

**APLIKASI MOBILISASI DINI TERHADAP PENYEMBUHAN
LUKA PADA ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST
PARTUM DENGAN SECTIO CAESAR DI RSAL
DR AZHAR ZAHIR MANOKWARI**



Oleh :
DODI WASHINGTON
NIM. PO.71.20.9.20.014

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM KEPERAWATAN NERS
JAYAPURA
2021**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. IDENTITAS

Nama : Dodi Washington
Tempat, Tanggal Lahir : Lubuk Pakam, 18 Mei 1994
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Dusun Ampibuoussi Manokwari

2. RIWAYAT PENDIDIKAN

a. SD : Rk St.Paulus Ramunia 1999 - 2005
b. SMP : Lestari Beringin 2005 -2008
c. SMA : Trisakti Lubuk Pakam 2008 - 2011
d. D3 Keperawatan : Universitas Darma Agung Medan 2011 – 2014
e. S1 : Universitas Darma Agung Medan 2017 – 2018

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, disusun berdasarkan

Pedoman tata cara penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Program studi Ilmu Keperawatan, Politeknik Kemenkes Kesehatan Jayapura. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar, saya bersedia dituntut dan menerima segala tindakan atau sanksi sesuai ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku.

Manokwari, 30 Maret 2022

Pembuat pernyataan

Dodi Washington

Nim : Po.71.20.9.20.014

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa
Karya Ilmiah Akhir Ners Yang Berjudul :

**APLIKASI MOBILISASI DINI TERHADAP PENYEMBUHAN
LUKA PADA ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST
PARTUM DENGAN SECTIO CAESAR DI RSAL
DR AZHAR ZAHIR MANOKWARI**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Dodi Washington
Nim : PO.71.20.9.20.014

Telah disetujui sebagai karya ilmiah akhir ners dan dinyatakan
Telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing

Blestina Maryorita, S.kep., Ns., MSN.,M.Si
Nip : 19670520 198601 2001

**APLIKASI MOBILISASI DINI TERHADAP PENYEMBUHAN
LUKA PADA ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST
PARTUM DENGAN SECTIO CAESAR DI RSAL
DR AZHAR ZAHIR MANOKWARI**

Di ajukan oleh :

Dodi Washington

Po.71.20.9.20.014

Telah diseminarkan dan diujikan pada tanggal
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Tim Penguji

Nama :Reni E Kafiari, S.Kep.,Ns.,M.kep (.....)

Nip :

Mengetahui

Ketua Program Studi Ners

Politekkes Kemenkes Jayapura

Blestina Maryorita, S.kep., Ns., MSN.,M.Si

Nip : 19670520 198601 2001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

“pendidikan adalah tiket ke masa depan. Hari esok dimiliki oleh orang-orang yang mempersiapkan dirinya sejak hari ini”

(Malcolm X)

Persembahan :

Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis persembahkan kepada :

1. Tuhan Yesus Kristus yang telah memberikan kelancaran dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners Ini.
2. Kedua OrangTua terkasih yang telah mendukung, dengan doa, motivasi, nasihat, dan kasih sayang yang tidak pernah berhenti.
3. Teman-teman seperjuangan Ners Angkatan II tahun 2020 yang saya cintai banggakan atas motivasi, doa dan bantuannya selama penulisan karya tulis akhir ners ini.
4. Almamaterku tercinta Tahap Pendidikan Profesi Ners Program Studi Ilmu Keperawatan Politeknik Kemenkes Kesehatan Jayapura.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan sayangNya kepada kita, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Aplikasi Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Pada Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Dengan Sectio Caesar Di Rsal Dr Azhar Zahir Manokwari ini dengan tepat waktu.

Tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini selain untuk melengkapi tugas pada akhir stase tahap pendidikan profesi, juga merupakan sebagai salah satu syarat mahasiswa untuk dapat menyelesaikan Tahap Pendidikan Profesi Ners pada Politeknik Kemenkes Kesehatan Jayapura Program Studi Keperawatan Poltekes Jayapura.

Didalam perjalanan maupun penyusunan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini telah melibatkan banyak pihak yang sangat membantu dalam banyak hal. Oleh sebab itu disini penulis sampaikan rasa terimakasih sedalam-dalamnya kepada :

- 1 Ibu Dr. Nouvy Helda Waroi S,Kep., Ns.,MPH selaku ketua jurusan keperawatan Politehnik Kemenkes Jayapura yang telah banyak membantu maupun memfasilitasi kamo selama apraktik klinik hingga terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
- 2 Ibu Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., MSN., M.Si selaku Ketua Program Studi sekaligus Pambimbing Ners Politehnik kesehatan kemenkes jayapura yang telah banyak membantu, memfasilitasi maupun menggerakkan segala pikiran mengarahkan Penulis selama praktik klinik pada tahap pendidikan profesi hingga terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
- 3 Sahabat dan rekan seperjuangan Ners Angkatan Ke-II tercinta yang telah kompak dalam memberi dukungan dan saling memotivasi satu sama lain.
- 4 Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini sepenuhnya masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Sehingga saran dan kritik pembaca yang dimaksud untuk mewujudkan kesempurnaan karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis sangat hargai. Semoga Karya Ilmiah akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi ilmu keperawatan khususnya dan tim tenaga kesehatan lainnya.

Manokwari 04 April 2022

Penulis

Dodi Washington

Nim : Po.71.20.9.20.014

PERSETUJUAN PUBLIKASI

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini sepenuhnya masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Sehingga saran dan kritik pembaca yang dimaksud untuk mewujudkan kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis sangat hargai. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi Ilmu Keperawatan Khususnya dan Tim Tenaga Kesehatan Lainnya.

Manokwari, 04, April 2022

Penulis

Dodi Washington

Nim PO. 71. 20. 09. 20. 014

**APLIKASI MOBILISASI DINI TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA PADA ASUHAN
KEPERAWATAN IBU POST PARTUM DENGAN SECTIO CAESAR DI RSAL
DR AZHAR ZAHIR MANOKWARI**

Dody Washington¹, Blesstina Maryorita²

ABSTRAK

Kehamilan dan melahirkan merupakan hal fisiologis, namun keadaan patologis atau komplikasi dapat saja muncul pada saat kehamilan sampai dengan proses persalinan (Maryanti dan Endrike, 2019). Persalinan patologis kadang membutuhkan tindakan pembedahan seperti *sectio caesarea*. Cunningham (2006) mendefinisikan *sectio caesarea* merupakan tindakan mengeluarkan janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Beberapa indikasi untuk dilakukan *sectio caesarea* antara lain disproporsi janin panggul 21%, gawat janin 14%, plasenta previa 11%, pre eklamsi dan hipertensi 7%, pernah *sectio caesarea* 11%, dan kelainan letak janin 10% (Peel dan Chamberlain, 2011). Prawirohardjo (2000) menyebutkan bahwa tindakan *sectio caesarea* dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan risiko pada ibu ataupun pada janin. Penelitian ini bertujuan untuk Menggambarkan suatu asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea* di ruang nifas RSAL Dr. Azhar Zahir Kabupaten Manokwari. Metode dalam penelitian ini menggunakan wawancara kepada pasien. Hasil: dalam pemberian intervensi selama 3x pertemuan terjadi peningkatan penyembuhan luka operasi yang signifikan saat pasien diberikan mobilisasi dini

Kata kunci: penyembuhan luka, *post partum section caesarea*, mobilisasi dini

**EARLY MOBILIZATION APPLICATIONS ON Wound Healing in POST PARTUM
MOTHER NURSING CARE WITH SECTIO CAESAR IN RSAL
DR AZHAR ZAHIR MANOKWARI**

Dodi Washington¹, Blesstina Maryorita²

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are physiological matters, but pathological conditions or complications can appear during pregnancy until the delivery process (Maryanti and Endriks, 2019). Pathological delivery sometimes requires surgery such as sectio caesarea. Cunningham (2006) defines sectio caesarea as an act of removing the fetus through an incision in the abdominal wall (laparotomy) and uterine wall (hysterectomy). Several indications for caesarean section include fetal pelvic disproportion 21%, fetal distress 14%, placenta previa 11%, pre-eclampsia and hypertension 7%, had caesarean section 11%, and fetal position abnormalities 10% (Peel and Chamberlain, 2011). Prawirohardjo (2000) states that sectio caesarea is performed if a vaginal birth may pose a risk to the mother or the fetus. This study aims to describe a maternity nursing care carried out on patients after sectio caesarea in the postpartum ward of Dr. Azhar Zahir Hospital, Manokwari Regency. The method in this study used interviews with patients. Result: in providing intervention for 3 meetings there was a significant increase in surgical wound healing when the patient was given early mobilization

Keywords: wound healing, post partum caesarean section, early mobilization

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Orisinal.....	ii
Halaman Persetujuan Kian	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Motto Dan Persembahan	v
Kata Pengantar.....	vi
Abstrak.....	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Skema	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Singkatan	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.4 Manfaat Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Luka Infeksi	7
2.1.1 Pengertian Mobilisasi Dini	7
2.1.2 Tujuan Mobilisasi	7
2.1.3 Tahap-tahap Mobilisasi Dini	8
2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi.....	10
2.2 Konsep Dasar Sectio caesarea	12
2.2.1 Pengertian Sc.....	12
2.2.2 Tipe-Tipe Sc.....	13
2.2.3 Keuntungan Dan Kerugian Sc.....	14

2.3 Konsep Penyembuhan Luka	15
2.3.1 Pengertian penyembuhan luka.....	15
2.3.2 Fase Penyembuhan	16
2.3.3 Klasifikasi penyembuhan luka.....	18
2.3.4 Faktor yang mempengaruhi	19

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	24
3.2 Pengkajian	24
3.2.1 Identitas Pasien	24
3.2.2 Data Focus	26
3.2.3 Pemeriksaan Fisik.....	29
3.2.4 Genogram	28
3.2.5 Pemeriksaan Head To Toe.....	30
3.2.6 Aktivitas Sehari-Hari.....	32
3.3 Klasifikasi Data	35
3.1 Analisa Data	37
3.6 Rencana Asuhan Keperawatan	41
3.6 Catatan Perkembangan	52

BAB IV ANALISA SITUASI

4.1 Profil Lahan Praktik	65
4.2 Analisis Asuhan Keperawatan	67
4.4 Analisis Intervensi Dengan Konsep Penelitian Terkait.....	76
4.5 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan.....	76

BAB V PENUTUP

5.5 Kesimpulan.....	77
5.2 Saran	78
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan	78
5.2.2 Bagi Perawat	79
5.2.3 Bagi Layanan	79

Daftar Pustaka

Daftar Skema

Halaman

Skema 3.1 Genogram	28
--------------------------	----

Daftar Tabel

	Halaman
Tabel 3.1 Klasifikasi Data.....	35
Tabel 3.2 Analisa Data.....	37
Tabel 3.3 Asuhan Keperawatan	41
Tabel 3.4 Catatan Perkembangan.....	52

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan dan melahirkan merupakan hal fisiologis, namun keadaan patologis atau komplikasi dapat saja muncul pada saat kehamilan sampai dengan proses persalinan (Maryanti dan Endrike, 2019). Persalinan patologis kadang membutuhkan tindakan pembedahan seperti *sectio caesarea*. Cunningham (2006) mendefinisikan *sectio caesarea* merupakan tindakan mengeluarkan janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Beberapa indikasi untuk dilakukan *sectio caesarea* antara lain disproporsi janin panggul 21%, gawat janin 14%, plasenta previa 11%, pre eklamsi dan hipertensi 7%, pernah *sectio caesarea* 11%, dan kelainan letak janin 10% (Peel dan Chamberlain, 2011). Prawirohardjo (2000) menyebutkan bahwa tindakan *sectio caesarea* dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan risiko pada ibu ataupun pada janin.

Bedah *sectio caesarea* saat ini bukan lagi sesuatu hal yang menakutkan dan jauh lebih aman berkat kemajuan teknologi kedokteran, oleh karena itu operasi *sectio caesarea* tidak lagi diidentikkan dengan adanya kelainan atau gangguan saat persalinan melainkan calon ibu cenderung melakukan operasi *caesar* tanpa indikasi yang kuat (Oswari, 2004). Persalinan dengan *sectio caesarean* memungkinkan terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada melahirkan secara normal. Contoh komplikasi yang dapat terjadi pada ibu pasca *section caesarea* seperti yaitu nyeri pada daerah operasi, risiko terjdin infeksi pada luka, immobilitas, luka kandung kemih, perdarahan serta berpotensi terjadinya thrombosis (Pratiwi, 2012).

Data *World Health Organization* (WHO) diperkirakan setiap tahun terdapat 230 juta operasi utama *sectio caesarea* di seluruh dunia. WHO

menganjurkan operasi *sectio caesarea* hanya sekitar 10-15% dari jumlah kelahiran, anjuran tersebut didasarkan pada analisis resiko yang dapat terjadi akibat *sectio caesarea* baik bagi ibu maupun bayi (Haynes, 2015). Riset kesehatan dasar (2015) menyatakan bahwa tingkat persalinan di Indonesia dalam kurun waktu 5 tahun terakhir di 33 provinsi didapatkan 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dengan *sectio caesarea*. Faktor risiko dilakukan operasi *sectio caesarea* menurut Rottie dan Saragih (2019) adalah 13,4% ketuban pecah dini, 5,94% *preeklamsia*, 5,14% perdarahan, 4,40% perdarahan jalan lahir tertutup dan 2,3% rahim sobek.

Salah satu tujuan pembangunan *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2015 adalah perbaikan kesehatan maternal, karena kematian maternal dijadikan ukuran keberhasilan terhadap pencapaian target SDGs yaitu penurunan 75% rasio kematian maternal. Frekuensi dilaporkan berkisar antara 0,3%-0,7% di negara-negara sedang berkembang, sedangkan di negara-negara maju angka tersebut lebih kecil yaitu 0,05% - 0,1%. Berdasarkan data di Indonesia didapatkan bahwa terjadi peningkatan angka *sectio caesarea* disertai kejadian infeksi luka post *sectio caesarea* sekitar 90% dari morbiditas pasca operasi disebabkan oleh infeksi luka setelah operasi (Kemenkes RI, 2016).

Ibu dengan tindakan *sectio cesarea* berisiko tinggi mengalami komplikasi dibanding dengan persalinan biasa. Komplikasi yang mungkin dapat terjadi diantaranya luka kandung kemih, perdarahan, emboli pulmonal, ruptur uteri pada kehamilan mendatang, infeksi puerperal (nifas) dan meninggalkan luka insisi akibat pembedahan (Ulfah, 2013 dalam Eriyani, Shalahuddin dan Maulana, 3

2018). Persalinan dengan *sectio caesarea* berisiko kematian 25 kali lebih besar dan berisiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Infeksi setelah operasi masih tetap mengancam sehingga perawatan setelah operasi memerlukan perlakuan khusus. Kurang lebih 90% dari kematian pasca operasi disebabkan oleh infeksi rahim,

infeksi kandung kemih, usus dan infeksi luka bekas operasi (Maryanti dan Endrike, 2019).

Tindakan insisi pada persalinan *sectio caesarea* menyebabkan lukayang harus diperhatikan derajat kesembuhannya karena risiko tinggi terjadi infeksi, perdarahan dan rupture uteri. Pada masa pasca bedah sering dijumpai komplikasi dari luka operasi seperti terjadinya infeksi umum atau sepsis yang dapat timbul karena luka yang terbuka atau ketahanan tubuh penderita yang buruk sehingga tidak mampu mengatasi infeksi. Bentuk asuhan keperawatan pada pasien post operasi *sectio caesarea* salah satunya memotivasi dan membimbing mobilisasi yaitu melakukan pergerakan, perubahan posisi atau kegiatan yang dilakukan pada 24 jam pertama post operasi agar komplikasi dapat dihindari (Brunner dan Suddarth, 2002).

Tindakan pembedahan yang dilakukan mengakibatkan timbulnya rasa nyeri pada bagian luka sehingga membuat para ibu cenderung hanya berbaring, hal tersebut dapat menimbulkan kaku persendian, kontraktur otot, postur yang buruk dan nyeri tekan jika tidak melakukan mobilisasi (Rottie dan Siragih, 2019). Menurut Noer dikutip oleh Ditya, Zahari dan Afriwardi (2016), nyeri dapat membuat masa penyembuhan luka menjadi lama karena akan mengganggu kembalinya aktivitas dan menjadi salah satu alasan pasien untuk tidak bergerak (melakukan mobilisasi dini). Pada saat pasca operasi pasien diharapkan dapat melakukan mobilisasi segera mungkin untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan menurunkan insiden komplikasi setelah tindakan operasi (Smeltzer dan Bare, 2001).

Potter dan Perry (2005) menyebutkan luka merupakan kerusakan fungsi dan struktur anatomi organ tertentu yang dapat berasal dari eksternal maupun internal. Walaupun pada prinsipnya tahap penyembuhan semua luka adalah sama, namun hal tersebut bergantung pada luas, keparahan, lokasi, keparahan, luas cedera dan kemampuan sel & jaringan melakukan regenerasi. Beberapa faktor lain juga mempengaruhi penyembuhan luka seperti vaskularisasi, anemia, usia, nutrisi imunologi,

obesitas dan kadar gula. Disebutkan Johnson dan Taylor (2005) bahwa penyembuhan luka dimulai sejak terjadi cedera dan akan melewati empat fase penyembuhan yaitu hemostatis, inflamasi, proliferasi dan maturasi. Brunner dan Suddarth (2002) menyebutkan bahwa penyembuhan luka secara farmakologi yaitu dengan pemberian obat-obatan seperti analgetik, steroid, opioid, obat-obatan anastesi. Sedangkan mobilisasi akan memperlancar sirkulasi darah dan segera mungkin akan mengalami pemulihan atau penyembuhan karena vaskularisasi yang baik dibutuhkan untuk perbaikan dan pertumbuhan sel (Potter dan Perry, 2005).

Mobilisasi dini salah satu upaya dengan cara membimbing pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologis sebagai pertahanan kemandirian segera. Mobilisasi post *Caesarea* yaitu suatu posisi, pergerakan dan kegiatan yang dilakukan pada jam pertama post operasi, karena saat anggota gerak bisa difungsikan kembali dan pasien sadar mobilisasi sudah dapat dilakukan pasca efek anastesi habis (Rasjdi, 2009). Menurut Kozier, Berman, dan Snyder (2010) mobilisasi dapat menyebabkan perbaikan supply darah yang membawa nutrisi yang diperlukan untuk pertumbuhan jaringan baru sehingga berpengaruh terhadap kecepatan penyembuhan insisi post SC.

Saat menggerakkan anggota badan (melakukan mobilisasi dini) dapat mencegah kekakuan sendi dan otot, kemudian dapat memperlancar sirkulasi darah dan mengurangi nyeri supaya proses penyembuhan luka lebih cepat (Rustianawati, Sri dan Rizka, 2013). Penelitian yang dilakukan Puspiatasari, Ummah dan Sumarsih (2011) didapatkan faktor-faktor yang memengaruhi penyembuhan luka ibu postpartum dengan *sectio caesarea* yaitu 47% dipengaruhi oleh nutrisi, masing-masing 75% mobilisasi dan *personal hygiene*.

Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam proses penyembuhan luka post operasi *sectio caesarea* dengan cara meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga nutrisi yang dibutuhkan luka terpenuhi & mempercepat kesembuhan luka (Mustiarani, Purnani dan

Mualimah, 2019). Penelitian Heryani dan Ardenny (2016) mengenai Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka *Post Sectio Caesarea* di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru didapatkan bahwa terdapat perbedaan 3 kali lebih baik penerapan mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka dibandingkan dengan tidak melakukan, dengan nilai signifikansi $p \text{ value}=0.007$ (*Odd Ratio* 3,00). Penelitian Eriyani, Shalahuddin dan Maulana (2018) yang menyatakan terdapat perbedaan nilai spesifikasi untuk penyembuhan luka kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan setelah dilakukan mobilisasi dini dengan nilai $p \text{ value}$ sebesar 0.000. Hal tersebut membuktikan bahwa mobilisasi dini memberikan pengaruh terhadap penyembuhan luka ibu postpartum dengan *sectio caesarea*. Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada salah seorang perawat menyatakan umumnya perawat jarang melakukan mobilisasi secara berkala disebabkan karena keluhan nyeri yang dirasakan pasien saat melakukan mobilisasi menjadi alasan pasien untuk menolak mobilisasi dan kekhawatiran luka operasi akan terbuka apabila tubuh digerakkan. Berdasarkan uraian tersebut, laporan keperawatan komprehensif ini menguraikan pelaksanaan praktik keperawatan maternitas dengan fokus penerapan teori keperawatan dan aplikasi mobilisasi dini pada asuhan keperawatan ibu postpartum dengan *sectio caesarea* di Ruang Enim 2 RSUP dr.Mohamad Hoesiin Palenbang.

1.2 Rumusan Masalah

“Apakah ada Pengaruh mobilisasi dini pasien pasca operasi *sectio caesarea* terhadap penyembuhan luka di ruang nifas RSAL DR.AZHAR ZAHIR Kabupaten manokwari ?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan suatu asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea* di ruang nifas RSAL DR.AZHAR ZAHIR Kabupaten manokwari

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Memberikan gambaran pengkajian keperawatan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea*.
- b. Memberikan gambaran dx keperawatan yang muncul pada asuhan keperawatan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea*.
- c. Memberikan gambaran rencana keperawatan yang akan diberikan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea*.
- d. Memberikan gambaran implementasi asuhan keperawatan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea*.
- e. Memberikan gambaran evaluasi keperawatan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea*.
- f. Memaparkan informasi *Evidence Based* pada area keperawatan terkait aplikasi mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea*.

1.4 Manfaat

1. Bagi Pasien Pasca *Sectio Caesarea*
Memberikan informasi mengenai pelaksanaan askep yang bisa memberikan pengaruh terhadap keluhan yang ada.
2. Bagi Mahasiswa Keperawatan
Meningkatkan proses *critical thinking* pembaca dalam mengetahui pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea*. Laporan keperawatan kompre ini dapat memberikan pengalaman, menambah wawasan dan menjadi suatu pengetahuan baru tentang pelaksanaan asuhan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea*.
3. Bagi Profesi Keperawatan
Menjadi suatu pedoman bagi perawat dalam pemberian asuhan pada pasien pasca tindakan *sectio caesarea*.
4. Bagi Institusi Pendidikan
Sebagai bahan pertimbangan dan bacaan untuk pembelajaran fokus area kep. maternitas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Mobilisasi Dini

2.1.1 Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah menggerakkan tubuh dari satu tempat ke tempat lain yang harus dilakukan secara bertahap dan langsung setelah melahirkan, minimal 8 – 24 jam setelah persalinan (Aiddina Fajri, 2016). Mobilisasi dini *post sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan caesarea. Untuk mencegah komplikasi post operasi *sectio caesarea* ibu harus segera dilakukan mobilisasi sesuai dengan tahapannya. Oleh karena setelah mengalami *secsio saesarea*, seorang ibu disarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi *secsio sesarea* ibu harus mobilisasi cepat. Semakin cepat bergerak itu semakin baik, namun mobilisasi dini harus tetap dilakukan secara hati-hati (Wirnata, 2018).

2.1.2 Tujuan Mobilisasi

Meneurut (Handayani, 2015) tujuan mobilisasi adalah :

- a) Mempertahankan fungsi tubuh.
- b) Memperlancar peredaran darah agar membawah oksigen dan zat-zat makanan sehingga mempercepat penyembuhan luka.
- c) Membantu pernafasan menjadi lebih baik.
- d) Mempertahankan tonus otot.
- e) Memperlancar eliminasi.
- f) Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

2.1.3 Tahapan-tahapan Mobilisasi Dini

Menurut (Aiddina Fajri, 2016) tahapan mobilisasi adalah :

a) Tahap Mobilisasi 4 jam post SC :

- 1) Dimulai 4 jam pertama, mengangkat kaki lurus, melenturkan lutu dan kaki.
- 2) Setelah 6-12 jam, dilakukan pengukuran tekanan darah apabila tidak ditemukan hipotensi orthostatik latihan dapat dilanjutkan dengan belajar duduk, tegak, dan kuatkan tubuh pada posisi stabil setelah 24 jam, latihan berdiri dalam kondisi stabil.
- 3) Lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit sesuai dengan kemampuan pasien.
- 4) Hari ke-2 – 3 mampu berjalan mandiri.

b) Tahap mobilisasi 8 jam post SC

Pelaksanaan mobilisasi dini terdiri dari tahap-tahap sebagai berikut tidur terlentang dulu selama 8 jam :

1) Miring Kiri – Kanan

Memiringkan badan ke kiri dan ke kanan merupakan mobilisasi paling ringan dan yang paling baik dilakukan pertama kali. Disamping dapat mempercepat proses penyembuhan, gerakan ini juga mempercepat proses kembalinya fungsi usus dan kandung kemih secara normal.

2) Menggerakkan Kaki

Setelah mengembalikan badan ke kanan dan ke kiri, mulai gerakan kedua belah kaki. Mitos yang menyatakan bahwa hal ini tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan timbulnya varices adalah salah total. Justru bila kaki tidak digerakkan dan terlalu lama diatas tempat tidur dapat menyebabkan terjadinya pembekuan pembuluh darah batik yang dapat menyebabkan varices ataupun infeksi.

3) Duduk

Setelah merasa lebih ringan cobalah untuk duduk di tempat tidur. Bila merasa tidak nyaman jangan dipaksakan.

4) Berdiri dan Turun Dari Tempat Tidur

Jika duduk tidak menyebabkan rasa pusing, teruskan dengan mencoba turun dari tempat tidur dan berdiri. Bila terasa sakit atau ada keluhan, sebaiknya hentikan dulu dan dicoba lagi setelah kondisi terasa lebih nyaman.

5) Kamar Mandi

Hal ini harus dicoba setelah memastikan bahwa keadaan ibu benar-benar baik dan tidak ada keluhan

2.1.4 Faktor - Faktor Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Menurut, (Aiddina Fajri, 2016) faktor yang mempengaruhi mobilisasi dini adalah :

1) Penyakit Tertentu dan Cidera

Penyakit-penyakit tertentu dan cidera berpengaruh terhadap mobilitas misalnya penderita multiple aterosclerosis dan cidera pada urat saraf tulang belakang. Demikian juga pada pasien post operasi atau yang mengalami nyeri, cenderung membatasi gerakan.

2) Energi

Tingkat energi bervariasi pada setiap individu. Terkadang seseorang membatasi aktivitas tanpa mengetahui penyebabnya. Selain itu tingkat usia juga berpengaruh terhadap aktivitas. Misalnya orang pada usia pertengahan cenderung mengalami penurunan aktivitas yang berlanjut sampai usia tua.

3) Keberadaan Nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, universal dan bersifat individual. Klien kadang-kadang diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya tersebut sebagai nyeri ringan, nyeri sedang, atau berat. Tipe nyeri tersebut berbeda pada setiap waktu. Gambaran skala nyeri tidak hanya berguna dalam mengkaji beratnya nyeri, tetapi juga dapat mengevaluasi perubahan kondisi klien.

4) Tingkat Kecemasan

Yang mempengaruhi mobilisasi adalah cemas (ansietas) Ansietas merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan.

5) Tingkat Pengetahuan

Pasien yang sudah diajarkan mengenai gangguan muskuloskeletal akan mengalami peningkatan penanganan. Informasi khusus mengenai latihan dan medikasi harus didiskusikan dengan pasien. Informasi yang diberikan tentang prosedur perawatan dapat mengurangi ketakutan pasien.

6) Depresi

Besar kemungkinan setelah melahirkan ibu akan mengalami depresi. Biasanya depresi berlangsung sekitar satu sampai dua hari, hal ini dapat terjadi karena perubahan mendadak dari hormon. Gejalanya berupa mudah tersinggung, menangis, tanpa sebab, gelisah, takut pada hal yang sepele.

7) Kebudayaan

Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktivitas misalnya : pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak luka dan jahitan tidak sembuh (Handayani, 2015).

8) Usia dan Status Perkembangan

Seorang remaja berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan orang dewasa (Handayani, 2015).

2.2 Konsep Sectio Caesarea (SC)

2.2.1 Pengertian Sectio Caesarea (SC)

Sectio caesarea ialah pembedahan untuk mengeluarkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Wiknjosastro, Saifuddin, & Rachimhadhi, 2002). *Sectio caesarea* merupakan suatu

tindakan untuk melahirkan bayi per abdomen dan dinding uterus interior, biasanya yang sering dilakukan insisi segmen bawah transversal. Tindakan *sectio caesarea* digunakan bilamana di yakini bahwa penundaan persalinan pervagina tidak mungkin dilakukan secara aman (Handayani, 2015).

2.2.2 Klasifikasi

Menurut (Rahmadani, 2018) tipe - tipe *sectio caesarea* adalah :

1) Segmen Bawah : Insisi Melintang

Pada bagian segmen bawah uterus dibuat insisi melintang yang kecil, luka ini dilebarkan kesamping dengan jari-jari tangan dan berhenti didekat daerah pembuluh-pembuluh darah uterus. Kepala janin yang pada sebagian besar kasus terletak dibalik insisi diekstarksi atau didorong, diikuti oleh bagian tubuh lainnya dan kemudian plasenta serta selaput ketuban.

2) Segmen Bawah : Insisi Membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang. insisi membujur dibuat dengan skapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3) *Sectio Caesaria* Klasik

Insisi longitudinal di garis tengah di buat dengan skapel ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul di perlukan luka insisi yang lebar karena bayi dilahirkan dengan presentasi bokong dahulu, janin atau plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis.

4) *Sectio Caesaria* Ekstra Peritoneal

Pembedahan ekstra peritoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisasi yang bersifat fatal.

2.3 Konsep Penyembuhan Luka

2.3.1 Pengertian Penyembuhan Luka

Luka adalah rusaknya kesatuan/komponen jaringan, dimana secara spesifik terdapat substansi jaringan yang rusak atau hilang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik, atau gigitan hewan. Ketika luka timbul, beberapa efek akan muncul :

- 1) Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ.
- 2) Respon stres simpatis.
- 3) Perdarahan dan pembekuan darah.
- 4) Kontaminasi bakteri.
- 5) Kematian sel.

Proses yang kemudian terjadi pada jaringan yang rusak ini ialah penyembuhan luka yang dapat dibagi dalam tiga fase yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan remodeling jaringan (Aiddina Fajri, 2016).

2.3.2 Fase Penyembuhan Luka

Setiap kejadian luka mekanisme tubuh akan mengupayakan mengembalikan komponen-komponen jaringan yang rusak tersebut dengan membentuk struktur baru dan fungsional sama dengan keadaan sebelumnya. Proses penyembuhan tidak hanya terbatas pada proses regenerasi yang bersifat lokal, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh faktor endogen, seperti: umur, nutrisi, imunologi, pemakaian obat-obatan, kondisi metabolik (Aiddina Fajri, 2016).

Menurut (Sjamsuhidajat & Jong, 2003) proses yang kemudian terjadi pada jaringan yang rusak ini ialah penyembuhan luka yang dapat dibagi dalam tiga fase, yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan penyudahan/maturasi yang merupakan perupaan kembali (remodeling) jaringan :

1) Fase Inflamasi

Fase inflamasi berlangsung sejak terjadinya luka sampai kira-kira hari kelima. Pembuluh darah yang terputus pada luka akan menyebabkan pendarahan dan tubuh akan berusaha untuk menghentikannya dengan vasokonstriksi, pengerutan ujung pembuluh darah yang terputus (retraksi), dan reaksi hemostatis. Hemostatis terjadi karena trombosit yang keluar dari pembuluh darah saling melengket, dan bersama jala fibrin yang terbentuk, membekukan darah yang keluar dari pembuluh darah. Sementara itu terjadi fase inflamasi.

Sel mast dalam jaringan ikat menghasilkan serotonin dan histamin yang meningkatkan permeabilitas kapiler sehingga terjadi eksudasi, menyebabkan sel radang, disertai vasodilatasi setempat yang menyebabkan udem dan pembengkakan. Tanda dan gejala klinis reaksi radang menjadi jelas dengan berupa warna kemerahan karena kapiler melebar (*rubor*), rasa hangat (*kalor*), nyeri (*dolor*), dan pembengkakan (*tumor*).

Aktivitas seluler yang terjadi adalah pergerakan leukosit menembus dinding pembuluh darah (diapedesis) menuju luka karena gaya kemotaksis. Leukosit mengeluarkan enzim hidrolitik yang membantu mencerna bakteri dan kotoran luka. Limfosit dan monosit yang kemudian ikut muncul ikut menghancurkan dan memakan kotoran luka dan bakteri (fagositosis). Fase ini disebut juga fase lambat karena reaksi pembentukan kolagen baru sedikit dan luka hanya dipertautkan oleh fibrin yang amat lemah.

Dengan adanya luka yang bersih, tidak terdapat infeksi atau kuman serta terbentuknya makrofag dan fibroblas, keadaan ini dapat dipakai sebagai parameter bahwa fase inflamasi ditandai dengan adanya: eritema, hangat pada kulit, edema dan rasa sakit yang berlangsung sampai hari ke-3 atau hari ke-4.

2) Fase Proliferasi

Fase proliferasi disebut juga fase fibroplasia karena yang menonjol adalah proses proliferasi fibroblast. Fase ini berlangsung dari akhir fase inflamasi sampai kira-kira akhir minggu ketiga. Fibroblast berasal dari sel mesenkim yang belum berdiferensiasi, menghasilkan mukopolisakaria, asam aminoglisin, dan prolin yang merupakan bahan dasar kolagen serta yang akan mempertautkan tepi luka.

Pada fase ini, serat di bentuk dan dihancurkan kembali untuk menyesuaikan diri dengan tegangan pada luka yang cenderung mengerut. Sifat ini, bersama dengan sikap kontraktif miofibroblast, menyebabkan tarikan pada tepi luka. Pada akhir fase ini regangan luka mencapai 25% jaringan normal. Nantinya, dalam proses penyudahan/maturasi, kekuatan serat kolagen bertambah karena ikatan intramolekul dan antarmolekul.

Pada fase fibroplasia ini, luka dipenuhi sel radang, fibroblast, dan kolagen, membentuk jaringan berwarna kemerahan dengan permukaan yang berbenjol halus yang disebut jaringan granulasi. Epitel tepi luka yang terdiri atas sel basal terlepas dari dasarnya dan berpindah mengisi permukaan luka. Tempatnya kemudian diisi oleh sel baru yang terbentuk dari proses mitosis. Proses migrasi hanya terjadi ke arah yang lebih rendah atau datar. Proses ini baru berhenti setelah epitel saling menyentuh dan menutup seluruh permukaan luka. Dengan tertutupnya permukaan luka, proses fibroplasia dengan pembentukan jaringan granulasi juga akan berhenti dan mulailah proses pematangan dalam fase penyudahan/maturasi.

3) Fase Penyudahan/Maturasi

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terjadi atas penyerapan kembali jaringan yang berlebihan, pengerutan sesuai gaya gravitasi, dan akhirnya prupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini dapat berlangsung berbulan-bulan dan dinyatakan berakhir kalau semua tanda radang sudah lenyap. Tubuh berusaha

menormalkan kembali semua yang menjadi abnormal karena proses penyembuhan. udem dan sel radang diserap, sel muda menjadi matang, kapiler baru menutup dan diserap kembali, kolagen yang berlebihan diserap dan sisanya mengerut sesuai dengan regangan yang ada.

Selama proses ini dihasilkan jaringan parut yang pucat, tipis dan lemas, serta mudah digerakan dari dasar. Terlihat pengerutan maksimal pada luka. Pada akhir fase ini, perubahan luka dan kulit mampu menahan regangan kira-kira 80% kemampuan kulit normal. Hal ini tercapai kira-kira 3-6 bulan setelah penyembuhan. Meskipun proses penyembuhan luka sama bagi setiap penderita, namun hasil yang dicapai sangat tergantung dari kondisi biologik masing-masing individu, lokasi serta luasnya luka. Penderita muda dan sehat akan mencapai proses yang cepat dibandingkan dengan kurang gizi, disertai dengan penyakit sistemik (diabetes mellitus).

2.3.3 Klasifikasi Penyembuha Luka

1) Penyembuhan luka meneurut (Sjamsuhidajat & Jong, 2003)

a) Primer

Luka terlihat bersih, tidak terinfeksi, dan di jahit dengan baik, penyembuhan primer.

b) Sekunder

Luka dibiarkan terbuka, luka terisi jaringan granulasi, epitel menutup granulasi mulai dari pinggir, granula ditutup oleh epitel. Proses perupaan disertai pengerutan pada daerah bekas luka.

c) Primer tertunda atau penyembuhan dengan jahitan tertunda

Luka dibiarkan terbuka, setelah beberapa hari ternyata ada granulasi baik tanpa gejala dan tanda infeksi, dipasang jahitan, penyembuhan.

2) Penyembuhan luka menurut (Moya, 2003);

a) Primer

Dimana terdapat sedikit jaringan yang hilang, seperti pada luka bersih yang di buat akibat tindakan bedah, atau pada laserasi yang tepinya dirapatkan oleh plester kulit, maka penyembuhan terjadi secara primer, yaitu dengan menyatukan kedua tepi luka berdekatan dan saling berhadapan. Jaringan granulasi yang dihasilkan, sangat sedikit. Dalam waktu 10-14 hari, reepitelialisasi secara normal sudah sempurna, dan biasanya hanya menyisakan jaringan parut tipis, yang dengancepat dapat memudar dari warna merah menjadi putih. Meski demikian, diperlukan waktu beberapa bulan bagi jaringan untuk memperoleh kembali segala sesuatunya seperti kekuatan rengangan seperti sebelumnya.

b) Sekunder

Pada luka terbuka dimana kehilangan banyak jaringan yang signifikan, dikatakan bahwa penyembuhan terjadi secara *intensi sekunder* luka terbuka yang kronis, seperti dekubitus, dan ulkus tungkai, termasuk dalam kategori ini, demikian pula hanyadengan beberapa luka akibat operasi yang dengan sengaja dibiarkan terbuka, seperti misalkan abses yang baru saja dilakukan drain atau sinus pilonida.

Jaringan granulasi, yang terdiri atas kapiler-kapiler darah baru yang disokong oleh jaringan ikat, terbentuk di dasar luka, dan dari pulau-pulau jaringan epitel yang berhubungan dengan folikel rambut, kelenjar sebacea, dan kelenjar sudorifera. Daerah permukaan luka menjadi kecil dari adanya kontraksi dan jaringan ikat disusun kembali sehingga membentuk jaringan yang kuat sejalan denganbertambahnya waktu.

Pada mulanya, jaringan parut berwarna merah dan menonjol. Pada saatnya, tonjolan dan warna kemerahan itu akan berkurang dan akhirnya menghilang sehingga meninggalkan jaringan parut yang lunak dan lebih pucat dibandingkan kulit sekitarnya. Meskipun demikian, rangkaian kejadian tersebut bukannya tapa variasi.

Jaringa fibrosa pada lapisan dermis dapat menjadi hipertrofi yang nyata sekali, berwarna merah, dan menonjol. Pada parut koloid jaringan tampak nyata menonjol, cenderung untuk menyebar, mengikuti sekitaran kulit normal, dan dapat terasa panas, nyeri tekan, dan gatal.

2.3.4 Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

Menurut (Aiddina Fajri, 2016) Faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka adalah :

1) Usia

Anak dan dewasa penyembuhannya lebih cepat dari pada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah.

2) Nutrisi

Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian pada tubuh. Pasien memerlukan diit kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral seperti Fe, Zn. Pasien kurang nutrisi memerlukan waktu untuk memperbaiki status nutrisi mereka setelah pembedahan jika mungkin. Pasien yang gemuk meningkatkan resiko infeksi luka dan penyembuhan lama karena suplai darah jaringan adipose tidak adekuat.

3) Infeksi

Infeksi luka menghambat penyembuhan. Bakteri sumber penyebab infeksi.

4) Sirkulasi (hipovolemia) dan Oksigenasi

Sejumlah kondisi fisik dapat mempengaruhi penyembuhan luka ada sejumlah besar lemak subkutan dan jaringan lemak (yang memiliki sedikit pembuluh darah). Pada orang yang gemuk penyembuhan luka lambat karena jaringan lemak lebih sulit menyatu, lebih mudah infeksi, dan lama untuk sembuh. Aliran darah dapat terganggu pada orang dewasa dan pada orang yang menderita gangguan pembuluh darah perifer, hipertensi atau diabetes millitus.

Oksigenasi jaringan menurun pada orang yang menderita anemia atau gangguan pernapasan kronik pada perokok. Kurangnya volume darah akan mengakibatkan vasokonstriksi dan menurunnya ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan luka.

5) Hematoma

Hematoma merupakan bekuan darah. Seringkali darah pada luka secara bertahap diabsorpsi oleh tubuh masuk kedalam sirkulasi. Tetapi jika terdapat bekuan yang besar, hal tersebut memerlukan waktu untuk dapat diabsorpsi tubuh, sehingga menghambat proses penyembuhan luka.

6) Benda asing

Benda asing seperti pasir atau mikroorganisme akan menyebabkan terbentuknya suatu abses sebelum benda tersebut diangkat. Abses ini timbul dari serum, fibrin, jaringan sel mati dan leukosit (sel darah merah), yang membentuk suatu cairan yang kental yang disebut dengan nanah (pus).

7) Iskemia

Iskemia merupakan suatu keadaan dimana terdapat penurunan suplai darah pada bagian tubuh akibat dari obstruksi dari aliran darah. Hal ini dapat terjadi akibat dari balutan pada luka terlalu ketat. Dapat juga terjadi akibat faktor internal yaitu adanya obstruksi pada pembuluh darah itu sendiri.

8) Diabetes

Hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh.

9) Obat

Obat anti inflamasi (seperti steroid dan aspirin), heparin dan anti neoplastik, antibiotik mempengaruhi penyembuhan luka.

Penggunaan antibiotik yang lama dapat membuat seseorang rentan terhadap infeksi luka.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum praktik yaitu ruang nifas RSAL DR AZHAR ZAHIR Manokwari. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 24 dan 25 juni 2021 dengan jumlah sampel sebanyak 1 pasien. Adapun tinjauan dari kasus kelolaan tersebut diuraikan sebagai berikut :

3.1 Gambaran Lokasi Penelitian

rumah sakit TNI-AL Manokwari terletak di jalan serma suwandi, kelurahan Sanggeng, Manokwari-Papua Barat, yang dulunya ada gedung perkantoran Lanal Manokwari. Di resmikan menjadi Rumah Sakit Tingkat IV pada tanggal 16 Mei 1984 oleh Kafasharkan Manokwari Letkol Laut (T) Sutrisno. Sejak tanggal 25 Maret 2008 berubah menjadi Rumkital “dr.Azhar Zahir”

Rumkital Manokwari menempati gedung seluas kurang/lebih 1.335m²dengan luas tanah 64.158m² sehingga masih banyak tanah kosong yang bisa dipergunakan untuk pengembangan rumkital kedepannya. Rumkital Manokwari berada di kota Manokwari yang merupakan ibu kota Provinsi Papua Barat

3.2.1 Pengkajian

Nama Mahasiswa	: Dody Wasington
Nim	: Po.71.20.9.20.014
Ruang	: Ruang Nifas

3.2.2 Identitas Pasien

Nama	: Ny. N
Umur	: 20 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan

Agama	: Kristen Protestan
Suku Bangsa	: Biak /Indonesia
Pendidikan Terakhir	: Sma
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Manokwari
Tanggal Pengkajian	: 19 juni 2021
Sumber Informasi	: Pasien dan Keluarga
Diagnose Medis	: post partum dengan section caesarea

:

3.2.3 Data fokus

a) Keluhan Utama

klien mengatakan mengatakan klien mengatakan nyeri pada luka oprasinya

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada 17 juni 2021 jam 15:20 wit, pasien diantar suami dan keluarga ke IGD dengan keluhan perutnya terasa sangat sakit, kemudian pasien dinyatakan dokter untuk harus di lakukan oprasi, pada 18 juni pukul 09:00 wit pasien telah di lakukan sc dan melahirkan bayi perempuan, pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena sc, dengan skala 6, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sering muncul

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Suami klien mengatakan sebelumnya klien tidak pernah menderita sakit dank lien juga tidak pernah di rawat di Rumah Sakit

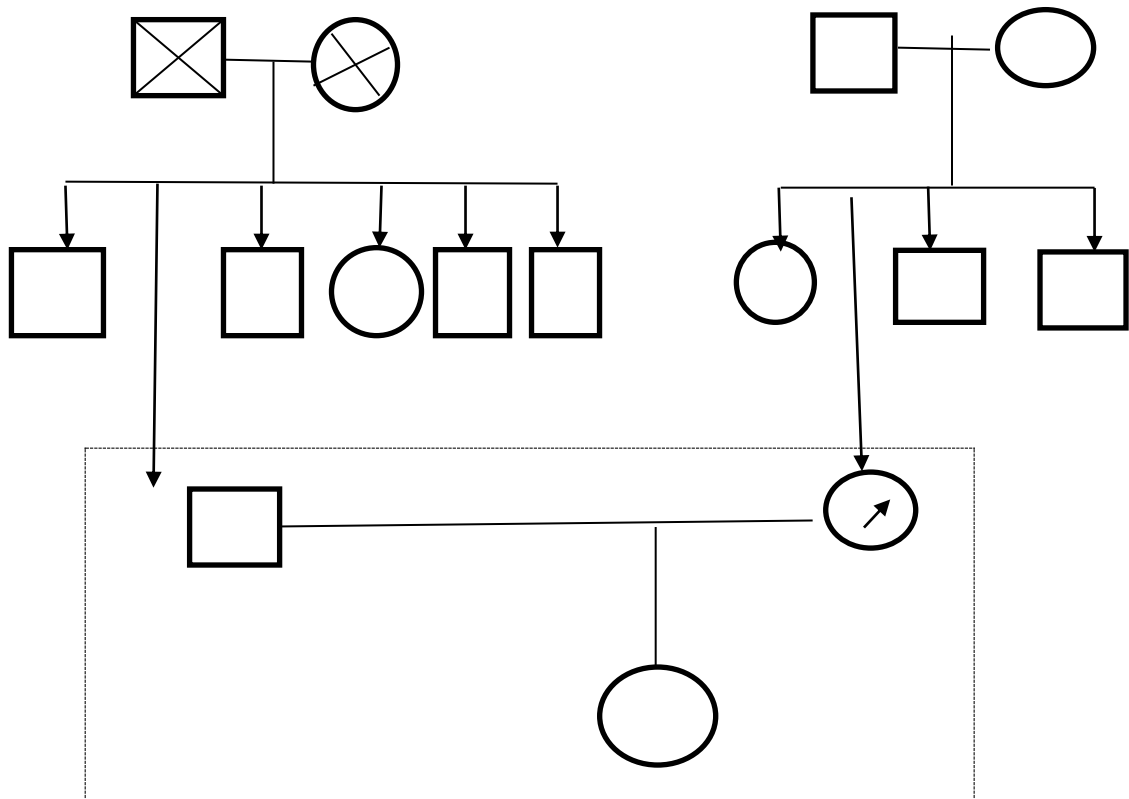
d) Riwayat Ginekologi

a) Karakteristik menstruasi : klien mengatakan darah berwarna merah cair tidak ada gumpalan

b) Menarche : klien mengatakan pertama kali haid pada umur ke-13 tahun

- c) Periode menstruasi terakhir : klien mengatakan 3 hari dan belum mendapat haid lagi semenjak hamil
- d) Pengalaman Menstruasi : pasien mengatakan selama datang bulan haid yang di keluarkan tidak terlalu banyak
- e) Perdarahan tengah siklus : tidak ada
- f) Menopause : belum terjadi menopause
- g) Status Obsteric : P1A0
- e) Alergi
Pasien tidak memiliki alergi
- f) Penyakit Masa kanak-kanak
Pasien tidak menderita penyakit yang serius hanya batuk dan pilek
- g) Penyakit dan pembedahan sebelumnya
 - a) Tanggal : 18 juni 2021
 - b) Hasil akhir : dilakukan oprasi sc 2021
- h) Dirawat di Rumah Sakit
 - a) Tanggal : 17 juni 2021
 - b) Alasan : post partum dengan sc
- i) Kecelakaan atau cidera
Tidak ada
- j) Perilaku yang beresiko
 - a) Gaya hidup bebas : tidak ada
 - b) Konsumsi kafein : tidak ada
 - c) Alkohol : tidak ada
 - d) Obat-obatan : tidak ada
 - e) Merokok : tidak ada
- k) Riwayat kesehatan keluarga
 - a) Penyakit keturunan
Pasien mengatakan ibunya memiliki riwayat penyakit hipertensi
 - b) Penyakit saat ini dalam keluarga
Pasien mengatakan saat ini dalam keluarga tidak ada yang sakit
 - c) Riwayat jiwa dalam keluarga

Tidak ada
d) Genogram



Keterangan :



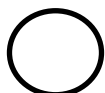
: laki-laki (meninggal)



: Perempuan (meninggal)



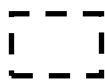
: laki-laki



: Perempuan



: Pasien



: yang tinggal serumah

l) Riwayat Psikososial

a. Kesadaran diri dan harga diri

Paien mengatakan sadar akan penyakit yang dialami dan tidak merasa kehilangan harga diri

b. Penatalaksanaan stress

Pasien mengatakan hanya bias berdoa kepada Tuhan agar diberi kesabaran dan ketabahan

m) Pengetahuan kesehatan

a. Bagaimana pengetahuan ibu tentang kesehatan produksi ?

Ibu mengatakan kesehatan reproduksi penting, ibu juga mengatakan harus rajin membersihkan daerah kewanitaan setiap hari dan mengganti pakian dalam setiap kali basah.

b. Apa pendidikan kesehatan yang dibutuhkan oleh ibu ?

Personal hygiene

n) Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

- 1) Kesadaran : composmentis
- 2) Keadaan umum : lemas
- 3) Tekanan darah : 120/70
- 4) Nadi : 90x/menit
- 5) Respirasi : 22x/mmenit
- 6) Suhu badan : 37,5° c
- 7) Tinggi badan : 157 cm
- 8) Berat badan : 68 kg
- 9) SPO2 : 97%

b. Pengkajian skala nyeri

P : luka oprasi post sc

Q : Seperti di tusuk-tusuk

R : Berfokus pada satu titik

S : 6 (sedang)

T : sering muncul

c. Pengkajian luka

1) Letak anatomi luka

Tiga jari diatas simpisis pubis

2) Berapa lama sudah terjadi

2 hari

3) Ukuran lebar, panjang, dan dalam

Panjang : kurang lebih 8 cm

Lebar : 5 cm

Dalam : kedalaman sampai difascia (lapisan umum yang menutupi dan membentuk semua daging)

4) Warna dan penampilan luka

Luka tertutup

5) Tipe jaringan luka

- 6) Teraba
Agak keras pada dinding abdomen
- 7) Keluhan nyeri tekan
Nyeri tekan pada bekas luka operasi

d. Pemeriksaan fisik head to toe

- 1) Kepala
Inspeksi : simetris, tampak kotor, tampak berantakan, rambut berwarna coklat
Palpasi : tidak ada udem, nyeri teka dan benjolan
- 2) Mata
Inspeksi : kedua mata simetris, pupil isokor, sclera ikterik, konjungtiva anemos, penglihatan baik kiri dan kanan
- 3) Hidung
Inspeksi : tidak ada polip, tampak ada secret berwarna putih, penciuman normal, tidak ada cuping hidung
Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan
- 4) Telinga
Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada serumen, dan pendengaran baik
- 5) Mulut
Inspeksi : mukosa bibir kering, gusi tidak terjadi perdarahan, tidak terdapat caries, gigi dan lidah tampak kotor dsn bibir tsmprsk pucat.
- 6) Leher
Inspeksi : tidak tampak pembesaran kelenjar tiroid, dan limfe
Palpasi : vena jugularis teraba, dan tidak ada nyeri tekan
- 7) Dada
Inspeksi : simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, iktus kordis tidak tampak
Palpasi : tidak ada benjolan dan nyeri tekan
Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan (ronchi) bunyi jantung 1 dan 2 reguler
- 8) Payudara
Inspeksi : bentuk simetris, tampak kotor, puting menonjol, tidak terjadi pengeluaran asi
- 9) Abdomen
Inspeksi : pasien tampak kembung, terdapat luka operasi post sc kurang lebih 10cm linea nigra ada, terdapat stercmark
Auskultasi : terdengar peristaltic usus
Palpasi : tidak ada pembesaran hati dan limpa, terdapat nyeri tekan di bagian luka operasi
- 10) Genetalia
Tidak di kaji
- 11) Ekstremitas

Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah bagian kiri dan kanan 5/5
terpasang cairan di tangan kiri, CRT kembali kurang dari 2 detik, kuku
kaki/tangan tampak kotor

e. Aktivitas sehari-hari

1) Nutrisi

kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Selera makan • Menu makan • Frekuensi makan • Makanan yang di sukai • Makan pantangan • Pembuatan makanan • Cara makan • Ritual makan	• Baik • Nasi, sayur,tempe/tahu telur • 3x/hari • Tidak ada • Tidak ada • Tidak ada • Mandiri • berdoa	• baik • nasi, sayur, telur tempe dan tahu • 3x/hari • Tidak ada • Tidak ada • Tidak ada • Mandiri • Berdoa

2) Cairan

kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Jam minum • Frekuensi minum • Kebutuhan cairan • Cara pemenuhan • Ritual minum	• The dan air putih • Sering • Terpenuhi • Mandiri • berdoa	• air putih • sering • terpenuhi • mandiri • berdoa

3) eliminasi

kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
BAB	-	-
• Tempat pembuangan • Frekuensi • Konsistensi • Obat pencahar	• WC • 2x/hari • Padat • Tidak ada	• WC • 2x/hari • Padat • Tidak ada
BAK	-	-
• Tempat pembuangan • Frekuensi • Warna • Kesulitan	• WC • 3x/hari • Keruh • Tidak ada	• WC • 3x/hari • Kuning jernih • Tidak ada

4) Istirahat/tidur

kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Jam tidur -siang -malam • Pola tidur • Kebiasaan sebelum tidur • Kesulitan tidur	-12:00-15:00 Wit -19:00-06:00 Wit • Teratur • Tidak ada • Tidak ada	-10:00-15:00 Wit -19:00-06:00 Wit • Teratur • Tidak ada • Tidak ada

5) Personal hygiene

kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Mandi - Cara - Frekuensi - Alat mandi • Cuci rambut - Cara - Frekuensi • Gunting kuku - Cara - Frekuensi • Gosok gigi - Cara - frekuensi	- mandiri - 1-2x/hari - Sabun mandi, sikat gigi, odol, sampo. - Mandiri - 1-2x/minggu - Mandiri - 1x/bulan - Mandiri 1-2x/hari	- Tidak pernah mandi - Tidak pernah - - Belum pernah cucu rambut - Tidak pernah - Tidak pernah - Tidak pernah - Tidak pernah - Tidak pernah

6) Aktivitas/ mobilitas fisik

kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Kegiatan sehari-hari • Pengaturan jadwal makan • Penggunaan alat bantu aktivitas	• Jarang beraktivitas • Tidak ada • Tidak ada	• Beraktivitas di ruangan RS • Tidak ada • Tidak ada

f. Pemeriksaan penunjang
Terlampir

g. Therapy

- 1) Onoiwa 500mg 3x2 pemberian oral
- 2) KSR (potassium klorida) 600mg 3x1 pemberian oral
- 3) GV luka oprasi

h. Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data objektif
Pasien mengatakan : • Nyeri luka oprasi seperti ditusuk-tusuk • Pengkajian nyeri - P : luka Post Sc - Q : seperti ditusuk-tusuk - R : berfokus pada satu titik tidak menyebar - S : 6 (sedang) - T : muncul tiba-tiba kurang lebih 1 jam • Kesulitan beraktivitas	TD : 120/70 mmhg Nadi : 68x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu badan : 37,8° c SPO2 : 98% • Pengkajian luka 1) Letak anatomi luka hypogastrik pubic region 2) Berapa lama sudah terjadi (2 hari) 3) Ukuran, lebar, panjang, dan dalam - Lebar : 5 cm - Panjang : 8 cm - Dalam : 2 cm • Konjungtiva pucat • Tampak ada secret • Mukosa bibir kering dan pucat • Gigi dan lidah tampak kotor • Adanya suara nafas tambahan • Tampak kembung • Terdapat luka post sc di bagian abdomen • Terdapat nyeri tekan • Rambut tampak kotor dan brantakan • Akral teraba hangat • Ekstremitas (tumit) tampak pecah-pecah • Hb 4,7g/dL • Hematocrit 17,8 • Eritrosit 2,04 • Neutrofil 70,8 • Limfosit 16,1% • Monosit 11,6% • NLR 4.40 % • Albumin 3.19 g/dL • Natrium darah 132.40 • Kalium darah 2.75 • Cl darah 112.40

i. Analisa Data

No	Syndrom	Etiologi	Problem
1	Ds : nyeri luka oprasi Do : Pasien tampak • Pada luka oprasi terdapat push • Pasien tampak pucat • Meringis kesakitan • TD : 130/60 mmhg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu Badan : 37,3° c • Bibir tampak kering • Terdapat luka post sc • Hb 4,7 g/dl	Post SC ↓ Munculnya luka atau kerusakan integritas kulit ↓ Daya tahan tubuh melemah ↓ Infeksi luka oprasi ↓ Tanda-tanda infeksi ↓ Rubor dan tumor ↓ Kerusakan integritas kulit	Kerusakan integritas kulit b.d infeksi luka oprasi
2	DS : Pasien mengatakan merasa sakit dibagian luka oprasi seperti ditusuk-tusuk DO : Pasien tampak • Terdapat nyeri tekan • Tampak meringis karena sakit • Pengkajian luka P : ILO post sc Q : seperti ditusuk- tusuk R : berfokus pada	Post Sc ↓ Infeksi luka oprasi ↓ Tanda-tanda infeksi ↓ Dolor / nyeri ↓ Nyeri akut	Nyeri akut b.d cidera biologis

	satu titik S : 6 (sedang) T : muncul tiba-tiba selama 1 jam • TD : 130/60 mmHg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • SB : 37,8° c • Pasien tampak kembung		
3	Ds : pasien mengatakan • Belum pernah mandi selama di RS • Belum pernah mencuci rambut selama di RS • Belum pernah menggunting kuku selama di RS • Belum pernah mengosok gigi selama di RS Do : pasien tampak • Gigi dan lidah tampak kotor • Rambut kotor dan berantakan • Ekstremitas bawah (tumit) tampak pecah-pecah • Kuku tampak panjang dan kotor	Post Sc ↓ Infeksi luka oprasi ↓ Tanda-tanda infeksi ↓ Perubahan fungsi ↓ Deficit perawatan diri	Deficit perawatan diri b.d perubahan fungsi
4	Ds : pasien mengatakan sulit beraktivitas sendiri Do : pasien Tampak • Dibantu keluarga dalam melakukan aktivitas nya • Pasien hanya	Post sc ↓ ada luka / insisi uterus ↓	Hambatan mobilitas fisik b.d insisi pada uterus

	berbaring • lemah	kerusakan pembuluh darah / kerusakan saraf tepi ↓ penurunan kekuatan otot ↓ hambatan mobilitas fisik	
--	----------------------	--	--

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N

DIAGNOSA POST PARTUM DENGAN SC DIRUANG RAWAT NIFAS

RSAL DRAZHAR ZAHIR MANOKWARI

No	Diagnose keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Kerusakan integritas kulit b.d infeksi luka oprasi di tandai dengan DS : pasien mengatakn luka terbuka dan mengeluarkan cairan berwarna kuning kental (nanah) DO : pasien tampak • Pada luka oprasi terdapat push dan jaringan mati • Pasien tampak pucat • Meringis kesakitan • TD : 130/60 mmhg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu Badan : 37,3° c • Bibir tampak kering • Terdapat luka post sc • Hb 4,7 g/dl	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan meningkatkan integritas kulit selama dalam perawatan dengan kriteris hasil : • Melaporkan peningkatan kenyamanan • Luka oprasi klien bersih • Tidak ada nanah dan bengkak serta kemerahan	1. Membantu pasien dalam melakukan hygiene dan kenyamanan 2. Pertahankan kondisi lingkungan yang nyaman 3. Anjurkan untuk tidak menyentuh luka/ balutan 4. Bantu pasien perawatan luka oprasi dengan prinsip steril 5. Kolaborasi untuk pemberian salab luka 6. Anjurkan pasien untuk banyak mengkonsumsi putih telur 7. Anjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi zat besi 8. Anjurkan

			untuk tranfusi sesuai golongan darah
2	Nyeri akut b.d cidera biologis DS : Pasien mengatakan merasa sakit dibagian luka oprasi seperti ditusuk-tusuk DO : Pasien tampak • Terdapat nyeri tekan • Tampak meringis karena sakit • Pengkajian luka P : ILO post sc Q : seperti ditusuk-tusuk R : berfokus pada satu titik S : 6 (sedang) T : muncul tiba-tiba selama 1 jam • TD : 130/60 mmHg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • SB : 37,8° c	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien diharapkan bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : • Skala nyeri 0 • Pasien mengatakan nyeri berkurang • Pasien tampak rileks • Pasien tampak tenang • TTV dalam batas normal	1. Kaji PQRST 2. Mengukur TTV 3. Mengatur posisi pasien 4. Mengajarkan tehnik nonfarmakologi (pemberian tehnik relaksasi nafas dalam)

	Pasien tampak kembung		
3	Ds : pasien mengatakan - Belum pernah mandi selama di RS - Belum pernah mencucu rambut selama di RS - Belum pernah menggunting kuku selama di RS - Belum pernah mengosok gigi selama di RS Do : pasien tampak - Gigi dan lidah tampak kotor - Rambut kotor dan berantakan - Ekstremitas bawah (tumit) tampak pecah-pecah - Kuku tampak panjang dan kotor	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pasien diharapkan dapat meningkatkan deficit perawatan diri selama masa perawatan dengan kriteria hasil : - Bebas dari bau badan - Pasien tampak bersih dan segar - Kuku tangan dan kuku kaki bersih - Pakaian pasien tampak bersih	- Pantau pelaksanaan mandi dan hygiene setiap hari - Mendorong pasien untuk mencapaitujuan mandi dan hygiene - Membantu saat mandi dan hygiene setiap hari bila pasien kesulitan - Mengajarkan pasien tentang langkah-langkah mandi instruksi sederhana
4	Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot : DS : pasien mengatakan sulit untuk	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien diharapkan pasien akan : meningkat dalam aktivitas fisik	- monitoring vital sign sebelum/ sesudah latihan - konsultasikan dengan

	beraktivitas DO : pasien tampak • Aktivitasnya di bantu keluarga • Hanya berbaring • lemah	• mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas • memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah • bantu untuk mobilisasi	terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3. ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik ambulasi 4. kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi 5. damping dan bantu pasien untuk mobilisasi dan bantu pemenuhan ADLS secara mandiri sesuai kemampuan 6. ajarkan pasien bagaimana merubah posisi
--	---	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

N o	Diagnosa keperawatan	wakt u	Implementas	Evaluasi
1	Kerusakan integritas kulit b.d infeksi luka oprasi di tandai dengan DS : pasien mengatakn luka terbuka dan mengeluarkan cairan berwarna kuning kental (nanah) DO : pasien tampak • Pada luka oprasi terdapat push • Pasien tampak pucat • Meringis kesakitan • TD : 130/60 mmhg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu Badan : 37,3° c • Bibir tampak kering • Terdapat luka post sc • Hb 4,7 g/dl	13:25 wit	1. Membantu pasien melakukan hygiene dan kenyamanan Hasil : • Perawat membantu membersihkan lingkungan sekitar pasien • Mengunting kuku pasien • Pasien mengatakan merasa nyaman 2. Pertahankan kondisi lingkungan yang nyaman seperti membatasi jumlah pengunjung, sirkulasi udara yang baik, kebersihan ruangan. Hasil : • Pasien dan keluarga kooperatif 3. Anjurkan untuk tidak menyentuh luka/ balutan Hasil : • Pasien	Jam 14:30 wit S : • Pasien mengatakan nyaman • Pasien mengatakan tidak akan menyentuh luka / balutan O : • Luka tampak banyak terdapat jaringan mati • Darah terpasang 1 kantong/hari A : kerusakan integritas kulit belum teratasi P : intervensi di lanjutkan nomor 1,2,4,5,6,7,8

			mengatakan tidak akan menyentuh luka atau balutan 4. Bantu pasien perawatan luka oprasi dengan prinsip stril Hasil • Pasien dibersihkan luka 2x1/hari (pagi dan sore) • Luka tampak banyak jaringan mati 5. Kolaborasi untuk pemberian salab luka Hasil : • Salab telah diberi saat saat dilakukan perawatan luka sebanyak 35 gram/sekali GF 6. Anjurkan pasien untuk dapat mengkonsums i putih telur Hasil : • Pasien kooperatif 7. Anjurkan untuk mengkonsums i makanan yang tinggi	
--	--	--	---	--

			zat besi Hasil : - Pasien kooperatif 8. Anjurkan untuk tranfusi sesuai golongan darah Hasil : - Pasien terpasang darah 1 kantong/ hari	
2	DS : Pasien mengatakan merasa sakit dibagian luka oprasi seperti ditusuk-tusuk DO : Pasien tampak - Terdapat nyeri tekan - Tampak meringis karena sakit - Pengkajian luka P : luka post sc Q : seperti ditusuk-tusuk R : berfokus pada satu titik S : 6 (sedang) T : muncul tiba-tiba selama 1 jam - TD : 130/60 mmHg	11:10 wit	1. Mengkaji PQRST Hasil : P : ILO post sc Q : seperti ditusuk-tusuk R : berfokus pada satu titik S : 6 (sedang) T : muncul tiba-tiba selama 1 jam 2. Mengukur Tanda-tanda vital KU : Lemas Kes : composmentis TD : 120/90mmHg N : 90x /menit R : 24 x/ menit SB : 37,3° C	Jam 14:30 wit S : - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semifowler - Pasien mendemonstrasikan tehknik relaksasi O : - Masih tampak sedikit meringis - Tanda-tanda vital KU : Lemas Kes : composmentis TD : 120/90mmHg N : 90x /menit R : 24 x/ menit

	• Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • SB : 37,8° c • Pasien tampak kembung		3. Mengatur posisi pasien Hasil : • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler 4. Mengajarkan tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan cara - Menghirup udara melalui hidung - Kemudian tahan 2-5 detik - Hembuskan secara perlahan melalui mulut - Ulangi sampai rasa nyeri berkurang Hasil • Pasien mengerti dan mampu mendemonstrasikan tehnik relaksasi nafas dalam	SB : 37,3° C A : nyeri belum teratasi P : intervensi di lanjutkan 2,3,4
3	Deficit perawatan diri b.d perubahan fungsi di tandai dengan :	13:45 wit	1. Pantau pelaksanaan mandi dan hygiene setiap hari	Jam : 14:30 wit S : Pasien mengatakan badanya segar

	Ds : pasien mengatakan • Belum pernah mandi selama di RS • Belum pernah mencucu rambut selama di RS • Belum pernah menggunting kuku selama di RS • Belum pernah mengosok gigi selama di RS Do : pasien tampak • Gigi dan lidah tampak kotor • Rambut kotor dan berantakan • Ekstremitas bawah (tumit) tampak pecah-pecah • Kuku tampak panjang dan kotor		Hasil : • Pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien belum pernah mandi, memotong kuku, mencuci rambut, dan menyikat gigi. 2. Mendorong pasien untuk mencapai tujuan mandi dan hygiene Hasil : • Pasien kooperatif 3. Membantu pasien saat mandi dan hygiene setiap hari bila mengalami kesusahan Hasil : • Suami pasien yang membantu pasien untuk dilap badannya. 4. Mengajarkan pasien tentang langkah-langkah mandi untuk instruksi sederhana Hasil : • Pasien kooperatif	dan sejuk setelah di lap dengan suami O : • Pasien tampak sedikit bersih tapi bajunya tidak diganti • Kuku masih panjang dan kotor • Rambut masih berantakan A : deficit perawatan diri belum teratasi P : intervensi di lanjutkan 1,2,3
4	Hambatan mobilitas	12:0	1. monitoring	Jam : 14 : 30 wit

	fisik b.d kelemahan otot: DS : pasien mengatak sulit beraktivitas DO : pasien tampak • Aktivitas di bantu keluarga • Pasien hanya berbaring • lemah	0 wit	vital sign sebelum/ sesudah latihan • vital sign dalam batas normal • TD : 120/70 • Nadi :80 • RR : 22x/m 2. ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik ambulasi • pasien dan keluarga kooperatif 3. kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi • pasien masih tampak lemah saat latihan mobilisasi 4. damping dan bantu pasien untuk mobilisasi dan bantu pemenuhan ADLS secara mandiri sesuai kemampuan • pasien kooperatif 5. ajarkan pasien bagaimana merubah posisi • pasien mampu mendemonstrasikan secara mandiri	S : Klien mengatakan sudah mulai bisa membolak balikan badannya sendiri O : • klien tampak mengikuti tindakan yang di ajarkan perawat A : hambatan mobilitas fisisk teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan
--	--	-------	--	---

--	--	--	--	--

N o	Diagnosa keperawatan	Jam tindaka n	implementasi	evaluasi
1	Kerusakan integritas kulit b.d infeksi luka oprasi di tandai dengan DS : pasien mengatakn luka terbuka dan mengeluarkan cairan berwarna kuning kental (nanah) DO : pasien tampak • Pada luka oprasi terdapat push • Pasien tampak pucat • Meringis kesakitan • TD : 130/60 mmhg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu Badan : 37,8° c • Bibir tampak kering • Terdapat luka post sc • Hb 4,7 g/dl	14:30	1. Membantu pasien dalam melakukan hygiene mandi Hasil : • Perawat membantu memandikan pasien • pasien mengatakan merasa nyaman dan segar 2. pertahankan kondisi lingkungan yang nyaman seperti membatasi jumlah pengunjung sirkulasi udara yang baik dan kebersihan ruangan : • pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan akan melakukan yang disarankan oleh perawat 3. membantu pasien	Jam 20:15 wit S : • Pasien mengatakan nyaman dan segar • Pasien dan keluarga mengatakan mengerti apa yang disarankan oleh perawat O : • Luka tampak banyak terdapat jaringan mati • Luka terdapat banyak jaringan granulasi • Darah terpasang 1 kantong/hari A : kerusakan integritas kulit belum teratasi P : intervensi di lanjutkan nomor 1,2,3,5,6,7.

			perawatan luka operasi dengan prinsip steril. Dengan cara luka akan di bersihkan terlebih dahulu menggunakan metronidazole kemudian dilapisi menggunakan madu hasil : • pasien kooperatif dan luka di bersihkan 2x sehari • luka tampak terdapat jaringan granulasi • terdapat banyak jaringan mati 4. kolaborasi untuk pemberian salab luka hasil : • salab luka gentamicin di ganti dengan menggunakan madi 5. menganjurkan pasien untuk banyak mengkonsumsi putih telur hasil : • pasien mengkonsumsi putih telur	
--	--	--	--	--

			sebanyak 8 butir sehari 6. menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi zat besi hasil : - pasien mengkonsumsi kurma untuk meningkatkan HB 7. menganjurkan untuk transfuse sesuai golongan darah hasil : - pasien terpasang darah 1 kantong/ hari	
2	DS : Pasien mengatakan merasa sakit dibagian luka operasi seperti ditusuk-tusuk DO : Pasien tampak - Terdapat nyeri tekan - Tampak meringis karena sakit - Pengkajian luka P : ILO post sc Q : seperti ditusuk-	19:20 wit	1. Mengukur TTV Hasil : - KU : lemas - Kes : composmentis - TD : 110/60 mmHg - N : 89 x/menit - R : 22 x/menit - SB : 36,7° C 2. Mengatur posisi pasien Hasil :	Jam 20:15 wit S : - Pasien mengatakan nyaman - Pasien mampu mendemonstrasikan tehknik relaksasi nafas dalam O : - Nyeri belum berkurang - Pasien Masih tampak meringis

	tusuk R : berfokus pada satu titik S : 6 (sedang) T : muncul tiba-tiba selama 1 jam • TD : 130/60 mmHg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • SB : 37,8° c • Pasien tampak kembung		• Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler 3. Mengajarkan tehknik Non Farmakologi relaksasi nafas dalam dengan cara : - Menghirup udara melalui hidung - Kemudian tahan sampai 2-3 detik - Hembuskan secara perlahan melalui mulut - Ulangi sampai rasa nyeri berkurang Hasil : • Pasien mengerti dan mampu mendemonstrasikan ulang tehknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan perawat	• Tanda-tanda vital KU : Lemas Kes : composmentis TD : 120/80mmHg N : 80x/menit R : 22 x/menit SB : 37° C A : nyeri belum teratasi P : intervensi dilanjutkan 1,2,3.
3	Deficit perawatan diri b.d perubahan fungsi ditandai dengan :	16: 15 wit	1. Pantau pelaksanaan mandi dan hygiene setiap hari	Jam : 20:15 wit S :Pasien mengatakan badanya segar

	Ds : pasien mengatakan • Belum pernah mandi selama di RS • Belum pernah mencucu rambut selama di RS • Belum pernah menggunting kuku selama di RS • Belum pernah mengosok gigi selama di RS Do : pasien tampak • Gigi dan lidah tampak kotor • Rambut kotor dan berantakan • Ekstremitas bawah (tumit) tampak pecah-pecah • Kuku tampak panjang dan kotor		Hasil : • Pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien belum pernah mandi, hanya di bantu lap dengan suaminya • Belum pernah memotong kuku, mencuci rambut, dan menyikat gigi. 2. Mendorong pasien untuk mencapai tujuan mandi dan hygiene Hasil : • Pasien kooperatif 3. Membantu pasien saat mandi dan hygiene setiap hari bila mengalami kesusahan Hasil : • Suami pasien yang membantu pasien untuk dilap badannya.	dan sejuk setelah di lap dengan suami O : • Pasien tampak sedikit bersih • Tampak harum • Baju tampak bersih • Kuku tampak pendek dan bersih • Rambut teratur A : deficit perawatan diri teratasi P : intervensi di hentikan
--	--	--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE-2

No	Diagnosa keperawatan	Jam tindakan	implementasi	evaluasi
1	Kerusakan integritas kulit b.d infeksi luka operasi di tandai dengan DS : pasien mengatakn luka terbuka dan mengeluarkan cairan berwarna kuning kental (nanah) DO : pasien tampak • Pada luka operasi terdapat push dan jaringan mati • Pasien tampak pucat • Meringis kesakitan • TD : 130/60 mmhg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu Badan : 37,8° c • Bibir tampak kering • Terdapat luka post sc • Hb 4,7 g/dl	13:07 wit	1. pertahankan kondisi lingkungan yang nyaman seperti membatasi jumlah pengunjung sirkulasi udara yang baik dan kebersihan ruangan : • pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan akan melakukan yang disarankan oleh perawat 2. membantu pasien perawatan luka operasi dengan prinsip steril. Dengan cara luka akan di bersihkan terlebih dahulu menggunakan metronidazole kemudian dilapisi menggunakan madu	Jam 20:15 wit S : • Pasien mengatakan nyaman dan segar • Pasien dan keluarga mengatakan mengerti apa yang disarankan oleh perawat O : • Luka tampak banyak terdapat jaringan mati • Luka terdapat banyak jaringan granulasi • Darah terpasang 1 kantong/hari A : kerusakan integritas kulit belum teratasi P : intervensi di lanjutkan nomor 1,2,3.

			hasil : • pasien kooperatif dan luka di bersihkan 2x sehari • luka tampak terdapat jaringan granulasi • terdapat banyak jaringan mati 3. menganjurkan pasien untuk banyak mengkonsumsi putih telur hasil : • pasien mengkonsumsi putih telur sebanyak 8 butir sehari 4. menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi zat besi hasil : • pasien mengkonsumsi kurma untuk meningkatkan HB 5. menganjurkan untuk transfuse sesuai golongan darah hasil : • pasien	
--	--	--	--	--

			terpasang darah 1 kantong/ hari	
2	DS : Pasien mengatakan merasa sakit dibagian luka oprasi seperti ditusuk-tusuk DO : Pasien tampak • Terdapat nyeri tekan • Tampak meringis karena sakit • Pengkajian luka P : ILO post sc Q : seperti ditusuk-tusuk R : berfokus pada satu titik S : 6 (sedang) T : muncul tiba-tiba selama 1 jam • TD : 130/60 mmHg • Nadi : 64x/menit • Respirasi : 20x/menit • SB : 37,3° c • Pasien tampak kembung	12:30 wit	1. Mengukur TTV Hasil : • KU : lemas • Kes : composmentis • TD : 110/60 mmHg • N : 89 x/menit • R : 22 x/menit • SB : 36,7° C 2. Mengatur posisi pasien Hasil : • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler 3. Mengajarkan tehknik Non Farmakologi tehknik distraksi visual (mengalihkan pandangan dan gambar) Hasil : • Pasien mengerti dan dan jika	Jam 14:30 wit S : • Pasien mengatakan nyaman • Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat mengalihkan pandangan O : • Nyeri sedikit berkurang • Pasien Mulai sedikit rileks • Tanda-tanda vital KU : Lemas Kes : composmentis TD : 120/70mmHg N : 80x /menit R : 22 x/ menit SB : 36,6° C A : nyeri belum teratasi P : intervensi di lanjutkan 1,2,3

			pasien merasakan nyeri pasien akan melihat gambar / sebuah foto di handphone suaminya • Nyeri sedikit berkurang	
--	--	--	--	--

BAB IV

ANALISA SITUASI

4.1 Profil Lahan Praktik

Rumah sakit TNI-AL Manokwari terletak di jalan serma suwandi, kelurahan Sanggeng, Manokwari-Papua Barat, yang dulunya ada gedung perkantoran Lanal Manokwari. Di resmikan menjadi Rumah Sakit Tingkat IV pada tanggal 16 Mei 1984 oleh Kafasharkan Manokwari Letkol Laut (T) Sutrisno. Sejak tanggal 25 Maret 2008 berubah menjadi Rumkital “dr.Azhar Zahir”

Rumkital Manokwari menempati gedung seluas kurang/lebih 1.335m²dengan luas tanah 64.158m² sehingga masih banyak tanah kosong yang bisa dipergunakan untuk pengembangan rumkital kedepannya. Rumkital Manokwari berada di kota Manokwari yang merupakan ibu kota Provinsi Papua Barat fasilitas kesehatan yang meliputi:

- i. RSUD Manokwari Type C
- ii. Rumkitban Kodim Manokwari
- iii. Puskesmas-Puskesmas, Klinik-Klinik Umum Klinik Bersalin
- iv. Balai Pengobatan Yugoharto BP Msi

Dari fasilitas kesehatan yang ada tersebut Rumkital Manokwari merupakan tempat rujukan ke-dua setelah RSUD Manokwari. Atau sebagai Faskes PPK2 untuk wilayah Manokwari

TUPOK, VISI-MISI, DAN MOTTO

Tugas Pokok

Melaksanakan pelayanan kesehatan warga angkatan laut dan seluruh Masyarakat di wilayah Manokwari

Visi

Menjadi Rumah Sakit pilihan kepercayaan warga TNI-AL dan seluruh Masyarakat di wilayah Manokwari

Misi

1. Membina kesehatan warga TNI AL dan Seluruh Masyarakat di wilayah Manokwari
2. Melaksanakan pelayanan kesehatan bagi warga TNI-AL dan seluruh Masyarakat di wilayah Manokwari secara professional
3. Melaksanakan kegiatan kesehatan promotif maupun preventif secara terpadu
4. Memberi dukungan kesehatan terhadap kegiatan dilingkup Fasharkan TNI-AL dan kegiatan-kegiatan yang membutuhkan dukungan kesehatan di wilayah Manokwari

4.2 Analisis Asuhan Keperawatan Dengan konsep Terkait

Langkah pertama yang dilakukan penulis dalam melakukan pengkajian terhadap pasien adalah mengkaji identitas pasien, keluhan yang dialami pasien, gejala klinis factor resiko, menetapkan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, melakukan implementasi sampai pada evaluasi pada pasien post partum dengan sectio caesarea

4.2.1 Pengkajian

pada saat pengkajian Ny.N di dapatkan kasus pasien yaitu post partum dengan sc dari hasil TTV : TD : 130/60 mmHg N : 96x/menit SB : 37,3° c RR : 22 x/menit pasien mengatakan masih keluar cairan kuning pada luka operasi, Ny.N mengeluh nyeri di bagian perut bawah yang timbul karena sayatan pada abdomen bekas operasi yang nyerinya terasa seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 6, nyeri terasa hilang timbul. Hal ini sesuai dengan teori bahwa banyak pasien section caesarea yang mengeluh pada bekas jahitan section caesarea. Pasien dengan infeksi luka operasi post sectio caesarea akan mengalami nyeri akut, dimana nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual fungsional,

dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2016).

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada teori diagnose keperawatan yang diangkat adalah

- a. Kerusakan integritas kulit b.d infeksi luka operasi di buktikan dengan luka operasi terbuka dan mengeluarkan cairan yang berwarna kuning kental
- b. Nyeri akut b.d cedera biologis di buktikan dengan pasien mengatakan merasa sakit di bagian luka operasi seperti ditusuk-tusuk
- c. Deficit perawatan diri b.d perubahan fungsi di buktikan dengan pasien mengatakan belum pernah mandi selama di RS, belum pernah mencuci rambut selama di rs, belum menggunting kuku selama di RS, dan belum pernah menggosok gigi selama di RS.
- d. Hambatan mobilitas fisik b.d kelemahan otot.

Sedangkan diagnose keperawatan yang di temukan pada kasus adalah :

- a. Kerusakan integritas kulit b.d infeksi luka operasi di buktikan dengan luka operasi terbuka dan mengeluarkan cairan yang berwarna kuning kental. Kerusakan integritas jaringan adalah kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit meliputi tendon, otot, tulang, atau persendian serta membrane mukosa, kornea, dan fasia (Tarwoto, Wartonah, Taufic, & Mulyati, 2012). Kerusakan membran mukosa, daerah nekrotik dapat mengelupas, sehingga menimbulkan celah pada permukaan mukosa yang disebut ulkus (Price & Wilson, 2006).
- b. Nyeri akut b.d cedera biologis di buktikan dengan pasien mengatakan merasa sakit di bagian luka operasi seperti ditusuk-tusuk. International Association Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian

dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry, 2005 Dalam Mohamad, 2012)

- c. Deficit perawatan diri b.d perubahan fungsi di buktikan dengan pasien mengatakan belum pernah mandi selama di RS, belum pernah mencuci rambut selama di rs, belum menggunting kuku selama di RS, dan belum pernah menggosok gigi selama di RS.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) menyatakan defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Defisit perawatan diri merupakan diagnosa keperawatan kategori perilaku dan sub kategori kebersihan diri

- d. Hambatan mobilitas fisik b.d kelemahan otot di buktikan dengan pasien mengatakan kesulitan dalam melakukan aktifitasnya pasien tampak lemah dan aktifitasnya di bantu oleh keluarga

4.2.3 Intervensi

Intervensi Keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2010). Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus. Karena tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien pada saat pengkajian.

- a. Diagnosa pertama

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien diharapkan dapat meningkatkan integritas kulit selama dalam perawatan dengan kriteria hasil, melaporkan peningkatan kenyamanan, luka operasi klien bersih, dan tidak ada nanah dan bengkak serta kemerahan. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu, membantu pasien dalam melakukan hygiene dan

kenyamanan, bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan kesejahteraan, pertahankan kondisi lingkungan yang nyaman bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan pasien, anjurkan untuk tidak menyentuh luka atau balutan bertujuan untuk mencegah terjadi penyebaran infeksi, bantu pasien perawatan luka operasi dengan prinsip steri, kolaborasi untuk pemberian salab luka bertujuan untuk membantu mempercepat penyembuhan, anjurkan pasien untuk banyak mengkonsumsi putih telur bertujuan untuk dapat membantu proses penyembuhan luka, anjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi zat besi bertujuan untuk dapat membantu meningkatkan kadar HB, anjurkan untuk tranfusi sesuai golongan darah bertujuan untuk membantu menaikkan kadar HB dalam tubuh pasien.

b. Diagnosa kedua

Intervensi yang menjadi fokus analisa dalam perawatan klien yaitu perawatan pada nyeri dengan pemberian terapi tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut. Terapi relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, mengajarkan klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat mengurangi ketegangan otot, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (smelzert,2002).

c. Diagnosa ketiga

Deficit perawatan diri berhubungan dengan perubahan fungsi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pasien diharapkan pasien dapat meningkatkan deficit perawatan diri selama masa perawatan dengan kriteria hasil: skala nyeri 0, pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tampak rileks, pasien tampak tenang dan TTV dalam batas normal. Tindakan

keperawatan yang dilakukan yaitu pantau pelaksanaan mandi dan hygiene setiap hari bertujuan untuk mendorong pasien untuk terus berusaha, mendorong pasien untuk mencapai tujuan mandi dan hygiene bertujuan untuk mendorong semangat pasien untuk beraktivitas sehari-hari, membantu untuk mandi dan hygiene setiap hari bila pasien kesulitan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene pasien, mengajarkan pasien tentang langkah-langkah mandi gunakan instruksi sederhana, bertujuan untuk dapat membantu pasien agar lebih mudah mengerti.

d. Diagnosa keempat

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien diharapkan akan meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan, lihat respon pasien saat latihan, ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik ambulasi, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, latih pasien dalam pemenuhan ADLS secara mandiri sesuai kemampuan, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, dan ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

4.2.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut data bentuk nyata. Terlebih dahulu penulis menulis strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksanakan, yang di mulai dengan melakukan pendengkatan pada klien dan keluarga agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan

keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Diagnosa pertama

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 2 hari yaitu : yang pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu hari pertama membantu pasien dalam melakukan hygiene dan kenyamanan , perawat membantu membersihkan lingkungan sekitar pasien, dan menggunting kuku pasien, kemudian pertahankan kondisi lingkungan yang nyaman seperti membatasi jumlah pengunjung, sirkulasi udara yang baik, dan kebersihan ruangan, anjurkan pasien agar tidak menyentuh luka/balutan perban, pada luka operasi, dan bantu pasien perawatan luka operasi dengan prinsip steril, kolaborasi untuk pemberian salab luka, anjurkan pasien untuk banyak mengkonsumsi putih telur, anjurkan juga pasien untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi zat besi, anjurkan untuk transfusi sesuai golongan darah.

b. Diagnosa kedua

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 2 hari yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis yang ditandai dengan pasien mengatakan merasa sakit dibagian luka operasi seperti ditusuk-tusuk, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu, mengkaji PQRST , mengukur TTV, mengatur posisi pasien , mengajar tehknik non farmakologi yaitu tehknik relaksasi nafas dalam, untuk menurunkan rasa nyeri yang dirasakan pasien.

c. Diagnosa ketiga

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 2 hari yaitu deficit perawatan diri berhubungan dengan perubahan fungsi yang ditandai dengan pasien mengatakan belum pernah

mandi selama di RS, belum pernah mencuci rambut selama di RS, belum menggunting kuku selama di RS, dan belum menggosok gigi selama di RS, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : perawat pantau pelaksanaan mandi dan hygiene setiap hari, mendorong pasien untuk mencapai tujuan mandi dan hygiene, membantu pasien saat mandi dan hygiene setiap hari bila mengalami kesusahan, mengajarkan pasien tentang, langkah-langkah mandi gunakan instruksi sederhana

d. Diagnose keempat

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot yang di tandai dengan pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitasnya sendiri, pasien tampak lemah dan di bantu keluarga dalam melakukan aktivitasnya tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan, lihat respon pasien saat latihan, ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik ambulasi, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, latih pasien dalam pemenuhan ADLS secara mandiri sesuai kemampuan, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, dan ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

4.2.5 Evaluasi

Pada kasus ini Ny. N dengan kasus post partum dengan sectio caesarea dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil eveluasi akhir yaitu pada 29/06/2021, dari diagnose keperawatan yang ditemukan dalam kasus, sebagian diagnose telah teratasi dan masih ada beberapa diagnose yang belum teratasi, atau teratasi sebaigian.

Pada diagnose keperawatan yang pertama dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam pada diagnose kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yang ditandai dengan pasien mengatakan luka terbuka dan mengeluarkan cairan yang berwarna kuning (nanah). Ny.N mengatakan sudah merasa nyaman dan segar, pasien dan keluarga juga mengatakan mengerti apa yang disarankan oleh perawat.

Pada diagnosa kedua setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis yang ditandai dengan pasien mengatakan merasakan sakit dibagian luka operasi seperti ditusuk-tusuk, nyonya N mengatakan merasa nyaman dan nyeri sudah sedikit berkurang dan pasien mampu mendemonstrasikan ulang tehnik relaksasi nafas dalam skala nyeri berkurang sekarang skala nyeri menjadi 4 tingkat nyeri Ny.M teratasi sebagian,

Pada diagnose ketiga setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam pada diagnosa deficit perawatan diri berhubungan dengan perubahan fungsi yang ditandai dengan pasien mengatakan, belum pernah mandi selama di RS, belum pernah mencuci rambut selama di RS, belum pernah menyikat gigi selama di RS, dan belum pernah menggunting kuku selama di RS. Ny.N mengatakan badanya terasa sejuk dan segar setelah dibantu lap badan dengan suaminya.

Pada diagnose keempat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot Ny.N mengatakan sudah mulai bisa membolak balikan badannya sendiri, klien kooperatif dan mengikuti arahan yang diberikan dari perawat hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian

4.3 Analisis Intervensi Dengan Konsep Penelitian Terkait

Pada penerapan teknik ambulasi pada pasien post partum dengan section caesarea untuk mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka di ruang rawat nifas, dapat diatasi dengan baik dan cepat apabila perawat selalu menerapkan teknik ambulasi untuk proses penyembuhan luka, teknik ambulasi dapat dilakukan kapan pun apabila pasien mengalami kesulitan. Peranan keluarga juga cukup penting dalam memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien yaitu mengedukasi tehknik ambulasi khususnya pasien untuk mempercepat proses penyembuhan. Penatalaksanaan yang dilakukan terus menerus maka akan semakin cepat pula proses penyembuhan pasien serta perubahan pola hidup menjadi lebih sehat untuk kedepannya bagi pasien dan keluarga.

4.4 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan

Dari implementasi yang dilakukan selama 3 hari penulis tidak mendapatkan kendala apapun. Hal ini dikarenakan tidak adanya biaya atau pun peralatan khusus yang digunakan intervensi ini juga sangat mudah dilakukan oleh pasien dan keluarga karena hanya menggunakan teknik ambulasi.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.N selama 3 hari yaitu pada tanggal 23 juni – 26 juni 2021 dengan kasus post partum dengan section caesarea, di ruang nifas RSAL DR AZHAR ZAHIR Manokwari , maka dapat di ketahui hal-hal seperti berikut :

- a. Penulis sudah mampu memahami konsep teori post partum pada pasien section caesarea : definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, tanda dan gejala, komplikasi, penatalaksanaan.
- b. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan bahwa pasien Ny.N mengeluh nyeri pada luka oprasi bagian abdomen post section caesarea yang nyerinya terasa tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 , pasien tampak meringis, tampak keluar nanah dari luka oprasi section caesarea, pasien juga mengatakan sulit beraktifitas
- c. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus yaitu :
 - 1) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka oprasi yang dibuktikan dengan pasien mengatakan luka terbuka dan mengeluarkan cairan kuning
 - 2) Nyeri akut berhubungan dengan cidera biologis yang dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa sakit di bagian luka oprasi seperti ditusuk-tusuk
 - 3) Deficit perawatan diri berhubungan dengan perubahan fungsi yang dibuktikan dengan pasien mengatakan belum pernah

mandi, belum pernah cuci rambut, belum pernah gosok gigi, belum pernah gunting kuku selama berada di rumah sakit

- 4) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot yang di buktikan dengan pasien mengatakan sulit beraktifitas pasien tampak lemah dan aktifitasnya di bantu oleh keluarga.
- d. Untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul tersebut maka disusunlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan teoritis dan kassus yang ditemukan pada Ny.N dengan post partum dengan section caesarea di ruangan nifas RSAL AZHAR ZAHIR Manokwari.
- e. Implemntasi keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Ny.N dengan post partum dengan section caesarea di ruang nifas RSAL AZHAR ZAHIR Manokwari
- f. Setelah dilakukan asuhan keperawaytan selama 3 hari pada Ny.N dengan Post Partum dengan section caesarea di RSAL AZHAR ZAHIR Manokwari selama 3 hari didapatkan bahwa sudah memperlihatkan adanya perbaikan.
- g. Penulis telah mampu menerapkan tekhnik ambulasi proses penyembuhan luka oprasi section caesarea
3 hari didapatkan mobilisasi dini dapat mempercepat proses penyembuhan luka

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu kesehatan keperawatan maternitas kepada peserata didik sehingga pengetahuan dan keterampilan tentang hal tersebut lebih baik lagi kedepannya dan akan membantu dalam mendukung untuk

bahan pengajaran ilmu keperawatan maternitas kedepannya.

5.2.2 Bagi Perawat

Dengan adanya Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis dapat mengembangkan pengetahuan serta wawasan khususnya mengenai ilmu riset keperawatan maternitas tentang penerapan teknik mobilisasi dini (ambulasi) terhadap penyembuhan luka. Dan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam mengembangkan penulisan sejenis dan KIA-N ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk penulisan lebih lanjut.

5.2.3 Bagi Layanan

Dapat dijadikan bahan pertimbangan pihak rumah sakit khususnya ruang nifas untuk menggunakan penatalaksanaan non farmakologi dalam memberikan asuhan keperawatan Proses penyembuhan luka pada pasien post operasi seperti post operasi section caesarea dengan menggunakan tehknik mobilisasi dini.

Daftar Pustaka

- Alsen, M. A. M. and R. Sihombing (2014). "Infeksi luka operasi." *Majalah Kedokteran Sriwijaya* **46**(3): 229-235.
- Andriyanti, L. (2018). "Aplikasi Teori Dorothy Orem Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Pada Ny Y Dengan Kasus Infeksi Post Sectio Cesaria Di Rumah Sakit Kota Bengkulu." *Journal of Nursing and Public Health* **5**(2): 54-59.
- Aulya, Y., et al. (2021). "Perbedaan Kejadian Infeksi Luka Operasi Antara Elektif SC Dengan Cito Sc Di Rumah Sakit Harapan Jayakarta Tahun 2019." *Journal for Quality in Women's Health* **4**(1): 115-122.
- Chandra Kartika, P. D., et al. (2018). "PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH PADA PENDERITA HIPERTENSI DI KARANGANYAR."
- ENGLA PUTRI AMANDA, E. P. A. (2020). penerapan teknik relaksasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu post partum dengan post sectio caesarea di ruangan siti aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020, UNIVERSITAS PERINTIS INDONESIA.
- Erina, S. and L. Widia (2016). "Hubungan antara teknik pernafasan dalam dengan skala nyeri ibu post sectio caesaria 24 jam pertama di rsud dr. H. Andi abdurahman noor tanahumbu." *Jurnal Darul Azhar* **1**(1): 1-7.
- Haryani, F., et al. (2021). "LITERATURE REVIEW PENGARUH TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA POST OPERASI SECTIO CAESAREA." *Journal of Nursing and Health* **6**(1): 15-24.
- Hastuti, F. (2010). GAMBARAN PELAKSANAAN PERAWATAN LUKA POST OPERASI SECTIO CAESAREA (SC) DAN KEJADIAN INFEKSI DI RUANG MAWAR I RSUD Dr. MOEWARDI, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Kartikasari, R. and N. Apriningrum (2020). "Determinan Terjadinya Infeksi Luka Operasi (ILO) Post Sectio Caesarea." *Faletehan Health Journal* **7**(03): 162-169.
- Nadiya, S. and C. Mutiara (2018). "Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea (SC) dengan Penyembuhan Luka Operasi di Ruang Kebidanan RSUD dr. Fauziah Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen." *Journal of healthcare technology and medicine* **4**(2): 187-195.

Sari, D. N. and U. N. Fajri (2019). "Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Penyembuhan Luka Post SC Pada Ibu nifas Di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara." *Journal of Midwifery and Public Health* **1**(2).