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.

3.2 Hasil Penelitian

3.2.1 Pengkajian

1. Data umum biografi

DATA KLIEN

A. DATA UMUM

1. Nama inisial klien : Ny. A.H
2. Umur : 36 tahun
3. Alamat : wudi pandak tabundung
4. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
5. Agama : kristen protestan
6. Tanggal masuk RS/RB : 25 maret 2025
7. Nomor Rekam Medis : 12XXXX
8. Bangsal : Kemuning

DATA KESEHATAN UMUM

1. Masalah kesehatan khusus : plasenta previa marginalis (+)
2. Konsumsi obat-obatan/jamu-jamuan : vitamin B6, tablet tambah darah dan kalk
3. Riwayat alergi : tidak ada
 1. Obat-obatan : tidak ada
 2. Makanan : tidak ada
 3. Bahan kimia tertentu : tidak ada
 4. Cuaca : tidak ada
 5. Lain-lain : tidak ada
4. Diet Khusus : tidak ada
5. Penyakit bawaan : Ada/tidak.
6. Menggunakan alat bantu:

- a. Gigi palsu : tidak menggunakan palsu
- b. Kaca mata : tidak menggunakan kaca mata
- c. Lensa kontak : tidak menggunakan lensa kontak
- d. Alat dengar : tidak menggunakan alat dengar
- e. Lain-lain : tidak ada

B. PENGKAJIAN POST OPERASI

1. *HEALTH PROMOTION* (Meliputi Kesadaran Kesehatan dan Manajemen Kesehatan): keadaan umum: TSS, TD: 110/80 mmHg, nadi: 65X/ menit, suhu tubuh: 37,7oC, RR: 20x/menit, Spo2: 99%, klien post op *sectio caesarea* hari ke 0 Klien mengatakan terdapat bekas luka operasi di perut bagian bawah, klien tampak lemas dan pucat, mukosa bibir kering, 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, kulit area luka tampak kering, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar, Klien mengatakan belum berani bergerak karena takut akan terjadinya nyeri, 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 mengatakan badan terasa lemas, klien mengatakan belum bisa menggerakkan kaki dan tangan, kaki terasa kram, klien tampak membatasi gerak.
2. *NUTRITION* (Meliputi perbandingan antara intake sebelum dan sesudah persalinan): sebelum persalinan: klien puasa dari jam 02.00 malam
Setelah persalinan: klien belum makan ataupun minum sampai 6 jam setelah operasi.
3. *ELIMINATION* (Meliputi frekuensi BAK/BAB sebelum dan sesudah persalinan, jelaskan karakteristik BAB dan BAK tersebut, ada mual dan muntah tidak)
Sebelum persalinan: BAK: 8-9 X, BAB: 2-3 X
Setelah persalinan: belum BAK dan BAB

4. *PERCEPTION/COGNITION* (Meliputi cara pandang klien tentang proses persalinan dan bayi yang dilahirkannya, apakah klien memiliki pemahaman yang cukup terkait proses persalinan): klien mempunyai pemahaman yang cukup tentang persalinan, karena persalinan ini sudah yang ke 3 kali.
5. *SELF PERCEPTION* (Meliputi apakah klien merasa cemas/takut tentang proses persalinan sekarang, apakah klien merasa senang dengan kelahiran bayinya sekarang): klien merasa senang dengan kelahiran bayinya karena jenis kelamin bayi sesuai dengan keinginan klien.
6. *ROLE RELATIONSHIP* (Meliputi hubungan klien dengan perawat/bidan/dokter yang membantu persalinan, hubungan dengan suami/anggota keluarga lainnya, orang yang mendukung dalam proses persalinan sekarang): hubungan klien dengan tenaga kesehatan baik dan kooperatif, serta hubungan klien dengan anggota keluarga baik.
7. *SEXUALITY* (Meliputi karakteristik darah nifas klien, apakah klien akan menggunakan kontrasepsi setelah persalinan sekarang, apakah klien pernah mengalami masalah seksual sebelum proses persalinan sekarang): pasien telah mengindikasikan keinginannya untuk menjalani sterilisasi sebagai opsi kontrasepsi.
8. *COPING/STRESS TOLERANCE* (Meliputi bagaimana cara klien mengatasi stressor dalam proses persalinan sekarang, jika bayi klien yang lahir meninggal atau mengalami gangguan maka apa tindakan klien):
9. *LIFE PRINCIPLES* (Meliputi apakah klien tetap menjalankan sholat/ibadah yang lain selama proses perawatan, apakah klien mengikuti kegiatan keagamaan sebelum masuk perawatan, apa prinsip hidup yang dimiliki klien): klien menjalankan ibadah selama perawatan dengan berdoa
10. *SAFETY/PROTECTION* (Meliputi apakah klien menggunakan alat bantu jalan, apakah pengaman di samping tempat tidur berfungsi dengan baik, apakah tersedia selimut untuk mengatasi cuaca dingin): klien menggunakan alat bantu kateter
11. *COMFORT* (Meliputi apakah klien merasa nyaman dengan proses persalinan sekarang, bagaimana penampilan psikologis klien seperti tenang, bingung): klien merasa nyeri pada luka jahitan operasi

12. *GROWTH/DEVELOPMENT* (Meliputi berapakah kenaikan berat badan klien selama kehamilan sekarang): klien mengalami kenaikan berat badan 8 kg selama kehamilan.

1. DATA UMUM MATERNITAS

1. Apakah kehamilan ini direncanakan : Ya/tidak
2. Nifas hari ke : 1
3. Menikah : 1 kali, lama 6 tahun
4. Status Obstetri : G (gravida): 3 P(para) 2 A(abortus) 0
5. Anak sebelumnya

No Anak	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat persalinan dan penolong	BB lahir	Komplikasi dan masalah selama proses persalinan	Umur anak sekarang	Keadaan kesehatan saat ini
1.	Laki-laki	SC	RSUD URM, bidan	2 ½ kg	plasenta marginalis (+) previa	6 thn	Sehat
2.	Laki-laki	SC	RSUD URM, bidan	2, 7 kg	plasenta marginalis (+) previa	3 thn	Sehat

6. Tinggi Badan: 150 cm
7. Berat Badan: 58 Kg
8. Kenaikan BB selama kehamilan: 8 Kg
9. Masalah kehamilan sekarang : plasenta previa marginalis (+)
10. Alat kontrasepsi yang pernah dipakai : suntik
 - a. Masalah yang pernah dialami selama penggunaan kontrasepsi:
Tidak ada
 - b. Rencana penggunaan alat kontrasepsi setelah kehamilan ini:
11. Pendidikan kesehatan yang ingin ibu dapatkan selama perawatan:

2. DATA PSIKOSOSIAL UMUM

1. Perasaan ibu dan pasangan setelah proses persalinan sekarang:

Perasaan ibu dan pasangan sangat senang

2. Perasaan ibu terhadap rooming in (rawat gabung):

Ibu merasa nyaman saat perawatan gabungan.

3. Respon sibling (respon anak sebelumnya dengan kelahiran saudaranya)

terhadap kehamilan sekarang: anak pasien sebelumnya merasa sangat senang dengan kelahiran saudaranya

3. PEMERIKSAAN FISIK UMUM (Coret data yang tidak perlu)

1. Keadaan umum : TSS
2. Neurologis : E 4 V 5 M 6
3. Kesadaran : Composmentis/stupor/somnolens/semi koma/koma
4. Pemeriksaan Head To Toe

Kepala	Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan ataupun lesi, tipe rambut lurus, distribusi rambut merata diseluruh kepala dan warna rambut hitam.
Mata	Bentuk mata normal, diameter kedua pupil sama, ada reflek cahaya, sklera berwarna putih normal, kongjungtiva terlihat berwarna merah mudah.
Telinga	Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan kotoran pada lubang telinga, tidak menggunakan alat pendengaran, fungsi pendengaran baik.
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.
Bibir dan mulut	Tidak ada lesi, tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada sianosis, tidak ada sariawan, tidak menggunakan gigi palsu, mukosa bibir kering.
Leher	Tidak ada lesi ataupun jejas, tidak ada pembengkakan pada kelejar tiroid, kelenjar limfe

	tidak teraba, nadi karotis teraba, tidak ada keluhan pada leher.
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.
Abdomen	Bentuk abdomen terlihat datar, terdapat bekas luka operasi tertutup kassa steril dan <i>transparan film</i> , 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.
Sistem eliminasi	Setelah menjalani persalinan klien sudah BAK sebanyak 200cc menggunakan kateter, klien belum BAB setelah persalinan.
Status Nutrisi	Setelah persalinan, klien belum makan maupun minum, klien tidak mengalami mual ataupun muntah.
Ekstermitas	Ekstermitas atas, tidak ada edema, akral teraba hangat, terpasang infus dilengan 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.

4. LAPORAN BAYI BARU LAHIR

1. Keadaan umum bayi baru lahir :

- a. Berat badan : 2250 gram (normal 2500-3500 gram)
- b. Panjang badan : 46 cm (normal 45-54 cm)
- c. Lingkar kepala : 32 cm (normal 33-37 cm)
- d. Lingkar dada : 29 cm (normal 2 cm lebih kecil dari LK)
- e. Lingkar perut : 27 cm (normal 30 – 38 cm)
- f. Lingkar lengan : 11 cm

2. APGAR Score

NO.	TGL / JAM	KARAKTERISTIKYAN G DINILAI	1 MENIT	5 MENIT
		<i>Appearance</i>	2	2
		<i>Pulse</i>	2	2
		<i>Grimace</i>	1	1
		<i>Approximately</i>	1	2
		<i>Refleks</i>	2	2
Total: 8/9			8	9

5. DATA LABORATORIUM

TANGGAL DAN JAM	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL PEMERIKSAAN	Nilai Rujukan	Interpretasi
25 maret 2025/ 22. 57	Hemoglobin	12.29 g/dL	12.0-15.6 g/dL	Nilai normal
	Hematokrit	34,0 %	33.0-45.0%	Nilai normal
	Lekosit	10.95 ribu/ul	4.50-11.0 ribu/ul	Nilai normal
	Tombosit	373 ribu/ ul	150-459 ribu/ul	Nilai normal
	Eritrosit	4,73 juta/ul	4.10-5.10 juta-ul	Nilai normal
	MCV	80.2 n	80-100.0 n	Nilai normal
	MCH	26.9 pg	26.0-34.0 pg	Nilai normal
	MCHC	34.0 g/dL	32.0-36.0 g/dL	Nilai normal
	RDW	14.4 %	11.5-14.5 %	Nilai normal
	Masa pendarahan	2 menit	1-6 menit	Nilai normal
	Masa pembekuan	7 menit	6-14 menit	Nilai normal
	HbsAg	NON REAKTIF	-	Nilai normal
	Sifilis	NON REAKTIF	-	Nilai normal
	HIV	NEGATIV	-	Normal

6. Terapi yang diberikan

TANGGAL DAN JAM	JENIS TERAPI	RUTE TERAPI	DOSIS	INDIKASI
25 maret 2025 11.24	Ketorolac	Injeksi	30 mg 2x1	Untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang, seperti nyeri setelah operasi. untuk mengobati berbagai infeksi steroid sintetis untuk mengurangi peradangan dan reaksi alergi.
	Amoxicillin	Oral	500mg 2x1	
	Dexamethason	Injeksi	6mg 3x1	

7. Klasifikasi Data

Hari/ tanggal	Data Subjektif	Data Objektif
Selasa 25 Maret 2025	<ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan terdapat bekas luka operasi di perut bagian bawah Klien mengatakan belum berani bergerak karena takut akan terjadinya nyeri, 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 mengatakan badan terasa lemas klien mengatakan belum bisa menggerakkan kaki dan tangan, kaki terasa keram 	<ol style="list-style-type: none"> klien post op <i>sectio caesarea</i> hari ke 0 klien tampak membatasi gerak terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah dengan sayatan secara horizontal, berada di atas garis rambut area kemaluan tertutup kassa steril dan <i>transparan film</i> dengan panjang sayatan ± 10 cm. Area bekas luka terasa kaku, kulit area luka tampak kering, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar. Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg N: 65x/menit RR: 20x/menit S: 37°C Spo2: 99% leukosit 12,95 ribu/ui klien tampak lemas dan pucat mukosa bibir kering

8. Analisa Data

DATA (DS & DO)	MASALAH (PROBLEM)	PENYEBAB (ETIOLOGI)
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan terdapat bekas luka operasi di perut bagian bawah Klien mengatakan belum berani bergerak karena takut akan terjadinya nyeri, 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 <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> klien post op <i>sectio caesarea</i> hari ke 0 klien tampak membatasi gerak terdapat bekas luka operasi di abdomen bagian bawah dengan sayatan secara horizontal, berada di atas garis rambut area kemaluan tertutup kassa steril dan <i>transparan film</i> dengan panjang sayatan ± 10 cm. area sekitar luka terasa kaku, kulit area luka tampak kering, warna kulit area luka tampak pucat dan dingin saat disentuh menunjukkan sirkulasi darah tidak lancar. Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg N: 65x/menit RR: 20x/menit S: 37°C Spo2: 99% 	Gangguan integritas kulit	Faktor mekanis (luka post op)

i. Diagnosa Keperawatan

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

NO	DAIGNOSA KEPERAWATAN
1.	Gangguan Integritas Kulit b.d faktor mekanis (luka post op) SDKI(D.0129)
2.	Risiko Infeksi d.d efek prosedur infasif SDKI(D.0142)
3.	Risiko Hipovolemia d.d kehilangan cairan secara aktif SDKI(D.0034)

ii. Intervensi

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

NO	Diagnosa(SDKI)	Tujuan(SLKI)	Intervensi(SIKI)	Rasional
1.	Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis (luka post op)	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	Perawatan Integritas Kulit SIKI(1.11353) Observasi: 1. Mengukur tanda-tanda vital, 2. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, 3. Identifikasi tanda-tanda kerusakan integritas kulit seperti: elestisitas, nyeri, kemerahan, hematoma dan suhu kulit, 4. Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan mobilisasi. Terapeutik: 1. Bantu klien melakukan mobilisasi dini secara bertahap, pada 6 jam pertama post operasi SC, 2. 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, 3. Berlatih duduk dan berdiri, berlatih berjalan. Edukasi: 1. Ajarkan mobilisasi dini, jelaskan manfaat mobilisasi dini.	Observasi: 1. Untuk mengetahui tanda-tanda vital pasien 2. Untuk mengetahui keadaan nyeri yang dirasakan pasien 3. Agar mengetahui tanda-tanda kerusakan integritas kulit 4. Untuk membantu pasien dalam mobilisasi Terapeutik: 1. Agar pasien dapat pulih dengan cepat 2. Untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mempertahankan atau meningkatkan rentang gerak sendi. 3. Untuk mencegah komplikasi akibat tirah baring Edukasi: 1. Untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang pentingnya aktivitas fisik sejak dini.

iii. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 25-27 maret 2025.

Implementasi Hari ke-1

NO	Diagnosa	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Respon
1.	Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis (luka post op)	25/03/25 11.18 WIT 17.00 WIT 17.05 WIT	Mengobservasi tanda-tanda vital Mengobservasi keadaan pasien Setelah 6 jam tindakan operasi dan efek anastesi berakhir menjelaskana manfaat mobilisasi dini kepada klien dan mengajarkan mobilisasi dini Membantu klien untuk menggerakkan kaki dan tangan: (memutar pergelangan tangan, mengepalkan telapak tangan kemudian lepaskan, merapatkan jari-jari tangan kemudian regangkan) menggerakkan sendi kaki (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 (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 kondisi luka	Tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 96 x/menit pasien tampak sadar, pasien belum berani melakukan pergerakan karena klien takut nyeri bertambah pasien dapat memahami penjelasan tentang manfaat dan cara melakukan mobilisasi dini pasien dapat menggerakkan pergelangan tangan dan kaki tanpa bantuan. Pasien dapat melakukan gerakan miring kanan dan miring kiri dengan bantuan. 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 hilang timbul dengan/tanpa pergerakan.
			mengobservasi kembali tanda-tanda vital	Tekan darah: 110/80 mmHg, suhu : 36.5°C

Implementasi Hari ke-2

NO	Diagnosa	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Respon
1.	Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis (luka post op)	26/03/25 05.00 WIT 09.15 WIT	mengobservasi tanda tanda vital mengobservasi kondisi luka	tekanan darah: 100/90 mmHg, suhu: 36,70c 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
15.00	WIT	Memotivasi klien melakukan mobilisasi dini	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)
17.00	WIT	Membantu klien melakukan mobilisasi dini tahap selanjutnya	
24.00	WIT	Membantu klien duduk ditempat tidur tanpa bersandar, melatih duduk ditepi tempat tidur, Membantu klien berdiri di samping tempat tidur, membantu untuk berjalan	Pasien dapat duduk di tempat tidur tanpa bersandar dengan bantuan sebagian, pasien dapat duduk di tepi tempat tidur dengan bantuan sebagian, pasien dapat berdiri disamping tempat tidur dan berjalan dengan bantuan sebagian
		mengobservasi tanda tanda vital	tekanan darah: 110/90 mmHg, suhu : 36,°C, nadi

Implementasi Hari ke-3

NO	Diagnosa	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Respon
1.	Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis (luka post op)	27/03/25 05.10 WIT 09.00 WIT 10.00 WIT	mengobservasi tanda-tanda vital membantu pasien melakukan mobilisasi klien tahap selanjutnya membantu klien duduk ditempat tidur	tekanan darah :120/90 mmHg, suhu : 36,5° C. Pasien dapat duduk di tempat tidur tanpa bersandar tanpa bantuan, pasien dapat duduk di tepi tempat tidur tanpa bantuan, pasien dapat berdiri disamping tempat tidur dan berjalan tanpa bantuan. Elastilitas: kulit disekitar bekas luka mulai kembali kebentuk semula ketika

13.00
WIT

tanpa bersandar, melatih duduk ditepi tempat tidur, membantu klien berdiri di samping tempat tidur, membantu untuk berjalan.

Melakukan perawatan luka dan mengobservasi kondisi luka

Klien sudah dianjurkan pulang oleh dokter.

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).

iv. Evaluasi

Evaluasi Tanggal 25-27 maret 2025 evaluasi pada implementasi yang

didapatkan:

NO	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Evaluasi(SOAP)
1.	Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis (luka post Operasi)	25/03/25 18.30 WIT	<p>S: Klien masih mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, namun klien mengatakan sudah bisa melakukan gerakan dengan bantuan</p> <p>O: Terdapat luka jahitan post operasi <i>sectio caesarea</i> tertutup kassa steril dan <i>transfarn film</i>, 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.</p> <p>A: Gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P: Observasi tanda-tanda vital, observasi nyeri, observasi kondisi luka, lakukan mobilisasi dini tahap selanjutnya.</p>
		26/03/25 19.00 WIT	<p>S: klien mengatakan nyeri pada bekas operasi sudah mulai menurun dan bisa melakukan pergerakan dengan bantuan sebagian.</p>

: 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, Spo² : 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).

A: Gangguan integritas kulit teratasi sebagian

P: observasi tanda-tanda vital, observasi nyeri, observasi kondisi luka.

27/03/25
11.00
WIT

S: klien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi sudah menurun dan sudah melakukan pergerakan tanpa bantuan.

O: tanda-tanda vital, tekanan darah :120/90 mmHg, suhu : 36,5o 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, 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)

A: Gangguan integritas kulit teratasi.

P: KIE untuk kontrol luka satu minggu kedepan.

v. PEMBAHASAN

Pembahasan mengenai hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien Ny. A.H 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. A.H berusia 36 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 ruang perawatan (Ananda riykz et al., 2021).

4.3.2 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25-27 maret 2025 di Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha ruangan Kemuning, Hasil pengkajian didapatkan pasien atas nama Ny A.H berusia 36 tahun. Pengkajian pra operasi dilakukan pada tanggal 25 maret 2025, dari hasil pengkajian didapatkan klien dengan keadaan umum kesadaran composmentis, neurologis E₄V₅M₆, hasil pemeriksaan tekanan darah 120/80 x/menit, nadi 90 x/menit, suhu 36°C, respirasi 20 x/menit, SpO₂ 99%, tinggi badan 150 cm dan berat badan 58 kg, IMT 25,8. 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 25 maret 2025 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 ±10 cm. Pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 110/80 mmHg, N: 65 x/menit, S: 36°C, SpO₂: 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. A.H yaitu katekolac, 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 anestesi regional bisa bertahan selama 4-6 jam setelah obat diinjeksikan, dari munculnya nyeri tersebut biasanya pasien enggan untuk bergerak.

Menurut asumsi peneliti, terdapat kesamaan antara teori dan kasus pada klien Ny.A.H 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. A.H 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 A.H didapatkan diagnosa keperawatan yaitu:

1. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan faktor mekanis (post op), diagnosa ini ditegakkan dari hasil pengkajian pada klien Ny.A.H 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 diabdomen 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 suhu kulit area luka terasa hangat, tampak kemerahan dan memar tidak berlebihan pada area luka. Hasil pengukuran tanda-tanda vital pada klien Ny.A.H sebagai berikut: Tekanan darah: 100/80 mmHg, nadi: 96 x/menit, suhu: 36,5°C, SpO₂: 99%, respirasi: 20x/menit.

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 ± 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 menjadi 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 .

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 ke bawah

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 ke kiri rubahlah posisi 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.

i. 4.3.5 Implementasi

Palaksanaan tindakan implementasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 25-27 maret 2025. 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 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). 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 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). Pukul 13.00 WIT klien sudah dianjurkan pulang oleh dokter, intervensi dihentikan.

ii. 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 25-27 maret 2025. 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. A.H pasien post operasi *sectio caesarea* menunjukkan bahwa Ny.A.H 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.