

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

##### 1. Definisi

*Sectio Caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerektomi untuk melahirkan janin dari rahim (Darmi & Hartaty, 2021). *Sectio Caesarea* yaitu suatu persalinan yang dibuat dimana janin yang dilahirkan dengan cara melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim serta berat janin diatas 500 gram (Desmiari, 2019).

##### 2. Klasifikasi

Berikut ini adalah beberapa klasifikasi dari tindakan *Sectio Caesarea* (Wiknjosastro, 2017):

###### a. *Sectio Caesarea* transperitonealis profunda

Adalah insisi di sisi bawah uterus dengan teknik memanjang atau melintang, keunggulan teknik ini adalah perdarahan pada insisi tidak begitu banyak, bahaya peritonitis tidak besar, perut dan uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri di kemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

###### b. *Sectio Caesarea* klasik atau korporal

Pada jenis ini pembedahan agak mudah dilakukan, hanya dilaksanakan apabila ada halangan untuk melakukan *Sectio Caesarea* profunda, insisi memanjang pada semen atas uterus.

c. *Sectio Caesarea* ekstrapéritoneal

Dahulu jenis ini dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritonium tidak lagi dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat.

d. *Sectio Caesarea* histerektomi

Setelah *Sectio Caesarea* dapat dilakukan histerektomi dengan indikasi atonia uteri, plasenta accarete, mioma uteri, dan infeksi intra uteri berat.

3. Indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea*

a. Indikasi Pada Ibu

Adapun penyebab indikasi pada ibu dan harus dilakukannya *Sectio Caesarea* yaitu adanya sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pada panggul, *plasenta previa* terutama pada primigravida, *solutio plasenta* pada tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), terdapat etiologi medis yang menjadi indikasi dilaksanakannya *Sectio Caesarea* antara lain CPD (*Cephalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), dan faktor lainnya (Fauziah, 2017).

b. Indikasi Yang Berasal Dari Janin

Meliputi fetal distress/gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (giant baby), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan talipusat dengan pembukaan kecil seperti prolaps tali pusat, terlilit talipusat, adapun faktor plasenta yaitu *plasenta previa*, *solutioplacenta*, *plasenta accreta*, dan *vasa previa*. kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (Ratnasari, 2020).

c. Indikasi Non Medis

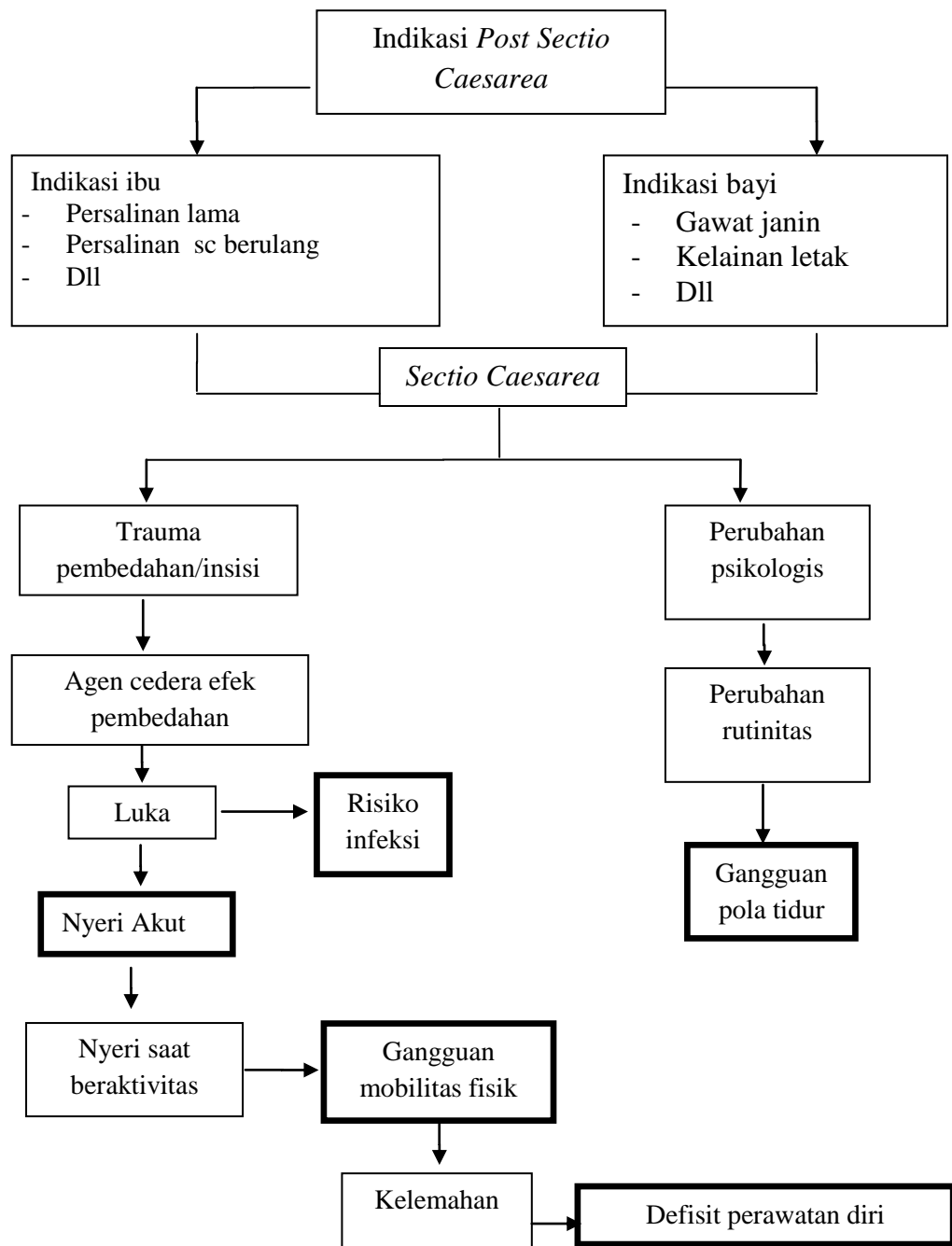
Dapat berupa permintaan ibu, keyakinan dan budaya yang meyakini tanggal dan jam kelahiran bayinya, tanggal yang bersejarah ibu hamil menjadwalkan persalinan dengan SC, alasan kecemasan dan takut nyeri, alasan estetika jalan lahir, atau ibu ingin sekaligus melakukan tubektomi meskipun tanpa alasan medis (Sitorus, 2021).

4. Patofisiologi

*Sectio Caesarea* merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram dengan sayatan atau insisi pada dinding uterus yang masih utuh. Untuk ibu indikasi dilakukannya tindakan ini yaitu disproporsi kepala panggul, disfungsi uterus, distoria jaringan lunak, *plasenta previa* dll. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin berukuran besar dan letak lintang (Aspiani, 2017).

Tindakan insisi pada dinding abdomen menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini dapat merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menimbulkan rasa nyeri. Nyeri yang dirasakan berakibat pada gangguan tidur dan keengganan untuk bergerak serta pasien memilih untuk berbaring di tempat tidur. Keterbatasan gerak pada pasien post *Sectio Caesarea* juga mengakibatkan ibu tidak mampu beraktivitas mandiri sehingga timbul masalah *personal hygiene* (Mitayani, 2016).

Nyeri pada luka operasi yang dirasakan membuat pasien cenderung immobilisasi sehingga dapat menimbulkan kekakuan sendi dan kontraktur otot apabila tidak dilakukan mobilisasi sedini mungkin setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup kembali yang akan menimbulkan luka post op yang apabila tidak dirawat dengan baik maka akan menimbulkan risiko infeksi (Widayati dkk., 2022).



Gambar 2.1  
Pathway Post Sectio Caesarea

(Aspiani (2017), Mitayani, (2016),  
(Widayati dkk., 2022)

## 5. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien post operasi *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

### a. Infeksi puerperal

Infeksi luka operasi atau ILO post operasi juga disebabkan oleh beberapa hal yaitu indeks masa tubuh, usia yang terlalu tua, kehilangan banyak darah saat prosedur operasi, metode penutupan luka operasi. Risiko ILO dari tindakan operasi SC dapat diturunkan dengan pemberian antibiotik (Susilawati dkk., 2018).

### b. Perdarahan

Beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan SC adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta. Perdarahan didefinisikan sebagai kehilangan darah sebanyak 1000 ml setelah kelahiran sesar. Hb kurang dari 7 gr/dl dianggap sebagai anemia berat dan harus menerima tranfusi segera.

### c. Komplikasi pada bayi

Komplikasi pada bayi yang dilahirkan dengan *Sectio Caesarea* tergantung dengan alasan dilakukannya tindakan *Sectio Caesarea*. Kelahiran SC dengan indikasi KPD dapat menyebabkan bayi asfiksia dan hipoksia akibat oligonhidramnion yaitu keadaan dimana air ketuban kurang dari 300 cc (Wahyuningsih, 2019).

### d. Komplikasi lain-lain

Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi *Sectio Caesarea* adalah akibat tindakan anastesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi, luka kandung kemih, komplikasi penyulit, endometrisis, tromboplebitis (pembekuan pembuluh darah balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru), dan perubahan bentuk serta letak janin menjadi tidak sempurna (Safitri, 2020).

## 6. Manifestasi klinis

Menurut Agustina (2020), manifestasi klinis pada pasien *post Sectio Caesarea* antara lain:

- a. Bising usus tidak ada
- b. Terpasang kateter
- c. Balutan abdomen tampak noda cairan
- d. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- e. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan
- f. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- g. Ketidaknyamanan menghadapi kondisi baru

## 7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Herdiana (2019) pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien post SC adalah:

- a. Pemantauan terhadap kesehatan bayi
- b. Elektrolit
- c. Hemoglobin
- d. Golongan darah
- e. Ultrasound sesuai indikasi
- f. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

## 8. Penatalaksanaan Medis Pada Pasien *Post Sectio Caesarea*

### a. Pemberian cairan

Pada 6 jam pertama pasien puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan adalah D10%, garam fisiologi, dan ringer laktat secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Apabila hb rendah maka diberikan tranfusi darah sesuai kebutuhan.

### b. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan segera setelah pasien flatus lalu pasien diperbolehkan untuk makan dan minum peroral.

Pemberian minum dengan jumlah sedikit pada 6-8 jam pasca operasi.

c. Mobilisasi

Miring kanan kiri dilakukan 6-8 jam setelah operasi sambil dilakukannya latihan pernafasan, pada hari pertama post operasi pasien akan diminta untuk latihan duduk selama 5 menit kemudian berubah posisi dari tidur terlentang menjadi semi fowler. Selanjutnya pada hari-hari berikutnya pasien dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan dan berjalan secara mandiri, dan pada hari ke 3 post operasi pasien dapat dipulangkan.

d. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh akan menyebabkan nyeri dan perasaan tidak nyaman. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam setelah operasi atau tergantung jenis operasi dan keadaan pasien.

e. Pemberian obat

Obat-obatan yang digunakan pada pasien post SC adala antibiotik, analgetik dan obat untuk memperlancar saluran pencernaan, serta obat-obatan lain untuk meningkatkan vitalitas umum pasien seperti neurobion dan vitamin C.

f. Perawatan luka

Kondidi balutan luka dilihat pada 1 hari post op, bila balutan tampak basah dan berdarah maka harus diganti segera.

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Menurut Abraham Maslow dalam Yuliani (2022), teori hierarki kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu fisiologis (makan, minum), keamanan, cinta kasih, harga diri, dan aktualisasi diri. Hierarki Abraham Maslow digambarkan dalam bentuk piramida, dimana tingkat terendah piramida terdiri dari kebutuhan paling dasar, sedangkan kebutuhan kompleks ada di atas piramida. Setelah kebutuhan pada tingkat rendah terpenuhi, maka manusia dapat beralih ke tingkat kebutuhan

berikutnya. Berikut lima macam kebutuhan dasar manusia dalam teori Maslow:

1. Kebutuhan Fisiologis (*Physiological Needs*)

Kebutuhan fisiologis menjadi kebutuhan yang paling dasar untuk dipenuhi karena meliputi hal-hal yang vital bagi kelangsungan hidup. Yang termasuk dalam kebutuhan fisiologis adalah makan, minum, tidur, bernapas, pemenuhan nutrisi, pakaian, tempat tinggal, dan kehangatan, serta kebutuhan reproduksi dan seksual.

2. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Security and Safety Needs*)

Beberapa kebutuhan dasar manusia akan rasa aman dan keselamatan yaitu: keamanan keuangan, kesehatan dan kebugaran, serta keselamatan dari kecelakaan dan cedera.

3. Kebutuhan Kasih Sayang dan Rasa Memiliki (*Love and Belongingness Needs*)

Pada tingkat kebutuhan ini berkaitan dengan hal-hal tertentu, contohnya seperti persahabatan, keintiman, kepercayaan, penerimaan, serta memberi dan menerima kasih sayang. Dalam memenuhi kebutuhan ini manusia akan terlibat dalam pertemanan, hubungan romantis, kelompok sosial, keluarga, dan lainnya.

4. Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)

Pada tingkatan ini, manusia memiliki kebutuhan akan penghargaan dan rasa hormat. Maslow membagi kebutuhan ini menjadi dua kategori, yaitu kebutuhan harga diri yang berkaitan dengan mertabat, prestasi, penguasaan, dan kemandirian. Kemudian kebutuhan rasa hormat dari orang lain yang berkaitan dengan status, atensi dan reputasi.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Self Actualization Needs*)

Kebutuhan aktualisasi diri berkaitan dengan keinginan untuk mewujudkan dan mengembangkan potensi dan bakat, mencari pertumbuhan diri dan pengalaman, serta untuk menjadi segala sesuatu yang diinginkan. Pada tingkat ini, manusia akan melakukan yang terbaik semampu mereka.



Sumber : (Yuliani, 2022)



**Gambar 2. 2**  
**Piramida Kebutuhan Dasar Manusia**

Berdasarkan teori Abraham Maslow diatas, pada pasien dengan kasus *post Sectio Caesarea* kebutuhan dasar yang terganggu adalah kebutuhan dasar fisiologis yang berkaitan dengan nyeri yaitu hambatan tubuh akan kenyamanan ketika melakukan pergerakan akibat dari nyeri (Widayati dkk., 2022).

Suatu proses setelah operasi atau post operasi akan menimbulkan respon nyeri. Nyeri yang dirasakan ibu post partum dengan *Sectio Caesarea* berasal dari luka yang terdapat pada perut. Tingkat dan keparahan nyeri pasca operasi tergantung pada fisiologis dan psikologis individu dan toleransi yang ditimbulkan nyeri. Perubahan fisiologis yang terjadi sangat jelas. Banyak pasien SC yang mengeluh nyeri dibekas jahitan, keluhan ini sebenarnya wajar karena tubuh mengalami luka dan proses penyembuhan tidak sempurna. Dampak nyeri yang perlu ditanyakan adalah hal-hal yang spesifik seperti pengaruhnya terhadap pola tidur, pola makan, energi, aktifitas keseharian. Nyeri merupakan kondisi tidak nyaman yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang biasa terjadi pada banyak pasien yang pernah mengalami pembedahan, yang diwaspadai adalah itu disertai dengan komplikasi setelah pembedahan seperti luka jahitan yang tidak menutup, infeksi pada luka operasi, dan gejala lain yang berhubungan dengan jenis pembedahan (Fitri, et al, 2012).

Pasien *Post Sectio Caesarea* akan merasakan ketidaknyamanan akibat jahitan bekas operasi dan akan merasakan nyeri di bagian abdomen sehingga menimbulkan pasien enggan melakukan mobilisasi dalam pergerakan. Mobilisasi pasca SC adalah suatu pergerakan posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan SC (Jitowiyono, 2010).

### C. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah pendekatan sistematis dan terorganisir melalui 6 langkah dalam mengenali masalah-masalah pasien, dan merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik maupun linier. Kemudian dapat dirumuskan diagnosa keperawatannya, dan cara pemecahan masalah. Proses keperawatan merupakan lima tahapan pemecahan masalah yang dilaksanakan secara berurutan dan berkesinambungan yang meliputi pengkajian, diagnosa, keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017).

#### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan. Merupakan suatu proses keperawatan yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan pasien sebelum ditegakkannya diagnosa. Pengkajian terdiri dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik dan berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar (Suarni & Apriyani, 2017).

Menurut Rahmadayanty (2019), pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien post *Sectio Caesarea* yaitu:

- a. Identitas klien meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agaman, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis.
- b. Keluhan utama, pada umumnya pasien post SC akan mengeluhkan sulit bergerak akibat nyeri pada luka bekas operasi karena nyeri biasanya bertambah parah saat pasien bergerak.

- c. Riwayat kesehatan, data yang dikaji adalah riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga. Pada riwayat kesehatan dahulu hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti jantung, hipertensi, diabetes. Riwayat kesehatan sekarang berisi pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya tindakan SC seperti kala I memanjang. Riwayat kesehatan keluarga berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun yang merupakan faktor predisposisi sering terjadi akibat keturunan.
- d. Riwayat perkawinan, hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.
- e. Riwayat obstetri, meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali hamil, penolong persalinan, tempat bersalin sebelumnya, jumlah anak, apakah ada abortus.
- f. Riwayat persalinan sekarang, meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, dan keadaan anak.
- g. Riwayat KB, meliputi pertanyaan apakah klien pernah ikut KB, jenis kontrasepsi, keluhan kontrasepsi yang digunakan, rencana kontrasepsi setelah nifas.
- h. Pemeriksaan fisik, merupakan pemeriksaan tubuh klien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.
- i. Aktivitas dan istirahat, pola aktivitas dan istirahat terganggu dikarenakan adanya nyeri pada luka operasi.
- j. Nyeri dan kenyamanan, pada pengkajian ini biasanya ditemukan keluhan nyeri pada perut bagian bawah akibat tindakan insisi.
- k. Kebersihan diri, klien dengan kasus post *Sectio Caesarea* mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri.

## 2. Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan adalah dasar penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah atau problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (Mulyanti dkk., 2017).

Setelah data terkumpul dan dianalisis, diagnosa yang mungkin ditemukan pada pasien dengan Nyeri Akut berdasarkan gejala dan tanda yang ada pada kasus *post Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

1. Nyeri Akut
2. Gangguan Mobilitas Fisik
3. Gangguan Pola Tidur
4. Defisit Perawatan Diri
5. Resiko Infeksi

## 3. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diganosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien (Mulyanti dkk., 2017).

**Tabel 2.1**  
**Rencana Keperawatan Pada Kasus Post *Sectio Caesarea***

Diagnosa keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3
Nyeri Akut	<p><b>Tingkat Nyeri</b> Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri tidak ada</li> <li>2. Sikap protektif menurun</li> <li>3. Tidak ada ekspresi nyeri wajah</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi nafas dalam)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (pencahayaan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangakn jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3
		Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik
Gangguan Pola Tidur	<b>Pola Tidur</b> Kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur tidak ada 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur tidak ada 4. Keluhan istirahat tidur tidak ada	<b>Dukungan Tidur</b> Observasi : 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor (fisik/ psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik : 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur sampai terjaga Edukasi : 1. Jelaskan pentingnya waktu tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu waktu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi obat autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
Gangguan Mobilitas Fisik	<b>Mobilitas Fisik</b> Dengan Kriteria Hasil : 1. Pergerakkan	<b>Dukungan Mobilisasi</b> Observasi: 1. Identifikasi lokasi adanya nyeri

Diagnosa keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3
	ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun	atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Defisit Perawatan Diri	<b>Perawatan Diri</b> dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan ke toilet (BAB&BAK) 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat	<b>Dukungan Perawatan Diri</b> Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Sediakan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, tahap implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap Evaluasi merupakan tahap perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).