

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sectio Caesarea (SC)

1. Definisi

Sectio Caesarea (SC) merupakan kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi). Proses persalinan SC dilakukan dengan cara membuat irisan pada perut dan rahim ibu hamil guna membantu proses keluarnya bayi dari rahim. (Sunengsih et al., 2022). SC adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 4000 gram (Sartika & Bahar, 2020).

2. Klasifikasi

Terdapat dua jenis prosedur SC berdasarkan sayatannya, yaitu SC klasik (korporal), ialah SC dengan sayatan horizontal pada korpusuteri kurang lebih sepanjang 10 cm dan SC ismika (profunda), ialah SC dengan sayatan vertikal pada segmen bawah rahim kurang lebih 10 cm.

3. Etiologi

Indikasi ibu di lakukan SC adalah ruptur uteri iminen pendarahan antepartum, kehamilan ganda. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4000 gram. Dari faktor SC di atas dapat diuraikan beberapa penyebab SC sebagai berikut: *Cephalo Pelvik Disproportion* (CPD), PreEklampsia Berat (PEB), bayi kembar, kelainan letak, Ketuban Pecah Dini (KPD) (Ningsih, 2020).

4. Komplikasi

Komplikasi yang paling umum dialami oleh ibu *post* SC adalah nyeri, infeksi pada luka, kehilangan darah yang berat, bekuan darah di kaki atau paru, mual dan muntah pasca persalinan (terkait prosedur anestesi),

histerektomi darurat, masalah usus seperti konstipasi atau ileus, cedera organ lain seperti kandung kemih yang dapat terjadi selama operasi, dan kematian. Kenaikan suhu tubuh sampai 38,5°C atau febris pasca pembedahan merupakan sebuah komplikasi yang paling sering terjadi (Sirait, 2021).

5. Penatalaksanaan

a. Perawatan luka insisi

Luka insisi dibersihkan dengan alkohol dan larutan betadin dan sebagainya, lalu ditutup dengan kain penutup luka. Secara periodik pembalut luka diganti dan luka dibersihkan.

b. Tempat perawatan pasca bedah

Setelah tindakan di kamar operasi selesai, pasien dipindahkan ke dalam kamar rawat khusus yang dilengkapi dengan alat pendingin kamar udara selama beberapa hari. Bila pasca bedah terjadi kondisi gawat segera pindahkan ke *Intensive Care Unit* (ICU) untuk perawatan bersama-sama dengan unit anastesi, karena di sini peralatan lebih lengkap. Setelah pulih barulah dipindahkan ke tempat pasien semula dirawat.

c. Pemberian cairan

Selama 24 jam pertama pasca operasi pasien dianjurkan untuk puasa, sehingga pemberian cairan perinfus harus mencukupi kebutuhan elektrolit yang diperlukan agar tidak terjadi dehidrasi.

d. Nyeri

Nyeri pasca operasi merupakan efek samping yang harus diderita oleh mereka yang pernah menjalani operasi, termasuk SC. Nyeri tersebut dapat disebabkan oleh perlekatan-perlekatan antar jaringan akibat operasi. Nyeri tersebut hampir tidak mungkin di hilangkan 100%, ibu akan mengalami nyeri atau gangguan terutama bila aktivitas berlebihan atau melakukan gerakan-gerakan kasar yang tiba-tiba. Sejak pasien sadar dalam 24 jam pertama rasa nyeri masih dirasakan didaerah operasi. Untuk mengurangi rasa nyeri tersebut dapat diberikan obat-obat anti nyeri seperti ketorolac dan penenang seperti suntikan intramuskuler

pethidin dengan dosis 100-150 mg atau morfin sebanyak 10-15 mg atau secara perinfus.

e. Mobilisasi

- 1) Level 1 : Melatih menarik nafas dan *coughing* dalam yang dapat dilakukan sambil terletang pada 6 jam setelah operasi, melakukan menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegakkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki, melakukan gerakan miring ke kiri dan kanan secara bergantian 6 jam pasca operasi, meninggikan posisi kepala dan badan dengan menggunakan bantal 10 jam pasca operasi.
- 2) Level 2 : Duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk di tepi tempat tidur 24 jam pasca operasi.
- 3) Level 3 : Berdiri di samping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan di samping tempat tidur setelah 48 jam pasca operasi.
- 4) Level 4 : Mampu berjalan sendiri ke kamar mandi setelah 72 jam pasca operasi.

B. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan keadaan perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap individu, baik dalam skala maupun tingkatannya, dan hanya penderita lah yang dapat mengungkapkan rasa nyeri yang dialaminya. *International Association for Study of Pain (IASP)*, mengartikan nyeri sebagai sebuah sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan saat momen dimana terjadi kerusakan (Widaningsih., Ernalinda, 2019).

2. Fisiologi Nyeri

Seseorang dapat merasakan nyeri melalui beberapa tahapan. Ujung saraf (reseptor) di tempat terjadinya kerusakan jaringan menuju lintasan serabut

aferen saraf spinal, ganglion spinalis pada radik posterior medulla spinalis, kemudian dihantarkan dengan jaras/traktus asenden hingga ke pusat nyeri ke susunan saraf pusat (Rejeki et al., 2020).

3. Macam Nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang berlangsung secara singkat misal: Nyeri yang diakibatkan oleh pembedahan abdomen, rasa nyeri ini tidak melebihi enam bulan. Serangan mendadak dari sebab yang sudah diketahui dan daerah yang nyeri biasanya dapat diketahui. Nyeri akut biasanya ditandai dengan peningkatan tegangan otot, cemas yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

b. Nyeri kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak, atau nyeri itu tidak bisa disembuhkan, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga sukar bagi penderita untuk menunjukkan lokasinya.

4. Patofisiologi Nyeri *Post SC*

Pembedahan SC menyebabkan kerusakan jaringan dan sel yang mengakibatkan terlepasnya substansi-substansi yang menimbulkan nyeri seperti *bradikinin*, asam laktat dan *prostaglandin*. Substansi-substansi ini menyebabkan *impuls nociceptive* dan menurunkan ambang nyeri sehingga menyebabkan pekanya reseptor nyeri. Pembedahan juga menyebabkan terputusnya jaringan saraf sehingga menciptakan daerah-daerah yang hipersensitif terhadap tekanan dan *norepinefrin*, terutama bagian proksimal dari daerah yang terluka. Nyeri pasca operasi akan semakin dirasakan pasien ketika efek dari agen anastesi mulai berkurang efeknya.

Nyeri dapat memperlambat pemulihan secara signifikan. Pasien menjadi ragu-ragu untuk melakukan batuk, nafas dalam, mengganti posisi, ambulasi atau melakukan latihan yang diperlukan. Bila pasien dapat mengontrol

nyeri yang dialaminya, maka masalah yang timbul *post* SC lebih sedikit. Bila obat analgetik tidak dapat menghilangkan nyeri, maka perlu dipertimbangkan metode nonfarmakologi untuk mengatasi nyeri seperti mobilisasi dini, *guided imagery*, distraksi atau relaksasi termasuk masase (Nasution, 2021).

Nyeri yang muncul *post* SC menyebabkan kesulitan dan kelambatan pemulihan ibu, sehingga mengakibatkan terhambatnya kontak ibu dengan bayi yang baru lahir, juga menjadi hambatan bagi posisi menyusui yang baik, perawatan diri, perawatan bayi baru lahir, dan untuk melakukan kegiatan sehari-hari, seperti duduk dan berdiri, berjalan, melakukan kegiatan kebersihan diri. Nyeri *post* SC tergolong dalam nyeri inflamasi yang bersifat akut, dan biasanya intensitasnya berat, yang dialami hingga 75% subjek. Faktor-faktor yang dapat memodulasi impuls nyeri antara lain: faktor perilaku, faktor kognitif, faktor psikologik (ansietas), faktor fisiologik (misalnya hormon seksual).

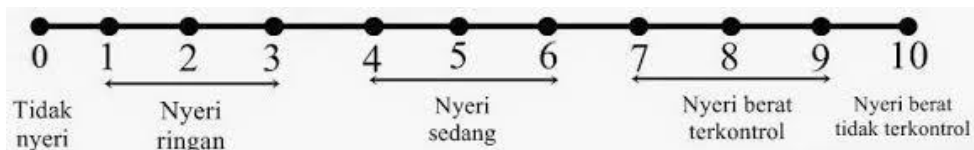
Menurut penelitian yang dilakukan oleh Antameng et al (2020) mobilisasi penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga dapat melakukan kembali aktivitas sehari-hari secara normal. Keterlambatan mobilisasi ini akan menjadikan kondisi ibu semakin memburuk dan menjadikan pemulihan *post* SC menjadi terlambat. Penelitian ini juga sejalan dengan Sella (2020) tentang pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka *post* SC, penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh antara mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka *post* SC.

5. Mengkaji Intensitas Nyeri

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah skala nyeri itu sendiri. Pasien mendeskripsi nyeri sebagai nyeri ringan, sedang atau berat, tetapi tentu masing-masing individu akan mempunyai penilaian yang berbeda. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran yang lebih objektif. Skala yang

dipakai peneliti digunakan untuk mengukur skala nyeri yaitu *Numeric Rating Scale (NRS)*.

NRS digunakan untuk menilai intensitas atau keparahan nyeri dan memberikan kebebasan penuh pada klien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. NRS lebih digunakan sebagai pengganti alat 30 pendeskripsi kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10.



Gambar 2. 1

Numeric Rating Scale (NRS)

Keterangan:

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan, klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 : Nyeri sedang, klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan komunikasi dengan baik
- 7-9 : Nyeri berat, klien terkadang dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendiskripsikan, tidak dapat di atasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

6. Penatalaksanaan nyeri

a. Farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/obat Anti Inflamasi Nonsteroid (AINS), obat-obat adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang

teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada klien yang mengalami gangguan pernapasan.

Non opiat (analgesik non-narkotik) termasuk obat AINS seperti aspirin dan ibuprofen. Nonopiat mengurangi nyeri dengan cara bekerja di ujung saraf perifer pada daerah luka dan menurunkan tingkat mediator inflamasi yang dihasilkan di daerah luka. Analgesik adjuvans adalah obat yang dikembangkan untuk tujuan selain penghilang nyeri tetapi obat ini dapat mengurangi nyeri kronis tipe tertentu selain melakukan kerja primernya. Sedatif ringan atau obat penenang, sebagai contoh, dapat membantu mengurangi spasme otot yang menyakitkan, kecemasan, stres, dan ketegangan sehingga klien dapat tidur nyenyak. Antidepresan digunakan untuk mengatasi depresi dan gangguan alam perasaan yang mendasarinya, tetapi dapat juga menguatkan strategi nyeri lainnya (Rejeki et al., 2020).

b. Non farmakologi (mobilisasi dini)

Mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu *post* SC karena mempengaruhi proses penyembuhan luka. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, maka resiko perdarahan abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka. Selain itu tindakan mobilisasi dini diharapkan ibu nifas dapat menjadi lebih sehat dan lebih kuat, selain juga dapat melancarkan pengeluaran lokhea, membantu proses penyembuhan luka akibat proses persalinan, mempercepat involusi alat kandungan, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan serta meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi Air Susu Ibu (ASI) dan pengeluaran sisa metabolisme (Solekhudin et al., 2022).

C. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

Nyeri yang dirasakan ibu *post* SC akan menimbulkan reaksi baik pada fisik maupun psikologi seperti gangguan mobilisasi, malas beraktifitas, sulit tidur, nafsu makan menurun, serta keinginan merawat bayi ikut menurun, sehingga diperlukan penanganan nyeri agar ibu dapat beradaptasi dengan baik (Laila et al., 2021).

Post Partum merupakan periode waktu atau masa dimana organ-organ reproduksi kembali kepada keadaan tidak hamil atau kontraksi uterus yang membutuhkan waktu sekitar 6-8 minggu. *Post partum* dibagi menjadi 3 periode yaitu: puerpureum dini, intermedial puerpureum, dan remote puerpureum. Pada ibu *post partum* mengalami perubahan-perubahan baik secara fisiologis maupun psikologis.

Perubahan yang terjadi pada adaptasi fisiologis, ibu mengalami perubahan sistem reproduksi dimana ibu mengalami proses involusio uteri, laktasi dan perubahan hormonal. sedangkan perubahan pada adaptasi psikologis adanya rasa ketakutan dan kekhawatiran pada ibu yang baru melahirkan, dan hal ini akan berdampak kepada ibu yang berada dalam masa nifas menjadi sensitif terhadap faktor-faktor yang mana dalam keadaan normal mampu diatasinya.

Perubahan yang mendadak pada ibu *post partum* penyebab utamanya adalah kekecewaan emosional, rasa sakit pada masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut tidak menarik lagi bagi suaminya, terutama emosi selama minggu pertama menjadi labil dan perubahan suasana hatinya dalam 3 - 4 hari pertama, masa ini sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh begitu banyak faktor, maka penekanan utama adalah pendekatan keperawatan dengan memberikan bantuan, simpati dan dorongan semangat (Kirana, 2020).

D. Konsep Mobilitas Fisik *Post SC*

1. Definisi

Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh). Mobilisasi adalah kebijaksanaan untuk membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan (Sari, 2022).

Mobilitas fisik *post SC* merupakan aktivitas yang dilakukan pasien pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan berjalan keluar kamar (Moonti et al., 2023).

2. Tujuan Mobilitas Fisik *Post SC*

Tujuan mobilitas fisik *post SC* adalah menurunkan kejadian komplikasi thrombosis vena, emboli paru, pneumonia, dan retensi urin serta meningkatkan kepuasan pasien, dan mengurangi *Long Of Stay* (LOS) lama hari rawat pasien (Sumberjaya & Mertha, 2020).

3. Manfaat Mobilitas Fisik *Post SC*

Banyak sekali manfaat dalam melakukan mobilitas fisik *post SC*, diantaranya pada sistem kardiovaskuler, dapat meningkatkan curah jantung, menguatkan otot jantung, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan fungsi kerja fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal yang akan mempercepat proses penyembuhan luka sehingga resiko terjadinya infeksi tidak terjadi, selain itu melatih otot-otot dan sendi pasca operasi untuk mencegah kekakuan.

Pada sistem pencernaan dapat meningkatkan mobilitas lambung dan memperbaiki otot abdomen (Jaya et al., 2023).

4. Resiko Bila tidak Melakukan Mobilitas Fisik *Post SC*

- a. Peningkatan suhu tubuh, karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.
- b. Perdarahan yang abnormal, dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka.
- c. Involusi uterus yang tidak baik, tidak dilakukan mobilisasi secara dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus.
- d. Menambah lama perawatan di rumah sakit (Sella, 2020).

5. Tahap-Tahap Mobilitas Fisik *Post SC*

a. Pada 6 jam pertama

Ibu *post SC* istirahat tirah baring, mobilitas fisik yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegakkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.

b. Pada 6 -10 jam

Ibu diharuskan untuk dapat miring kiri dan kanan agar mencegah trombosis dan trombo emboli. Makan dan minum dibantu, mengangkat tangan, mengangkat kaki, menekuk lutut, menggeser badan.

c. Setelah 24 jam

Ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar duduk. Dapat mengangkat tangan setinggi mungkin, balik ke kiri dan ke kanan tanpa bantuan, latihan pernafasan serta makan dan minum tanpa dibantu. Setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan dengan bantuan. Pada hari

kedua pasca operasi, pasien dianjurkan untuk belajar berjalan sendiri (Lara, 2022).

E. Konsep Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

- 1) Identitas: meliputi nama, usia, agama, alamat, suku bangsa, pendidikan, dan pekerjaan.
- 2) Keluhan utama: pasien *post SC* biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi, badan lemah, tidak berani bergerak, dan rasa haus yang berlebihan.
- 3) Riwayat penyakit sekarang: pada riwayat penyakit sekarang yang dikaji meliputi jam selesai operasi dan yang berhubungan dengan yang dikeluhkan pasien setelah operasi, apabila nyeri, kaji PQRST nyeri.
 - P : (*paliatif/profokatif*) yang merupakan penyebab timbul nyeri
 - Q : (*quality* dan *quantity*) merupakan kualitas dan kuantitas nyeri
 - R : (*region*) merupakan lokasi nyeri
 - S : (*severity*) merupakan menentukan tingkat keparahan/skala nyeri
 - T : (*time*) merupakan waktu/durasi saat nyeri muncul
- 4) Riwayat penyakit terdahulu: Apakah pasien pernah mengalami operasi/tindakan pembedahan sebelumnya.
- 5) Pola aktivitas: pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.
- 6) Pola nutrisi: klien setelah selesai oprasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minuman secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberi makan, minum seperti biasanya, bahkan dianjurkan banyak minum.

- 7) Pola istirahat dan tidur: pada klien dengan *post SC* mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak nyaman pada uretra akibat terpasangnya *dower cateter*.
- 8) Pola eliminasi: meliputi beberapa kali BAB, konstipasi, warna, bau, dan klien dengan *post SC*, untuk BAK melalui *dower cateter* yang sebelumnya telah terpasang.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan SDKI (2017) diagnosa yang berkaitan pada pasien dengan *post SC* adalah sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan, efek agen farmakologis (anestesi) (D.0001).
- b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik; luka *post SC* (D.0007).
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri luka *post SC* (D.0054).
- d. Resiko defisit nutrisi b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *post partum* (D.0032).
- e. Menyusui tidak efektif b.d kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (D.0029).
- f. Gangguan pola tidur b.d nyeri, kelemahan (D.0055).
- g. Resiko perdarahan (D.0012).

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan/intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien *post SC* dengan gangguan mobilitas fisik yaitu menurut Khimayasari & Mualifah (2023) dapat dilakukan mobilisasi dini selama 3 hari yaitu hari ke-0, hari ke-1, dan hari ke-2. Selama 4 kali implementasi yaitu pada 6 jam, 10 jam, 24 jam dan 48 jam *post SC*. Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap yaitu mulai dari 6 jam *post SC* dilakukan latihan tarik nafas dalam kemudian gerak ekstermitas abduksi dan adduksi, 10 jam *post SC* dilakukan latihan gerak miring kanan kiri, 24 jam *post SC* diajarkan latihan posisi setengah duduk sampai bisa duduk secara mandiri, 48 jam

post SC diajarkan duduk disamping bed lalu kaki diayun-ayunkan jika tidak merasa pusing bisa langsung latihan berjalan disamping tempat tidur dengan dibantu perawat atau keluarga pasien, kemudian dievaluasi setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini.

Menurut Antameng et al., (2020), bagi ibu *post* SC sangat penting untuk segera melakukan pergerakan atau melakukan mobilisasi dini, karena dengan mobilisasi dini dapat mempercepat proses penyembuhan luka operasi. Salah satu perawatan pada *post* SC merupakan mobilisasi dini. Persalinan dengan SC diharuskan melakukan mobilisasi dini sebab bisa melancarkan pengeluaran *lochea*, menolong proses pengobatan luka, mempercepat involusi perlekapan isi, melancarkan perlekapan perkemihan, tingkatkan peredaran darah, mempercepat keluarnya ASI, serta pengeluaran sisa metabolisme (Restipa et al., 2023).

Tabel 2. 1 Rencana Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik menurut SDKI, SLKI, dan SIKI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri luka <i>post</i> SC (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gerakan terbatas menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi: - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal

		duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah kegiatan dalam proses asuhan keperawatan dimana pada tahap tindakan atau pelaksanaan dari apa yang sudah direncanakan sesuai dengan intervensi keperawatan. Dalam melakukan pelaksanaan, dibutuhkan keterampilan dan kemampuan yang mumpuni, serta profesionalitas yang baik agar mencapai tujuan tindakan dan mendapatkan hasil yang sesuai atau diharapkan untuk klien.

5. Evaluasi Keperawatan

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Menurut Setiadi dalam Mahendra (2021), evaluasi terbagi menjadi 2 jenis sebagai berikut:

- a. Evaluasi formatif, diartikan sebagai evaluasi yang harus dilakukan segera setelah adanya sebuah perencanaan (intervensi) keperawatan yang telah diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi formatif seharusnya dilaksanakan terus menerus hingga mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.
- b. Evaluasi sumatif, yaitu evaluasi yang dilakukan pada akhir dari asuhan keperawatan yang merupakan hasil observasi dan analisa selama dilakukan asuhan. Evaluasi ini terdapat di bagian catatan perkembangan pasien. Evaluasi ini biasanya menggunakan format SOAP atau dapat dijabarkan sebagai berikut.
 - 1) S: *subjective*, merupakan pernyataan dan keluhan yang dirasakan pasien.
 - 2) O: *objective*, merupakan data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.
 - 3) A: *analys*, merupakan kesimpulan dari hasil *subjective* dan *obective*.
 - 4) P: *planning*, merupakan rencana untuk tindakan yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan *analys*.