

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Pembahasan BAB ini penulis akan membahas tentang hasil dan asuhan keperawatan antara BAB II dan BAB III pada Asuhan Keperawatan Pada Ny. T Dengan Fokus Intervensi *Massage Effleurage* Terhadap Nyeri *Post Sectio Caesarea* H-1 Dengan Indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) Di RS Permata Bunda Purwodadi yang mengulas sesuai dengan tahapan keperawatan yaitu, pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Dan hasil pengkajian dimulai dari tanggal 11 Februari 2026 akan penulis bahas lebih lengkap dibawah ini.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi serta mengumpulkan data sesuai dengan kebutuhan dasar manusia guna memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kondisi Klien. Pengumpulan data secara komprehensif dapat dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu pendekatan yang berorientasi pada masalah dengan fokus pada situasi atau kondisi Klien saat ini, serta pendekatan menggunakan format data komprehensif yang tersusun secara sistematis, seperti pola pengkajian fungsional menurut Gordon atau model kebutuhan dasar menurut Virginia Henderson (Ekaputri, 2024).

Dalam pengkajian penulis menggunakan metode wawancara pengamatan (observasi), berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. T di Ruang Dewi Shinta RS Permata Bunda Purwodadi. Klien mengatakan sebelum dibawa ke RS mengeluh nyeri perut, perut terasa kencang, dan kontraksi yang sudah sering. Rasa nyeri ini disebabkan karena proses persalinan. Persalinan terjadi karena adanya kontraksi uterus, pembukaan, penipisan serviks, dan penurunan kepala janin yang dapat menyebabkan nyeri persalinan (Ristya Dini, 2024). Klien dibawa ke IGD RS Permata Bunda Purwodadi pada pukul 18.00 WIB dengan keluhan nyeri persalinan, dan kontraksi yang sudah sering, di IGD Klien dilakukan pemasangan infus RL 20 tpm dan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil TD: 132/82 mmHg, HR: 89x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C, Spo2: 99%.

Klien dibawa ke ruang VK pada pukul 18.35 WIB dengan diagnosa hamil 38 minggu dengan CPD, Klien langsung di diagnosa hamil 38 minggu dikarenakan pemeriksaan dokter IGD dan adanya riwayat persalinan anak pertama dan kedua yang juga SC dengan diagnosa *Cephalo Pelvic disproportion* (CPD). Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil TD: 126/86 mmHg, HR: 102x/menit, RR: 21 x/menit, S: 36,7° C, Spo2: 99%. Dokter memeriksa Klien dan memutuskan untuk dilakukan tindakan SC karena tidak memungkinkan dilakukan persalinan normal berdasarkan taksiran berat janin yang besar tidak seimbang dengan ukuran panggul ibu yang sempit serta adanya riwayat persalinan SC sebelumnya dengan diagnosa yang sama yaitu CPD (panggul sempit).

Klien dilakukan operasi SC pada tanggal 10 Februari 2026 pukul 20.53 WIB, bayi lahir pada pukul 21.53 WIB dengan jenis kelamin perempuan, BB: 3940 gram, PB: 51cm, lingkaran dada: 33cm, lingkaran kepala: 35cm, lingkaran lengan: 13cm dengan APGAR Score 8-9-10.

Kemudian dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Februari 2026, pukul 07.00 WIB. Klien mengatakan merasa nyeri pada area abdomen tepatnya pada luka post operasi SC, nyeri dirasakan Klien bertambah saat melakukan gerakan, belum mampu beraktivitas secara mandiri, sulit tidur karena rasa nyeri yang dirasakan, Klien merasa cemas saat bergerak dan juga khawatir terjadi infeksi pada area luka. Klien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif dengan melindungi area nyeri, gerakan terbatas, rentang gerak (ROM) menurun karena adanya rasa nyeri, dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 128/82 mmHg, HR: 106 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,5°C.

Berdasarkan hasil pengkajian riwayat kesehatan masa lalu dan keluarga Ny. T mengatakan ini adalah kehamilan ketiganya dan Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS dan tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes melitus. Dalam riwayat pernikahan Klien mengatakan menikah satu kali, usia pernikahan sudah 13 tahun dengan status pernikahan yang sah. Riwayat KB Ny. T mengatakan tidak menggunakan KB dan akan menggunakan KB setelah memiliki 3 anak.

Riwayat haid Ny. T menarche pada usia 13 tahun dengan lama haid 6-7 hari, jumlah darah yang keluar ganti 3 kali pembalut dengan konsistensi warna merah dan bau khas, siklus haid 30 hari. Pada riwayat kehamilan Ny. T ini merupakan kehamilan ketiga dengan status G3P2A0 dengan keterangan tidak pernah mengalami keguguran. Pemeriksaan ANC Ny. T selama kehamilan trimester pertama mengalami mual muntah dan tidak nafsu makan, Ny. T memeriksakan kehamilannya pada bidan dan dokter sebanyak 7 kali. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi keluhan dan pengobatan Ny. T yaitu dengan cara rajin memeriksakan kehamilannya. Riwayat persalinan Ny. T G3P3A0 dilakukan pada tanggal 10 Februari 2026 pukul 20.53-21.53 WIB dengan tipe persalinan *Section Caesarea* spinal anestesi dengan bantuan dr. Y bayi perempuan lahir dengan BB: 3940 gram, PB: 51 cm, lingkaran dada: 33 cm, lingkaran kepala: 35 cm, lingkaran lengan: 15 cm, rencana akan diberikan ASI eksklusif.

Pengkajian pola fungsional, penulis menggunakan pengkajian fungsional Virginia Henderson karena terbentuk dari hubungan antara Klien dan lingkungan dan dapat digunakan untuk perorangan, keluarga, maupun komunitas. Setiap pola merupakan satu rangkaian perilaku yang membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilih data.

Pada pengkajian fungsional menurut Virginia Henderson yang terganggu pada Ny. T adalah pola rasa nyaman dimana didapatkan data pada Ny. T tidak dapat melakukan aktivitas dan latihan secara mandiri

karena adanya rasa nyeri pada insisi abdomen membuat Klien keterbatasan dalam gerak tubuhnya secara mandiri. Pada pemeriksaan fisik terlihat lemah, TD: 128/82 mmHg, HR: 106 x/menit, suhu: 36,5 °C, RR: 20 x/menit, Spo2: 99%. Pada konjungtiva tidak terlihat anemis, mukosa bibir lembab, diperoleh data dari post SC inspeksi: terdapat balutan luka post SC dengan panjang kurang lebih 15 cm, tampak linea nigra, palpasi: adanya nyeri tekan pada luka post SC, TFU 2 jari dibawah pusar.

Pengkajian nyeri dilakukan untuk mengetahui apakah ada tidaknya masalah yang timbul setelah operasi SC, dari hasil pengkajian pada Ny. T tanggal 11 Februari 2026 didapatkan masalah utama yaitu Nyeri Akut karena pasien mengeluh nyeri diarea luka jahitan post operasi yang dilakukan. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, Evaluasi

Diagnosis keperawatan merupakan hasil analisis dan interpretasi terhadap data yang diperoleh melalui proses pengkajian Klien. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran mengenai respons kesehatan Klien, baik yang bersifat aktual maupun yang berpotensi terjadi, di mana pengambilan keputusan dilakukan sesuai dengan kewenangan profesional perawat (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017). Setelah data hasil pengkajian terkumpul, langkah selanjutnya adalah melakukan

analisis data untuk mengidentifikasi masalah yang dialami Ny. T berdasarkan pola pengkajian fungsional menurut Virginia Henderson. Berdasarkan hasil analisis tersebut, penulis menetapkan beberapa diagnosis keperawatan, di antaranya sebagai berikut:

a. Nyeri akut

Nyeri merupakan kondisi ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan sebagai respons terhadap rangsangan yang berpotensi menimbulkan kerusakan atau membahayakan tubuh. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan aktual atau potensial maupun gangguan fungsional, dengan onset yang dapat terjadi secara mendadak maupun bertahap, serta memiliki intensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

Nyeri muncul sebagai respons sensorik setelah tubuh menerima rangsangan nyeri. Tingkat intensitas nyeri dapat diklasifikasikan menjadi nyeri ringan, sedang, dan berat. Pada Klien dengan *Seccio Caesarea*, nyeri umumnya disebabkan oleh kontraksi uterus yang masih berlangsung sebagai bagian dari proses involusi atau kembalinya rahim ke kondisi sebelum kehamilan, serta nyeri yang berasal dari area insisi pembedahan. Selain itu, nyeri pasca *Seccio Caesarea* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain proses penyembuhan jaringan, kontraksi uterus, dan cedera saraf akibat

tindakan operasi. Nyeri tersebut dapat dirasakan seperti kram menstruasi, terutama pada beberapa hari pertama pasca operasi, serta dapat disertai sensasi ngilu atau nyeri pada area bekas luka operasi (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023). Penyebab nyeri uterus setelah tindakan *Sectio Caesarea*:

1) Proses penyembuhan

Tindakan *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus yang menimbulkan luka operasi dan memerlukan proses penyembuhan. Proses penyembuhan tersebut melibatkan pembentukan jaringan parut di sekitar area insisi. Jaringan parut memiliki tingkat elastisitas yang lebih rendah dibandingkan dengan jaringan kulit normal, sehingga dapat menimbulkan sensasi nyeri, terutama ketika terjadi peregangan atau pergerakan pada area abdomen (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023).

2) Kontarksi rahim

Setelah proses persalinan, uterus akan mengalami kontraksi sebagai bagian dari proses involusi untuk mengeluarkan sisa hasil persalinan dan mengembalikan ukuran rahim ke kondisi sebelum kehamilan. Kontraksi tersebut dapat menimbulkan sensasi seperti kram menstruasi dan menyebabkan rasa nyeri pada area abdomen. Selain itu, kontraksi uterus berperan dalam mencegah terjadinya perdarahan berlebihan dengan memberikan tekanan

pada pembuluh darah di area tempat implantasi plasenta (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023).

3) Cedera saraf

Selama operasi, saraf disekitar perut dan rahim dapat tercederai, baik secara langsung maupun karena jaringan parut yang terbentuk. Cedera saraf dapat menyebabkan rasa nyeri, ngilu, atau sensasi yang tidak nyaman disekitar bekas luka (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023).

4) Faktor lain

Infeksi pada area luka operasi maupun infeksi saluran kemih dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan Klien. Selain itu, terbentuknya perlengketan jaringan parut di sekitar area bekas operasi juga dapat menjadi penyebab timbulnya nyeri. Kondisi patologis lain, seperti peritonitis, infeksi saluran kemih, atau endometriosis, dapat menimbulkan nyeri abdomen yang tidak berhubungan secara langsung dengan tindakan *Seccio Caesarea* (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023).

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual maupun potensial sehingga memerlukan penanganan segera untuk mencegah respons fisiologis yang merugikan. Menurut SDKI (PPNI, 2017), nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang berkaitan

dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berlangsung kurang dari tiga bulan.

Penulis menetapkan nyeri akut pasca *Sectio Caesarea* (post SC) sebagai prioritas diagnosis utama karena Berdasarkan pendekatan urgent–non urgent, nyeri termasuk masalah yang bersifat urgent karena apabila tidak segera diatasi dapat menyebabkan peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, ketegangan otot, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, serta meningkatnya kebutuhan metabolik tubuh. Kondisi tersebut dapat menghambat proses penyembuhan dan menurunkan kualitas hidup pasien.

Selain itu, berdasarkan hubungan sebab-akibat, nyeri menjadi penyebab utama munculnya keterbatasan aktivitas pada pasien. Nyeri menyebabkan pasien enggan bergerak karena setiap pergerakan meningkatkan rasa sakit. Oleh karena itu, pengendalian nyeri menjadi fokus utama agar pasien mampu berpartisipasi dalam tindakan keperawatan selanjutnya, termasuk mobilisasi dini. Ketika ibu mengalami kesulitan dalam memproduksi ASI, bayi berisiko tidak memperoleh kebutuhan nutrisi yang adekuat atau mengalami gangguan pencernaan.

Selain kebutuhan fisiologis, kondisi nyeri juga berkaitan dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman, baik secara fisik maupun emosional. Oleh karena itu, penanganan nyeri perlu menjadi prioritas

sebelum individu dapat mencapai kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi, termasuk aktualisasi diri. Pada kasus nyeri akut, seperti nyeri insisi pasca pembedahan, diperlukan penatalaksanaan secara kolaboratif untuk mencapai pengendalian nyeri yang optimal (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

Apabila gangguan rasa nyaman akibat nyeri tidak segera diatasi, kondisi tersebut dapat menimbulkan dampak psikologis maupun fisiologis, seperti ansietas, depresi, mudah marah, gelisah, serta gangguan pola tidur. Berdasarkan pertimbangan tersebut, penulis menetapkan nyeri akut sebagai diagnosis utama karena berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan fisiologis serta kebutuhan rasa aman dan nyaman pada Klien (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

Menurut PPNI SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017), penulis menetapkan diagnosis nyeri akut sebagai diagnosis utama atau prioritas karena nyeri dapat memengaruhi integritas dan fungsi jaringan tubuh. Apabila nyeri terjadi dan tidak segera ditangani, kondisi tersebut dapat menimbulkan perubahan pada jaringan serta berpotensi menyebabkan gangguan atau kehilangan fungsi jaringan normal. Selain itu, nyeri akut yang tidak mendapatkan penatalaksanaan yang adekuat berisiko berkembang menjadi nyeri kronis.

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial dengan onset mendadak dan durasi kurang dari tiga bulan (PPNI, 2017). Apabila nyeri akut tidak segera diatasi, maka diagnosis keperawatan yang paling mungkin muncul adalah Gangguan Pola Tidur, yang juga merupakan diagnosis dalam SDKI.

Secara fisiologis, impuls nyeri yang berlangsung terus-menerus akan merangsang sistem saraf simpatis sehingga tubuh tetap berada dalam kondisi waspada (hyperarousal). Aktivasi simpatis menyebabkan pasien mengalami kesulitan memulai tidur, sering terbangun pada malam hari, penurunan durasi tidur, serta kualitas tidur yang buruk. Kurangnya waktu tidur akan menghambat proses regenerasi jaringan, meningkatkan kelelahan, menurunkan toleransi terhadap nyeri, dan memperlambat proses penyembuhan. Kondisi tersebut membentuk suatu siklus, yaitu nyeri menyebabkan gangguan tidur, sedangkan gangguan tidur akan meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri.

Dalam SDKI (PPNI, 2017), nyeri merupakan salah satu kondisi yang dapat menjadi penyebab munculnya Gangguan Pola Tidur. Hal ini juga didukung oleh Potter, Perry, Stockert, dan Hall (2021) yang menjelaskan bahwa nyeri yang tidak terkontrol merupakan faktor utama yang mengganggu kualitas dan kontinuitas tidur pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian nyeri pada Ny. T dengan menggunakan pengukuran skala *Numeric Rating Scale* (NRS) yaitu Klien mengatakan nyeri pada perut bekas operasi SC, nyeri bertambah saat digunakan beraktivitas, P: Luka insisi post operasi S, Q: Seperti disayat-sayat, R: Abdomen kuadran III dan IV, S: Skala 6, T: Hilang timbul. Data objektif Klien tampak meringis kesakitan, gelisah, melindungi area nyeri, sulit tidur karena rasa nyeri, terdapat balutan luka pada abdomen kuadran III dan IV dengan TFU 2 jari dibawah pusat, dengan vital sign yaitu tekanan darah: 128/82 mmHg, HR: 96 x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 20 x/menit, Spo2: 99%. Penulis menggunakan pengukuran skala numeric karena Klien mengeluh sakit sekali dan Klien tidak mampu melakukan kegiatan biasa. Penulis juga mengukur tanda tanda vital dengan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian abdomen terdapat luka post *Sectio Caesarea* tertutup balutan 10 cm diperut bagian bawah, balutan bersih, tidak merembes. Hal ini bisa terjadi karena tindakan setelah SC akibat insisi oleh robekan jaringan dinding perut dan dinding uterus dapat menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas sehingga ibu merasa nyeri karena adanya pembedahan.

Klien dilakukan pengkajian nyeri pada hari pertama pasca operasi dengan menggunakan metode pengkajian PQRST. Penggunaan teknik PQRST bertujuan untuk mendokumentasikan kebutuhan intervensi keperawatan serta mengevaluasi efektivitas

tindakan yang telah diberikan atau menentukan perlunya intervensi tambahan apabila tindakan sebelumnya belum efektif dalam menurunkan intensitas nyeri yang dialami Klien. Selain itu, Klien diminta untuk menggambarkan tingkat intensitas nyeri yang dirasakan melalui penggunaan skala nyeri.

Intensitas nyeri dapat ditentukan dengan menanyakan secara langsung kepada pasien mengenai tingkat nyeri yang dirasakan atau menggunakan instrumen pengukuran nyeri yang tersedia. Penggunaan skala nyeri sangat membantu terutama ketika pasien mengalami kesulitan dalam mendeskripsikan nyeri secara verbal. Beberapa instrumen yang umum digunakan antara lain skala numerik 0–10 (*Numeric Rating Scale/NRS*), skala deskriptif yang menggambarkan rentang dari tidak nyeri hingga nyeri sangat berat atau tidak tertahankan, serta skala visual berupa gambar ekspresi wajah (*Faces Pain Scale*).

Perencanaan atau intervensi keperawatan yang disusun oleh penulis untuk mengatasi masalah pada kasus Ny. T meliputi tindakan observasi, intervensi mandiri keperawatan, dan tindakan kolaboratif. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada diagnosis nyeri akut ditetapkan dalam rentang waktu 3×24 jam. Pada pasien pasca operasi, proses pemulihan awal berlangsung seiring berkurangnya efek anestesi sehingga nyeri umumnya dirasakan lebih berat pada beberapa jam pertama setelah tindakan pembedahan. Meskipun telah

tersedia terapi analgesik yang efektif, pasien pasca operasi masih dapat mengalami nyeri dengan intensitas yang bervariasi. Oleh karena itu, diperlukan penerapan manajemen nyeri secara tepat untuk mencegah dan mengurangi munculnya nyeri serta mendukung proses pemulihan pasien (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2018).

Rencana keperawatan yang ke 2 yang dilakukan tersebut penulis membuat rencana keperawatan selama 2 x 8 Jam dengan kriteria hasil:

1. Keluhan nyeri menurun, 2. Meringis menurun, 3. Gelisah menurun, 4. Kesulitan tidur menurun, 5. Bersikap protektif menurun. Dengan intervensi keperawatan (SIKI) manajemen nyeri (1.08238) yaitu observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2. Identifikasi skala nyeri, 3. Identifikasi respon nyeri non verbal, 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Teraupetik: 1. Berikan tehnik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, 2. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi: 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri, 2. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2018).

Menurut (Fahmi & Iriantono, 2021) Penanganan nyeri dilakukan secara farmakologi dan non-farmakologi dengan tujuan untuk mengobati nyeri tersebut dengan cara menghilangkan gejala

yang muncul. Klien masih merasa nyeri dan tidak mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan apabila efek dari analgetik hilang sehingga dibutuhkan terapi non-farmakologis yaitu dengan terapi relaksasi nafas dalam.

Adapun implementasi yang penulis lakukan pada tanggal 11 Februari 2026 yang dilakukan pada Ny. T yaitu mengkaji keadaan umum Klien dengan respon hasil yang didapatkan penulis yaitu nyeri pada perut kuadran III dan IV, diluka bekas operasi, seperti di sayat-sayat, dengan skala nyeri 6 dan terjadi saat bergerak. Mengajarkan teknik *Massage Effleurage* dengan respon hasil mampu mengikuti teknik *Massage Effleurage* yang diajarkan oleh perawat.

Kemudian implementasi pada tanggal 11 Februari 2026 yaitu pertama mengkaji keadaan umum Klien dengan respon hasil masih merasa nyeri disebabkan karena luka post operasi seperti disayat-sayat dibagian abdomen kuadran III dan IV dengan skala 6 terjadi saat bergerak, mengajarkan kembali teknik *Massage Effleurage*, pada Jam 07.30 mengkaji vital sign Ny. T dengan respon hasil tekanan darah: 128/82 mmHg, HR: 96 x/menit, Suhu: 36,5 °C, RR: 20 x/menit, SPO2: 99%, memberikan obat injeksi (kotorolac 30 mg) dan (ceftriaxone 1 gr) analgetik dengan respon hasil obat sudah diberikan, serta memberikan teknik non farmakologi (*Massage Effleurage*) untuk mengurangi rasa nyeri. Implementasi pada tanggal 12 Februari 2026 memonitor TTV dan mengkaji keadaan Klien dengan respon

hasil Tekanan darah: 129/86 mmHg, S: 36°C, HR: 87 x/menit, RR: 19 x/menit, memberikan injeksi (Ceftriaxone 1 gr) dan obat oral asam mefenamat, memberikan teknik non farmakologi (*Massage Effleurage*) untuk mengurangi nyeri. Klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4, terjadi saat bergerak, keuntungannya dapat mengetahui keadaan Klien dengan faktor pendukung Klien kooperatif.

Hasil evaluasi yang dapat setelah melakukan tindakan keperawatan selama 2 hari dari tanggal 11 Februari 2026 sampai 12 Februari 2026 pukul 15.45 yaitu untuk hasil evaluasi pada tanggal 12 Februari 2026 data subjektif Klien mengatakan nyeri dibagian perut post SC sudah berkurang, P: Nyeri post SC, memberat ketika beraktivitas, Q: Seperti disayat-sayat, R: Abdomen kuadran III dan IV, S: Skala 4, T: Hilang timbul. Data objektif: Klien tampak meringis menahan nyeri, gelisah menurun, sulit tidur menurun, bersikap melindungi area nyeri menurun dengan hasil TTV TD: 123/90 mmHg. HR: 89 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,8°C.

.Penulis menetapkan diagnosis nyeri akut sebagai diagnosis prioritas atau diagnosis utama karena nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan aktual maupun potensial akibat luka pasca *Sectio Caesarea*. Kondisi tersebut terjadi sebagai respons terhadap terputusnya kontinuitas jaringan kulit dan jaringan di area insisi pasca operasi

Sectio Caesarea, yang dapat menimbulkan ketidaknyamanan dalam jangka waktu tertentu serta memengaruhi kondisi fisik dan aktivitas Klien.

b. Gangguan mobilitas fisik

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur guna mencapai tujuan tertentu, yaitu memenuhi kebutuhan hidup baik secara mandiri, dengan bantuan orang lain, maupun menggunakan alat bantu. Mobilitas merupakan suatu proses yang kompleks karena melibatkan koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem saraf. Mobilisasi juga diartikan sebagai kondisi ketika tubuh mampu melakukan aktivitas atau pergerakan secara bebas. Dengan demikian, mobilitas atau mobilisasi dapat disimpulkan sebagai kemampuan individu untuk melakukan pergerakan secara bebas, mudah, dan teratur dalam rangka memenuhi kebutuhan aktivitas, mempertahankan status kesehatan, serta mendukung pelaksanaan aktivitas sehari-hari secara mandiri (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

Pada ibu post partum, ketidaknyamanan merupakan kondisi berupa perasaan kurang nyaman atau tidak menyenangkan yang dapat memengaruhi keadaan fisik maupun psikologis. Keluhan ketidaknyamanan dapat berasal dari berbagai faktor, seperti trauma pembedahan atau insisi, nyeri penyerta, serta distensi kandung kemih maupun abdomen (Mamuroh et al., 2024).

Penulis menetapkan diagnosis keperawatan kedua pada Ny. T yaitu gangguan mobilitas fisik. Diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik menjadi prioritas kedua setelah nyeri mulai terkontrol. Menurut SDKI (PPNI, 2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam melakukan gerakan tubuh secara mandiri dan terarah.

Secara teori Maslow, mobilitas merupakan bagian dari pemenuhan kebutuhan fisiologis karena berkaitan dengan kemampuan seseorang mempertahankan fungsi tubuh. Namun, dibandingkan nyeri, gangguan mobilitas tidak selalu membutuhkan tindakan segera apabila tidak mengancam kehidupan secara langsung. Hubungan sebab-akibat juga menunjukkan bahwa gangguan mobilitas pada pasien merupakan konsekuensi dari nyeri yang dialami. Nyeri menyebabkan pasien membatasi gerakan untuk mengurangi rasa sakit sehingga kemampuan berpindah posisi, berjalan, maupun melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terganggu. Apabila kondisi ini tidak ditangani, pasien berisiko mengalami komplikasi seperti atrofi otot, kontraktur, trombosis vena dalam, penurunan kapasitas paru, konstipasi, serta luka tekan.

Oleh karena itu, setelah nyeri dapat dikendalikan melalui intervensi farmakologis maupun nonfarmakologis, perawat dapat melanjutkan intervensi untuk meningkatkan mobilitas secara bertahap melalui latihan rentang gerak (*range of motion*), ambulasi dini sesuai

toleransi pasien, serta edukasi mengenai pentingnya aktivitas fisik dalam mempercepat pemulihan. (Sjamsuhidajat R, 2020).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam melakukan pergerakan tubuh secara mandiri maupun terarah (PPNI, 2017). Apabila kondisi ini tidak segera ditangani melalui latihan mobilisasi, perubahan posisi, maupun bantuan ambulasi, maka diagnosis keperawatan yang paling mungkin muncul adalah Risiko Cedera, yang juga terdapat dalam SDKI. Keterbatasan mobilitas menyebabkan penurunan kekuatan otot, koordinasi gerak, keseimbangan tubuh, serta kemampuan mempertahankan postur saat berpindah posisi. Kondisi tersebut meningkatkan kemungkinan pasien mengalami jatuh, terbentur, atau mengalami trauma saat melakukan aktivitas sehari-hari. Risiko cedera semakin meningkat pada pasien usia lanjut, pasien pascaoperasi, maupun pasien dengan kelemahan ekstremitas.

Menurut SDKI (PPNI, 2017), gangguan mobilitas merupakan salah satu faktor risiko terjadinya Risiko Cedera. Lewis et al. (2023) juga menjelaskan bahwa imobilisasi yang berkepanjangan menyebabkan penurunan fungsi muskuloskeletal dan keseimbangan sehingga meningkatkan kejadian cedera, terutama akibat jatuh. Tindakan pembedahan dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik karena proses imobilisasi pasca operasi berpotensi menurunkan massa dan kekuatan otot secara langsung. Penetapan diagnosis tersebut disesuaikan dengan data yang ditemukan pada Klien.

Berdasarkan SDKI (2020), diagnosis gangguan mobilitas fisik ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yang meliputi data subjektif dan data objektif. Data subjektif menunjukkan bahwa pasien mengeluhkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas karena masih merasakan nyeri pasca *Seccio Caesarea*, sedangkan data objektif menunjukkan adanya luka bekas operasi pada area abdomen bagian bawah. Berdasarkan perbandingan antara data hasil pengkajian dengan teori yang ada, data tersebut telah sesuai dengan karakteristik diagnosis sehingga penetapan diagnosis gangguan mobilitas fisik sebagai masalah keperawatan pada Klien dinilai tepat (Setyowati, 2025).

Penulis menetapkan diagnosis kedua yang perlu ditangani berdasarkan prioritas kebutuhan menurut teori hierarki kebutuhan Abraham Maslow, karena diagnosis tersebut termasuk dalam kategori kebutuhan fisiologis yang perlu dipenuhi setelah penanganan diagnosis utama, yaitu nyeri akut. Dalam hierarki kebutuhan Maslow, kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan pada tingkat berikutnya (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2018).

Mobilitas fisik termasuk dalam kebutuhan fisiologis karena berkaitan dengan kemampuan individu untuk bergerak dan melakukan aktivitas secara mandiri. Pada pasien pasca operasi, adanya luka insisi dapat menimbulkan nyeri serta keengganan untuk bergerak, sehingga

pasien cenderung lebih banyak beristirahat atau berbaring yang dapat menyebabkan keterbatasan mobilitas. Kondisi tersebut mendukung munculnya diagnosis gangguan mobilitas fisik yang ditunjukkan melalui data subjektif berupa Klien mengatakan sulit menggerakkan tubuh dan belum mampu beraktivitas secara mandiri karena masih merasakan nyeri pada luka post operasi SC, merasa cemas saat bergerak, serta data objektif Klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitas, meringis saat bergerak, gerakan terbatas, kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun karena adanya rasa nyeri post operasi SC (Mamuroh et al., 2024).

Sebelum tindakan, tentunya penulis menyusun intervensi keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan tingkat Gangguan Mobilitas Fisik berhasil dengan kriteria hasil yaitu: Pergerakan ekstremitas dari skala 2 (menurun) menjadi skala 5 (meningkat). Intervensi keperawatan dukungan pada gangguan mobilitas fisik yaitu dengan observasi identifikasi kekuatan otot dalam toleransi fisik melakukan pergerakan, dengan mengidentifikasi pergerakan apa saja yang di perbolehkan kepada pasien.

Intervensi yang kedua yaitu adalah mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, yaitu dengan mengkaji apakah ada pergerakan pasien yang menyebabkan nyeri dan keluhan fisik dikarenakan gangguan mobiltas fisik. Intervensi yang ke tiga yaitu identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, dengan

menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi mandiri yang telah diajarkan dan mengkonsumsi dan menghabiskan obat yang di resepkan dokter dengan tepat waktu Pengertian dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada seseorang baik itu moril maupun material untuk memotivasi orang lain dalam melaksanakan suatu kegiatan (Setyowati, 2025).

Menurut Kasdu (2020) mobiliasi pada pasien post SC pada 6 Jam perama pasten istirahat tirah baring, mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakan lengan, mengangkat tumit, menggerakan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki. Sedangkan 6-10 Jam pasien diharuskan untuk dapat miring kanan dan kekiri untuk mencegah trombosis dan tromboemboli. Salah satu syarat dalam pembuatan dignosa tidak dapt digunakan sebagai etiologi dan penulisan etiologi meliputi unsur PSMM (P: Patofisiologi dari penyakit, S: Sirusional (keadaan lingkungan perawatan), M: Medisation (pengobatan yang diberikan), M: Maturasi (tingkat kematangan/kedewasaan). Oleh sebab itu, seharusnya penulis tidak mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik karena apa bila diagnosa nyeri bisa diatasi maka diagnosa mobilitas fisik tidak akan muncul sebagai diagnosa kedua.

Pembenaran Penulis menyadari pada awal dilakukannya pengkajian diperoleh diagnosa gangguan mobilitas fisik bergubungan dengan ketidak nyamanan (nyeri) akan tetapi selama pemberian

asuhan keperawatan diperoleh data bahwa diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan ketidaknyamanan seharusnya tidak muncul penulis tegakkan, hal tersebut didukung dengan data objektif berupa Klien dapat melakukan istirahat tirah baring dan mobilisasi dini seperti menggerakkan tangan, lengan jari kaki, memutar pergelangan kaki pada 4 Jam pertama setelah dilakukan post SC sementara dalam teori menurut Kasdu (2020) disebutkan pada pasien post SC 6 Jam pertama baru dapat dilakukan istirahat tirah baring, dan mobilisasi dini.

Dalam implementasi yang penulis lakukan pada tanggal 11-12 Februari 2026 yang dilakukan pada Ny. T dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik, penulis melakukan intervensi seperti kaji keadaan Klien, monitor vital sign, mengganti cairan, mengajarkan melakukan ambulasi dini, menganjurkan Klien istirahat, mengajarkan ambulasi sederhana seperti berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi. Klien tampak kooperatif, Klien juga mengerti apa yang sudah dijelaskan dan dianjurkan oleh perawat, Klien mendengarkan apa yang dianjurkan oleh perawat untuk diterapkan pada Klien.

Hasil evaluasi yang didapat setelah melakukan tindakan keperawatan selama dua hari dari tanggal 11-12 Februari 2026 yaitu pada tanggal 12 Februari 2026 data subjektif Klien mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan secara mandiri, dan aktivitas lain walaupun

pelan-pelan. Data objektif Klien tampak sudah mampu duduk dan berjalan secara mandiri, tetap dengan didampingi oleh keluarga, rentang gerak Klien sudah meningkat, meringis saat melakukan gerakan sudah menurun. Dari masalah diatas masalah bisa diatasi. Penulis menjadikan diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosa kedua karena untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, mempercepat penyembuhan luka (Citrawati et al., 2023).

c. **Resiko infeksi**

Infeksi merupakan kondisi terjadinya invasi patogen atau mikroorganisme ke dalam tubuh yang berpotensi menimbulkan penyakit . Risiko infeksi adalah keadaan ketika individu memiliki kemungkinan mengalami invasi oleh agen patogen maupun oportunistik, seperti virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lainnya yang berasal dari sumber eksternal maupun internal (endogen). Pada kasus luka operasi, risiko infeksi dapat terjadi akibat tindakan pembedahan yang menyebabkan terputusnya integritas jaringan secara sengaja sebagai bagian dari prosedur terapeutik menurut SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

Manifestasi yang dapat muncul meliputi tanda-tanda inflamasi, seperti peningkatan suhu pada area luka, nyeri, kemerahan, pembengkakan, serta pada beberapa kasus disertai keluarnya cairan atau eksudat berupa nanah dari area luka. Berdasarkan hasil

pengkajian yang dilakukan pada Ny. T di Ruang Dewi Shinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi, diperoleh data objektif berupa area sekitar luka tampak kemerahan, terdapat pengeluaran lochea rubra dengan warna darah merah terang, serta kondisi jahitan yang masih tampak lembap atau belum kering.

Penulis menetapkan diagnosis keperawatan risiko infeksi sebagai prioritas masalah ketiga karena kondisi ini memiliki tingkat urgensi yang perlu mendapatkan perhatian untuk mencegah terjadinya komplikasi. Diagnosis Risiko Infeksi ditempatkan sebagai prioritas ketiga karena merupakan diagnosis risiko, yaitu kondisi yang belum terjadi tetapi memiliki potensi untuk berkembang apabila tidak dilakukan tindakan pencegahan. Menurut SDKI (PPNI, 2017), risiko infeksi adalah keadaan individu yang rentan mengalami invasi dan multiplikasi mikroorganisme patogen yang dapat mengganggu kesehatan.

Dalam pendekatan prioritas keperawatan, diagnosis aktual lebih diprioritaskan dibandingkan diagnosis risiko apabila kondisi pasien masih stabil. Oleh karena itu, nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik yang telah nyata terjadi menjadi fokus utama sebelum intervensi pencegahan terhadap risiko infeksi. Meskipun demikian, risiko infeksi tetap memerlukan perhatian karena dapat meningkatkan morbiditas, memperpanjang lama perawatan, dan menghambat proses penyembuhan apabila berkembang menjadi infeksi aktual. Faktor-

faktor yang meningkatkan risiko infeksi antara lain adanya luka operasi atau luka terbuka, pemasangan alat invasif, penurunan daya tahan tubuh, penyakit kronis, serta keterbatasan mobilitas yang dapat memperlambat proses penyembuhan jaringan. Intervensi keperawatan difokuskan pada upaya preventif seperti penerapan teknik aseptik, kebersihan tangan, pemantauan tanda-tanda infeksi, perawatan luka sesuai prosedur, serta edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pencegahan infeksi (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

Risiko infeksi adalah kondisi ketika individu rentan mengalami invasi dan proliferasi mikroorganisme patogen akibat adanya faktor risiko tertentu (PPNI, 2017). Apabila diagnosis ini tidak segera ditangani melalui tindakan pencegahan infeksi, maka kondisi tersebut dapat berkembang menjadi Infeksi, yang merupakan diagnosis keperawatan dalam SDKI. Tidak dilaksanakannya tindakan pencegahan seperti kebersihan tangan, teknik aseptik, perawatan luka yang tepat, maupun pengendalian faktor risiko akan mempermudah masuk dan berkembangnya mikroorganisme patogen. Kolonisasi mikroorganisme selanjutnya akan memicu respons inflamasi sehingga muncul tanda dan gejala infeksi seperti demam, kemerahan, nyeri, edema, peningkatan leukosit, serta keluarnya sekret purulen.

Apabila tidak segera ditangani, infeksi lokal dapat berkembang menjadi infeksi sistemik yang memperburuk kondisi klinis pasien.

Dalam SDKI (PPNI, 2017) menjelaskan bahwa individu dengan diagnosis Risiko Infeksi memerlukan intervensi preventif agar tidak berkembang menjadi diagnosis Infeksi. Hal ini didukung oleh Hinkle dan Cheever (2022) yang menyatakan bahwa kegagalan dalam pengendalian faktor risiko infeksi akan meningkatkan kejadian infeksi nosokomial maupun infeksi sistemik.

Menurut Tim Pokja SDKI (2017) risiko infeksi adalah kondisi ketika individu memiliki kerentanan mengalami peningkatan kemungkinan terpapar organisme patogen. Infeksi luka operasi merupakan salah satu komplikasi utama pasca tindakan pembedahan. Faktor yang dapat memicu terjadinya infeksi pasca *Sectio Caesarea* antara lain proses perawatan luka yang kurang optimal serta kurang terjaganya kebersihan area luka pasca operasi.

Dalam batasan karakteristik, aspek subjektif meliputi kemampuan pasien dalam menjelaskan proses terjadinya penularan penyakit, faktor yang memengaruhi penularan, serta penatalaksanaan dan upaya pencegahan infeksi. Sementara itu, data objektif ditunjukkan dengan tidak adanya tanda dan gejala infeksi pada Klien. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. T, diperoleh DS: Klien mengatakan merasa nyeri pada luka post operasi SC, operasi dilakukan pada hari Selasa 10 Februari 2026, Klien mengatakan khawatir terjadi infeksi pada luka insisi post SC. Data Objektif: Terdapat luka insisi post operasi *Sectio Caesarea*, balutan luka -+ 15

cm, sekitar balutan luka tampak sedikit kemerahan, hasil pemeriksaan laboratorium kadar leukosit 13110/ul.

Waktu kritis penyembuhan luka menurut (Saifudin, 2019) yaitu 24-72 Jam setelah pembedahan, jika luka mengalami infeksi biasanya terjadi 3-6 hari berikutnya luka bedah biasanya tidak kuat menghadapi stres normal selama 15-20 hari setelah pembedahan. Luka bagian luar secara normal terlihat mengalami inflamasi pada hari ke 2-3 tetapi lama kelamaan inflamasi ini akan menghilang dalam waktu 7-10 hari, luka dengan penyembuhan normal akan terisi sel epitel dan bagian pinggirnya akan tertutup. Intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu pencegahan infeksi untuk mengatasi tingkat infeksi yang berhubungan dengan efek prosedur invasif dengan tujuan nyeri menurun, kadar sel darah membaik, perilaku hidup sehat membaik, kebersihan tangan meningkat, nafsu makan meningkat, kemerahan menurun.

Adapun intervensi keperawatan yang telah ditetapkan untuk mengatasi risiko infeksi meliputi tindakan pencegahan infeksi, yaitu melakukan pemantauan tanda dan gejala infeksi baik lokal maupun sistemik, melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, terutama pada pasien dengan risiko tinggi, serta memberikan edukasi mengenai tanda dan gejala infeksi kepada Klien. Intervensi selanjutnya meliputi pemberian perawatan luka berdasarkan praktik berbasis bukti *Evidence Based Practice* (EBP). Balutan yang lembap

akibat sekresi atau eksudat pada area luka, terutama pada luka dengan kehilangan jaringan yang luas, perlu diganti secara berkala karena penurunan fungsi proteksi kulit dapat meningkatkan risiko infeksi. Selain itu, Klien diajarkan teknik mencuci tangan yang benar sebagai upaya pencegahan infeksi (Kedokteran et al., 2022).

Kolaborasi pemberian terapi antibiotik dilakukan sesuai indikasi medis karena dapat membantu menghambat pertumbuhan mikroorganisme dan mendukung proses penyembuhan luka. Edukasi juga diberikan untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan yang adekuat, karena pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi berperan dalam menjaga kondisi tubuh serta mendukung peningkatan respons imun Klien. Klien juga dianjurkan untuk melakukan pemantauan mandiri terhadap kondisi luka (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2018).

Intervensi perawatan luka lainnya meliputi observasi karakteristik luka seperti adanya drainase, perubahan warna, ukuran, dan bau luka, pemantauan tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan area luka menggunakan larutan natrium klorida (NaCl) sesuai kebutuhan, melakukan perawatan pada jaringan nekrotik apabila ditemukan, memberikan salep sesuai kondisi kulit atau lesi, serta memasang balutan yang sesuai dengan jenis luka (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2018). Selama prosedur perawatan luka, teknik steril harus

tetap dipertahankan. Selain itu, Klien dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein untuk mendukung proses penyembuhan jaringan. Tindakan kolaboratif yang diberikan meliputi pemberian antibiotik injeksi ceftriaxone 2×1 gram dan obat oral cefadroxil 2×1 sesuai program terapi (Batmomolin & Saudah, 2022).

Adapun intervensi yang sudah penulis lakukan untuk mengatasi resiko infeksi yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak mata dengan pasien beresiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan 6 langkah pada Klien dan keluarga, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, meningkatkan asupan cairan, mengajarkan cara memeriksa luka kondisi luka, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat oleh penulis implementasi pada hari kedua penulis melakukan perawatan luka supaya mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman/bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya. Penulis melakukan tindakan keperawatan pada Klien dalam rentang waktu 3 hari berturut turut yaitu melakukan pemberian analgetik injeksi ceftriaxone 2×1 gram (Riska, 2022).

Implementasi dilakukan penulis pada Klien Ny. T dikaji keadaan pasien dengan respon hasil TD: 128/82 mmHg, HR: 96 x/menit, Suhu: 36,5 °C, RR: 20 x/menit, Spo2: 99%. Keuntungannya dapat mengetahui adanya tanda infeksi dengan memonitor TTV, dengan faktor yang menghambat pada hari pertama balutan luka tidak

bisa di buka karena baru selesai operasi, jadi penulis belum bisa mengetahui keadaan luka secara keseluruhan, implementasi kedua menganjurkan istirahat yang cukup dengan repon hasil pasien mengatakan bersedia keuntungan dapat meningkatkan daya tahan tubuh dengan faktor pendukung pasien tampak kooperatif, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6 langkah, Klien dapat mencuci tangan dengan benar, keuntungannya dapat mengurangi penularan infeksi/ bakteri. Memberikan obat oral cefadroxil dan injeksi ceftriaxone dengan respon hasil pasien mengatakan bersedia minum obat dan tampak diminum serta injeksi keuntungannya dapat mempercepat penyembuhannya dengan faktor pendukung Klien tampak kooperatif.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa data subjektif yang diperoleh yaitu Klien mengatakan nyeri sudah berkurang, sudah mengerti tanda dan gejala infeksi, melakukan cuci tangan 6 langkah, mengonsumsi makanan tinggi nutrisi, sudah mulai tidak khawatir terjadi infeksi pada luka post operasi SC. Data objektif Klien tampak mengerti dan paham tanda gejala serta makanan bernutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan, balutan luka post operasi tampak kering, tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak disekitar luka, tidak ada tanda infeksi pada luka post SC. Selain itu, pasien juga menyampaikan masih terdapat pengeluaran darah berwarna merah (lochea rubra), dengan hasil observasi objektif

menunjukkan kontraksi uterus dalam kondisi baik. Pada evaluasi berikutnya, data subjektif menunjukkan bahwa Klien menyatakan telah memahami cara mencuci tangan menggunakan enam langkah dengan benar. Data objektif memperlihatkan Klien mampu mempraktikkan cuci tangan enam langkah secara tepat dan tampak kooperatif selama tindakan dilakukan.

Penerapan cuci tangan enam langkah secara benar memiliki manfaat dalam mencegah penularan dan menurunkan risiko terjadinya infeksi (Saudah, 2022). Berdasarkan hasil evaluasi, tindakan yang dilakukan oleh penulis telah sesuai dengan teori dan hasil penelitian yang telah ada. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan pelaksanaan di lapangan serta perkembangan kondisi kesehatan Klien menunjukkan hasil yang baik. Penulis menjadikan diagnosa resiko infeksi sebagai diagnosa yang ke 3 karena dalam kerangka prioritas Maslow, kebutuhan fisiologis dan rasa aman yang aktual dan sedang dialami pasien harus ditangani terlebih dahulu. Resiko infeksi meski penting belum terjadi dan bisa dicegah sehingga prioritasnya berada dibawah kebutuhan yang sudah nyata. Prosedur SC melibatkan pembedahan pada dinding perut dan rahim, yang menciptakan luka terbuka. Luka ini rentan terhadap infeksi jika tidak dirawat dengan baik.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada teori dan tidak muncul pada tinjauan kasus adalah:

1) Gangguan rasa nyaman

Menurut SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017), gangguan rasa nyaman merupakan kondisi ketika individu mengalami perasaan kurang nyaman, tidak lega, atau tidak mencapai kondisi optimal pada dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, maupun sosial. Berdasarkan tinjauan pustaka, terdapat lima diagnosis keperawatan yang menjadi fokus, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keluhan fisik (pasca Sectio caesarea), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan adaptasi, serta defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri, termasuk berhias dan mandi.

Namun, berdasarkan hasil tinjauan kasus pada Ny. T, hanya ditemukan tiga diagnosis yang sesuai dengan kondisi Klien, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keluhan fisik, dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

2) Defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri tidak menjadi diagnosa karena tidak sesuai dengan masalah pasien yaitu pasien tidak mengalami masalah defisit perawatan diri karena pasien merasa mampu melakukan aktivitas perawatan dirinya sendiri seperti memakai pakaian, makan, dan toileting. Maka dari itu diagnosa tersebut tidak muncul SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

A. Keterbatasan

Berdasarkan pengalaman selama pelaksanaan penelitian secara langsung, terdapat beberapa keterbatasan yang dialami dan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi peneliti selanjutnya dalam menyempurnakan penelitian di masa mendatang. Penelitian ini masih memiliki beberapa keterbatasan yang dapat menjadi dasar untuk perbaikan dan pengembangan pada penelitian berikutnya.

Salah satu kendala yang dialami peneliti adalah keterbatasan waktu selama proses pengumpulan data. Pada umumnya, pasien pasca *Sectio caesarea* menjalani perawatan di rumah sakit selama 3–4 hari, namun pada rumah sakit tempat penelitian diterapkan sistem *Enhanced Recovery After Cesarean Surgery* (ERACS), sehingga pasien umumnya sudah diperbolehkan pulang dalam waktu 1–2 hari setelah tindakan operasi. Kondisi tersebut berpotensi memengaruhi proses pengamatan serta hasil penelitian yang diperoleh (Zuleikha et al., 2022).