

## Asuhan Keperawatan Pada Pasien Nyeri Post *Sectio Caesarea* Menggunakan Teknik Mobilisasi Dini di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata

Dhea Oktaviani <sup>1</sup>, Ema Wahyu <sup>2</sup>, Ikit Netra Wirakhmi <sup>3</sup>, Mariah Ulfah <sup>4</sup>  
<sup>1,2,3,4</sup> Universitas Harapan Bangsa  
Email Korespondensi: [dheaaoktaa@gmail.com](mailto:dheaaoktaa@gmail.com) <sup>1</sup>

### Abstrak

*Sectio Caesarea* (SC) adalah tindakan pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Tindakan *sectio caesarea* (SC) dapat diindikasikan oleh faktor janin dan faktor ibu. Jumlah persalinan *sectio caesarea* (SC) di Indonesia mencapai sekitar 30- 80% dari total persalinan. Nyeri pasca operasi *sectio caesarea* sering dialami oleh pasien karena adanya luka bedah pada jaringan perut dan rahim. Salah satu cara untuk mengurangi nyeri ini adalah dengan mobilisasi dini, yaitu menggerakkan tubuh, seperti duduk atau berjalan perlahan, sesegera mungkin setelah operasi. Penelitian ini menggunakan studi kasus dalam bentuk deskriptif. Diagnosis keperawatan yang ditetapkan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak pasca operasi, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik, Risiko infeksi berhubungan dengan pembedahan. Implementasi meliputi: observasi toleransi pasien terhadap aktivitas, memonitor tekanan darah, denyut nadi, dan kondisi umum selama mobilisasi, melatih pasien teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, melibatkan keluarga, edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi dini, serta pemberian kolaborasi analgesik sesuai jadwal. Evaluasi setelah 3x24 jam menunjukkan mobilitas pasien mulai meningkat, pasien mampu duduk di tepi tempat tidur dan berdiri dengan bantuan, nyeri menurun menjadi skala 3–4, namun pasien masih membutuhkan bantuan untuk berjalan jarak lebih jauh dan latihan mobilisasi lanjutan tetap diperlukan.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Nyeri Post *Sectio Caesarea*, Teknik Mobilisasi Dini

### 1. PENDAHULUAN

Persalinan didefinisikan sebagai proses keluarnya janin dari rahim ketika usia kehamilan sudah cukup. Persalinan terjadi secara spontan dengan kepala sebagai presentasi dan diikuti oleh keluarnya plasenta serta selaput lainnya. Proses ini biasanya berlangsung selama 18 jam jika tanpa masalah atau komplikasi. Persalinan memiliki dua metode, yaitu normal (secara langsung melalui vagina) atau melalui prosedur operasi *sectio caesarea*. (Siagian, 2023)

*Sectio Caesarea* (SC) adalah tindakan pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Tindakan *sectio caesarea* (SC) dapat diindikasikan oleh faktor janin dan faktor ibu. Faktor janin antara lain gawat janin (status janin tidak meyakinkan), *prolaps* tali pusat, gagal melahirkan pervaginaan, *malpresentation*, makrosomia (BB bayi berlebih), trombositopenia, anomali kongenital (cacat lahir), dan trauma kelahiran neonatal sebelumnya. Faktor ibu seperti mempunyai riwayat SC, permintaan ibu, deformitas panggul/di proporsi sefalopelvis, riwayat trauma perineum, infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), penyakit jantung paru, aneurisme serebral/malformasi arteriovenosa, sesar perimortem, dan patologi yang membutuhkan pembedahan intra abdominal secara bersamaan (Wahyuningsih, 2019.).

Jumlah persalinan *sectio caesarea* (SC) di Indonesia mencapai sekitar 30- 80% dari total persalinan. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 angka kejadian persalinan SC di Indonesia adalah sebesar 17,6% tertinggi di wilayah DKI Jakarta Sebesar 31,3% dan terendah di Papua Sebesar 6,7% (Kemenkes, 2019).

Masalah keperawatan yang kemungkinan muncul pada ibu pasca SC merubah adanya nyeri post SC adalah dengan mobilitas dini. Nyeri pasca operasi *sectio caesarea* sering dialami oleh pasien karena adanya luka bedah pada jaringan perut dan rahim. Salah satu cara untuk mengurangi nyeri ini adalah dengan mobilisasi dini, yaitu menggerakkan tubuh, seperti duduk atau berjalan perlahan, sesegera mungkin setelah operasi. Mobilisasi dini dapat membantu memperlancar sirkulasi darah, mencegah pembentukan bekuan darah, serta mempercepat proses pemulihan. (Nugroho, 2018)

Mobilisasi dini setelah operasi *sectio caesarea* bisa menyebabkan nyeri karena tubuh masih dalam proses penyembuhan. Kala nyeri digunakan untuk mengukur tingkat nyeri yang dirasakan pasien secara subjektif, sehingga membantu tenaga kesehatan dalam menilai dan menangani nyeri dengan tepat. Salah satu metode yang sering digunakan adalah Numerical Rating Scale (NRS), di mana pasien diminta menilai nyeri mereka pada skala 0 hingga 10, dengan 0 berarti tidak ada nyeri dan 10 berarti nyeri teramat sangat. Luka bedah dan jaringan di sekitarnya belum sepenuhnya pulih, sehingga gerakan bisa meregangkan atau memberi tekanan pada area tersebut. Namun, meskipun terasa nyeri, mobilisasi dini tetap penting untuk mencegah komplikasi seperti pembekuan darah, membantu mempercepat pemulihan, dan mengurangi risiko nyeri jangka panjang. (Handayani, 2019)

Sebagai contoh, sebuah studi oleh (Ismawati, 2020) menunjukkan bahwa mobilisasi dini berkontribusi terhadap percepatan proses penyembuhan luka dan penurunan tingkat nyeri pada ibu post SC, sehingga ibu lebih mampu aktif merawat bayinya dan meningkatkan keberhasilan menyusui. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa mobilisasi dini mampu meningkatkan kualitas interaksi ibu dan bayi yang menjadi salah satu faktor keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Penekanan pada pentingnya edukasi dan pendampingan mobilisasi dini pasca operasi caesar sangat diperlukan untuk mendorong ibu lebih aktif dan mendukung keberlanjutan pemberian ASI eksklusif.

Mobilisasi dini merupakan langkah penting dalam mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi pasca-*sectio caesarea*. Mobilisasi membantu ibu nifas menjadi lebih sehat dan kuat, melancarkan pengeluaran, mempercepat penyembuhan luka, serta mendorong kontraksi uterus yang baik untuk mencegah perdarahan abnormal (Ayuningtyas, 2018). Jika tidak dilakukan, mobilisasi dapat menyebabkan gangguan metabolisme, ketidakseimbangan elektrolit, konstipasi, dan penurunan fungsi gastrointestinal (Wahyuningsih, 2023).

Mobilisasi sebaiknya dimulai enam jam pasca operasi dengan menggerakkan tangan, kaki, dan tubuh secara perlahan. Setelah 8–12 jam, ibu dapat duduk, lalu belajar berjalan perlahan dengan bantuan. Mobilisasi dini juga mengurangi risiko bekuan darah, meningkatkan fungsi paru-paru, dan mempercepat pemulihan fisiologis secara keseluruhan (Yenny Armayanti, 2024). Intervensi berbasis bukti, seperti yang ditemukan oleh Murliana dan Tahun (2022), membuktikan bahwa mobilisasi dini pada pasien pasca operasi *Sectio Caesarea* (SC) efektif dalam menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan sirkulasi darah, dan mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam (DVT) dan ileus. Selain itu, mobilisasi dini juga mempercepat penyembuhan luka serta memulihkan fungsi fisiologis lebih cepat. Penelitian lain oleh Handayani (2015) mengungkapkan bahwa mobilisasi dini secara signifikan dapat mengurangi risiko infeksi luka operasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mempercepat masa rawat inap di rumah sakit.

Manfaat mobilisasi dini pada ibu pasca operasi *Sectio Caesarea* mencakup penurunan intensitas nyeri, peningkatan sirkulasi darah, dan pencegahan komplikasi seperti trombosis vena dalam (DVT) serta ileus. Selain itu, mobilisasi dini membantu mempercepat penyembuhan luka dan pemulihan fungsi fisiologis tubuh secara keseluruhan. Penelitian oleh Murliana dan Tahun (2022) serta Handayani (2015) menunjukkan bahwa ibu yang melakukan mobilisasi dini memiliki risiko komplikasi lebih rendah dan waktu pemulihan yang lebih cepat dibandingkan mereka yang tidak melakukannya.

Perawat berperan penting dalam mendukung pemulihan pasien pasca- *sectio caesarea* melalui penerapan mobilisasi dini. Tugas perawat meliputi memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang manfaat mobilisasi dini, seperti mengurangi nyeri, mempercepat penyembuhan luka, dan mencegah komplikasi seperti DVT dan ileus. Selain itu, perawat melakukan penilaian nyeri secara berkala, membantu pasien melakukan mobilisasi awal, mengelola nyeri dengan analgesik, serta memantau tanda-tanda komplikasi. Dukungan fisik dan psikologis dari perawat juga berkontribusi pada pelaksanaan mobilisasi yang aman dan efektif, sehingga mempercepat proses pemulihan pasien. (Syifa Indriani, 2023)

Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk menganalisis lebih jauh tentang permasalahan yang terjadi terkait dengan pelaksanaan mobilisasi pada ibu post *Sectio Caesarea* dengan nyeri menggunakan teknik mobilisasi dini karena relevansi dan kegentingannya di dunia nyata dalam karir dan profesi keperawatan, karena berdasarkan data di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata, jumlah prosedur *sectio caesarea* yang dilakukan selama periode tahun 2023 tercatat mencapai 428 kasus dan jumlah prosedur *sectio caesarea* yang dilakukan selama periode 2024 tercatat 455 kasus, menunjukkan prevalensi yang signifikan dalam penanganan persalinan melalui metode bedah. Berdasarkan data dari RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata, selama periode tahun 2023 hingga 2024 tercatat sebanyak 883 kasus pasien pasca operasi *sectio caesarea* yang mengalami nyeri dan menjalani intervensi menggunakan teknik mobilisasi dini sebagai bagian dari penatalaksanaan keperawatan. Pada tahun 2024 menurut data dari RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Angka Kematian Ibu mencapai 3 kasus antara lain adalah atonia uteri dan perdarahan post partum.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti mengangkat “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Nyeri Post *Sectio Caesarea* Menggunakan Teknik Mobilisasi Dini di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh penatalaksanaan pasien nyeri post *sectio caesarea* menggunakan teknik mobilisasi dini di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata

## **2. METODE STUDI KASUS**

Penelitian ini menggunakan studi kasus (Rusli,2021) dalam bentuk deskriptif untuk menggambarkan asuhan keperawatan kepada pasien post *section caesarea* dengan nyeri menggunakan teknik mobilisasi dini di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata. Waktu penelitian dimulai sejak pelaksanaan pra-survei pada tanggal 2 Desember 2024 sebagai tahap awal untuk memperoleh gambaran umum lapangan. Selanjutnya, peneliti memperoleh izin resmi dari pihak rumah sakit pada tanggal 27 Agustus 2025. Setelah mendapatkan izin, penelitian dilaksanakan mulai tanggal 30 Agustus 2025 hingga 01 September 2025 yang mencakup tahap pengumpulan data sekaligus penyusunan karya ilmiah. Pengambilan data dilakukan sejak hari pertama pasien post-*sectio caesarea* menjalani mobilisasi dini hingga hari ketiga, mencakup observasi harian pada setiap tahap (pengkajian, intervensi, dan evaluasi) dari tanggal 20 Agustus 2025 – 01 September 2025

### **3. HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **HASIL LAPORAN KASUS**

##### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada Ny. N, seorang ibu rumah tangga berusia 25 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SMP, dengan status perkawinan sudah menikah, tinggal bersama suami dan keluarga. Pasien dirawat dengan indikasi medis post operasi sectio caesarea anak ketiga, menggunakan teknik spinal anestesi. Pasien mengeluh nyeri pada luka insisi terutama saat bergerak, batuk, atau saat beraktivitas, dengan skala nyeri 8/10 menurut Numeric Rating Scale (NRS) pada hari pertama perawatan.

##### 1) Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. N, berusia 25 tahun, seorang perempuan beragama Islam dengan pendidikan terakhir SMP. Saat ini pasien bekerja sebagai seorang ibu rumah tangga dan tinggal di Selakambang RT 5 RW 5. Pasien telah menikah dan datang ke rumah sakit untuk mendapatkan asuhan keperawatan pasca persalinan.

##### 2) Riwayat Kesehatan

###### a) Keluhan utama

Pasien datang dengan keluhan utama nyeri pada luka operasi, terutama dirasakan saat bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari.

###### b) Riwayat penyakit sekarang

Pasien berada pada hari pertama pasca operasi SC. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk atau tertarik, semakin meningkat saat bergerak, duduk, atau berjalan. Aktivitas sehari-hari pasien menjadi terbatas, sehingga lebih banyak beristirahat di tempat tidur.

###### c) Riwayat penyakit dahulu

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis sebelumnya, seperti hipertensi, diabetes mellitus, atau penyakit jantung.

###### d) Riwayat penyakit keluarga

Tidak terdapat riwayat penyakit kronis pada anggota keluarga, sehingga risiko herediter untuk kondisi seperti hipertensi, diabetes, atau penyakit jantung dianggap rendah.

##### 3) Riwayat Obstetri

Pasien Ny. N pertama kali mengalami menarche pada usia 15 tahun, dengan siklus menstruasi yang teratur setiap 28–30 hari. Lama perdarahan biasanya sekitar 5 hari dengan estimasi volume  $\pm 30$  ml per siklus. Pasien tidak melaporkan adanya keluhan dismenore berat, perdarahan tidak teratur, maupun gejala abnormal lainnya selama masa reproduksi.

Dalam riwayat persalinan sebelumnya, pasien telah mengalami tiga kali persalinan. Persalinan pertama dan kedua berlangsung secara normal, dengan kelahiran bayi hidup yang tidak mengalami komplikasi. Persalinan ketiga dilakukan melalui sectio caesarea, juga dengan hasil bayi lahir hidup dan kondisi ibu stabil pasca operasi. Semua persalinan sebelumnya dilaporkan lancar, dan pasien tidak mengalami perdarahan pasca persalinan yang signifikan maupun komplikasi lain yang membutuhkan tindakan medis lanjutan.

Pada persalinan saat ini, pasien menjalani sectio caesarea elektif dengan indikasi medis tertentu yang sesuai dengan penilaian obstetri. Bayi lahir hidup dengan berat badan 3 kg dan panjang badan 47 cm, dengan kondisi APGAR yang baik pada menit pertama dan kelima. Prosedur operasi berjalan lancar, tanpa komplikasi intraoperatif maupun perdarahan berlebihan. Kondisi ibu pasca operasi relatif stabil, dengan tanda vital dalam batas normal dan luka insisi tampak bersih. Aktivitas awal pasien dibatasi sesuai protokol post SC, namun dukungan keperawatan diberikan untuk mobilisasi dini secara bertahap, perawatan luka

aseptik, dan manajemen nyeri.

#### 4) Riwayat Keluarga Berencana

Pasien Ny. N mengikuti program keluarga berencana sejak persalinan anak ketiganya. Pada saat persalinan SC anak ketiga, pasien dipasang Intrauterine Device (IUD) secara langsung oleh tenaga kesehatan profesional di rumah sakit. Menurut pasien, pemasangan IUD dilakukan segera setelah proses persalinan selesai, dengan tujuan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Selama pemasangan, pasien mengaku merasakan nyeri ringan atau ketidaknyamanan di daerah perut bagian bawah, yang merupakan efek sementara dan normal setelah prosedur. Pasien tidak melaporkan adanya perdarahan berlebih, pusing, atau gejala lain yang mengganggu aktivitasnya. Kondisi ini menunjukkan bahwa pasien menerima prosedur KB dengan aman dan sesuai standar pelayanan kesehatan.

#### 5) Pemeriksaan Fisik

Pasien Ny. N dalam keadaan umum baik, compos mentis, sadar penuh, dan kooperatif selama pengkajian dilakukan. Secara vital, tekanan darah pasien tercatat 106/75 mmHg, nadi 89 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuh 36,1 °C, menunjukkan kondisi hemodinamik stabil dan tanpa tanda-tanda demam atau infeksi sistemik.

Pemeriksaan abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri (TFU) 30 cm, kontraksi uterus baik, dan luka insisi SC kering tanpa tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya nanah. Lokhea rubra terlihat normal, dengan jumlah dan bau sesuai fase pasca persalinan. Pasien melaporkan adanya nyeri ringan hingga sedang di area insisi, sehingga aktivitas mobilisasi masih terbatas, terutama saat mencoba duduk atau mengubah posisi.

Pada pemeriksaan mammae, payudara tampak membesar dengan areola mengalami hiperpigmentasi, sesuai adaptasi fisiologis menyusui. ASI mulai keluar, menandakan produksi lactasi berjalan normal, dan pasien menunjukkan kesiapan untuk menyusui bayi.

Pemeriksaan ekstremitas menunjukkan kaki dan tangan simetris, tidak ada edema, serta gerakan sendi normal. Meskipun demikian, pasien mengalami kesulitan bergerak karena nyeri insisi, sehingga memerlukan bantuan mobilisasi dini dari tenaga kesehatan atau anggota keluarga sesuai rencana asuhan.

Secara keseluruhan, kondisi post partum pasien stabil, dengan tanda vital normal, luka operasi yang baik, lokhea dan produksi ASI sesuai umur kehamilan, serta kesadaran penuh. Fokus utama asuhan keperawatan pada fase ini adalah manajemen nyeri, mobilisasi dini bertahap, dan monitoring tanda infeksi untuk mendukung pemulihan optimal pasca operasi SC.

#### 6) Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

Pasien Ny. N memperoleh asupan nutrisi teratur sebanyak tiga kali sehari, dengan nafsu makan yang baik. Tidak ditemukan riwayat alergi makanan atau intoleransi terhadap jenis makanan tertentu, sehingga asupan gizi diharapkan mencukupi untuk mendukung proses pemulihan pasca operasi. Pada aspek eliminasi, pasien melaporkan BAK empat kali sehari dengan warna urin kuning jernih, konsistensi normal, dan tidak disertai keluhan nyeri atau sensasi terbakar. Sedangkan BAB terjadi satu kali sehari dengan konsistensi lembek, sesuai pola normal pasca persalinan, tanpa adanya konstipasi atau diare yang signifikan.

Aktivitas harian pasien masih terbatas akibat nyeri insisi post SC. Pasien memerlukan bantuan tenaga kesehatan atau anggota keluarga saat duduk di tepi tempat tidur, berdiri, maupun berjalan jarak pendek. Hal ini menjadi fokus utama penerapan mobilisasi dini bertahap, agar pasien dapat kembali mandiri secara bertahap tanpa menimbulkan komplikasi akibat

imobilisasi.

Dalam hal istirahat dan tidur, pasien tidur sekitar enam jam per hari. Namun, tidur sering terganggu karena nyeri pasca operasi sehingga diperlukan manajemen nyeri yang efektif dan lingkungan yang mendukung istirahat agar kualitas tidur meningkat.

Personal hygiene pasien tetap terjaga dengan mandi dua kali sehari dan kebersihan diri serta luka operasi diperhatikan sesuai prosedur aseptik. Pasien mampu melakukan sebagian kegiatan kebersihan diri dengan bantuan minimal dari keluarga atau perawat, sehingga menjaga kenyamanan dan mencegah risiko infeksi.

Pada aspek psikososial, pasien memperoleh dukungan penuh dari keluarga. Pasien menyatakan siap menjalani peran sebagai ibu baru dan menunjukkan adaptasi emosional yang baik. Berdasarkan pengkajian fase penyesuaian psikologis post partum, pasien berada pada fase *letting go*, di mana pasien menerima peran baru sebagai ibu, menyesuaikan diri dengan rutinitas bayi, dan mampu melepaskan peran lama dengan lancar.

Secara keseluruhan, kondisi nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat, kebersihan, dan psikososial pasien mendukung pemulihan post SC, dengan catatan pengelolaan nyeri dan mobilisasi dini harus terus dilakukan untuk mempercepat adaptasi fisik dan psikologis pasien.

## 7) Pemeriksaan Penunjang

### a) Laboratorium

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hemoglobin (Hb)	11.8	11.5 – 16.5	g/dL	
Hematokrit (Ht)	36	35 – 47	%	
Leukosit	19.5 H	5.0 – 10.0	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	Tinggi
Trombosit	256	150 – 400	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	
Eritrosit	4.20	3.8 – 5.4	10 <sup>6</sup> /μL	
MCV	85	80 – 98	fL	
MCH	28	27 – 31	pg	
MCHC	33	30 – 36	g/dL	
RDW	13.5	11.5 – 14.5	%	
Neutrofil Segment	81.6 H	50 – 70	%	Tinggi
Limfosit	10.3 L	20 – 40	%	Rendah
Monosit	6.0	2 – 8	%	
Eosinofil	2.0	1 – 6	%	
Basofil	0.1	0 – 1	%	
Waktu Perdarahan (BT)	4.30	3 – 5	menit	
Waktu Pembekuan (CT)	4.00	3 – 5	menit	
Rasio N/L	2.8	≤ 2.5		Tinggi
HBA1C	4.93 L	4.20 – 6.50	%	Rendah
Gula Darah Sewaktu	64.6 L	70.0 – 150.0	/dL	Rendah
SGOT	41.6	≤ 31	U/L	Tinggi
SGPT	45.6	≤ 32	U/L	Tinggi
Hemoglobin (Hb)	11.8	11.5 – 16.5	g/dL	
Hematokrit (Ht)	36	35 – 47	%	
Leukosit	19.5 H	5.0 – 10.0	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	Tinggi
Albumin	3.4	3.0 – 5.2	g/dL	
HBsAg	-/Negatif			

Berdasarkan hasil laboratorium, ditemukan beberapa nilai yang tidak normal, yaitu leukosit meningkat ( $19.5 \times 10^3/\text{mm}^3$ ) yang mengindikasikan adanya proses infeksi atau inflamasi, limfosit menurun (10.3%) menunjukkan kemungkinan penurunan imunitas, gula darah sewaktu (64.6 mg/dL) dan HbA1c (4.93%) yang relatif rendah menandakan kontrol glukosa atau kondisi metabolik tertentu. Selain itu, terdapat peningkatan enzim hati SGOT (45.6 U/L) dan SGPT (51.2 U/L) yang menunjukkan adanya gangguan fungsi hati, serta kadar albumin menurun (3.4 g/dL) yang dapat mengarah pada malnutrisi atau gangguan sintesis hati.

- b) USG hasil :  
 Hasil: Neo Post OP Kesan: Neo caesar (post)  
 TBJ :  $\pm 2800$  gr

8) Terapi yang diberikan

Tabel 2. Terapi yang Diberikan Kepada Pasien

Nama Obat	Sediaan	Dosis	Indikasi	Tujuan dan keterangan
(Ringer Laktat)	Infus	20 mL/Kg/hari	Terapi pengganti cairan post operatif	Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit pasca sc
Keterolac	Injeksi	30 mg	Analgesik non opioid	Mengurangi nyeri sedang berat pasca operasi
Oksitosin	Infus	10-20 IU dalam 500 mL RL	Kontraksi uterus post SC	Mempercepat involusi uterus dan mencegah perdarahan
Ondansentron	Injeksi	4mg setiap 8 jam	Anti mual	Mengurangi mual pasca anestesi / analgesik

Pada tindakan sectio caesarea umumnya digunakan dua jenis anestesi, yaitu:

- 1) Regional Anestesi (RA) merupakan jenis anestesi yang bekerja dengan cara memblokir transmisi impuls saraf pada area tubuh tertentu, sehingga pasien tetap dalam kondisi sadar tetapi tidak merasakan nyeri pada daerah pembedahan. RA memiliki beberapa keunggulan, di antaranya adalah risiko komplikasi yang lebih rendah dibandingkan dengan GA, pemulihan yang lebih cepat, serta lebih aman untuk ibu dan bayi karena paparan obat anestesi sistemik lebih minimal. Selain itu, penggunaan RA memungkinkan dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) karena ibu tetap sadar, sehingga proses bonding antara ibu dan bayi dapat segera terjadi setelah persalinan. RA sendiri memiliki beberapa teknik, salah satunya adalah epidural, yang sering dipilih karena efek analgesinya dapat dipertahankan lebih lama dengan pemberian obat secara kontinu melalui kateter epidural.
- 2) General Anestesi (GA/RG) bekerja dengan menidurkan pasien secara menyeluruh, baik dengan obat intravena maupun gas anestesi inhalasi, sehingga pasien tidak sadar selama prosedur pembedahan. GA biasanya digunakan pada kondisi emergensi, ketika pasien tidak memungkinkan dilakukan RA, atau saat terdapat komplikasi tertentu seperti perdarahan hebat, gangguan koagulasi, atau adanya kontraindikasi medis terhadap anestesi regional. Namun, GA memiliki kelemahan antara lain risiko depresi pernapasan, aspirasi, serta keterlambatan dalam memulai interaksi awal antara ibu dan bayi.

Dalam penelitian ini, jenis anestesi yang digunakan adalah Regional Anestesi (RA) dengan teknik epidural. Teknik epidural dipilih karena memberikan kontrol nyeri yang lebih optimal, baik selama maupun setelah operasi. Prosedur dilakukan dengan menyuntikkan obat anestesi lokal ke dalam ruang epidural pada tulang belakang, sehingga sensasi nyeri dari daerah bawah tubuh dapat diblokade tanpa mengganggu kesadaran pasien. Dengan cara ini, pasien tetap sadar, dapat segera melakukan kontak awal dengan bayinya, dan lebih siap untuk menjalani mobilisasi dini sebagai bagian dari proses pemulihan pasca operasi.

### B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data pasien post sectio caesarea, ditegakkan tiga diagnosis keperawatan prioritas yang menjadi fokus asuhan. Pertama, gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan program pembatasan gerak pasca operasi, ditandai dengan keterbatasan gerakan, kesulitan duduk dan berjalan, serta ketergantungan pada bantuan keluarga. Kedua, nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencidera fisik berupa insisi operasi, ditandai dengan ekspresi meringis, nyeri skala tinggi saat bergerak, dan gangguan aktivitas serta tidur. Ketiga, risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan adanya luka pembedahan, yang menuntut perawatan luka aseptik dan observasi tanda vital secara berkala untuk mencegah komplikasi infeksi.

### C. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan penetapan diagnosa keperawatan, maka intervensi yang dilakukan pada pasien post sectio caesarea meliputi tiga diagnosa utama, yaitu gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, serta risiko infeksi. Intervensi disusun mengacu pada standar SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) serta menyesuaikan kondisi pasien di lapangan.

Tabel 3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Program Pembatasan Gerak (D.0054)                      Gejala dan Data Mayor                      DS :                      Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.                      DO :                      1. Kekuatan otot menurun                      2. Rentang gerak (ROM) menurun.</p> <p>Gejala dan Data Minor                      DS :                      1. Nyeri saat bergerak                      2. Enggan melakukan pergerakan                      3. Merasa cemas saat bergerak.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat Mobilitas Fisik meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri menurun</li> <li>2. Kecemasan menurun</li> <li>3. Kaku sendi menurun</li> <li>4. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>5. Gerakan terbatas menurun</li> <li>6. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>SIKI: Dukungan Mobilisasi (L.0054)                      Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.</li> </ol>

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			8. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. 9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
2.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (D.0077)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh</li> </ol> <p>Nyeri DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit tidur</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Mayor DS : -</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola nafas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Prosesberpikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7. Diaforesis</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p>SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon 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> </ol> <p>Monitor</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan Analgesik Terapeutik</li> <li>10. Berikan Teknik non Farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music,</li> <li>11. Biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing,</li> <li>12. Kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>13. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ol> <p>(mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>15. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>17. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>18. Anjurkan memonitor nyeri secara</li> </ol>

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			mandiri 19. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 20. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri  Kolaborasi 21. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
	4. Luka operasi menunjukkan tanda-tanda infeksi (merah, bengkak, nyeri, hangat, dan adanya nanah)		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi  Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

#### **D. Implementasi Keperawatan**

##### **Hari Pertama ( 30 Agustus 2025, 08.00 WIB)**

Pada pagi hari dilakukan pengkajian nyeri dengan skala Numeric Rating Scale (NRS), pasien melaporkan nyeri perut intensitas 8/10 yang tergolong berat. Pasien tampak meringis saat bergerak, dengan tanda vital dalam batas normal (TD 124/78 mmHg, nadi 86 x/menit, suhu 36,3°C). Nyeri bersifat tumpul seperti tertarik, terlokalisir di area insisi SC, dan terutama muncul saat bergerak. Setelah pemberian analgetik sesuai instruksi dokter, nyeri berkurang secara signifikan.

##### **( 30 Agustus 2025, 12.00 WIB)**

Setelah 6 jam pertama pasca operasi SC, pasien dibantu melakukan teknik distraksi melalui relaksasi pernapasan dalam serta latihan gerakan adduksi dan abduksi pada tangan dan kaki. Sebelum tindakan, skala nyeri pasien berada pada 8/10 (nyeri berat). Selama latihan, pasien melaporkan adanya sedikit nyeri atau ketegangan, namun masih dapat ditoleransi. Secara objektif, pasien mampu melakukan gerakan sesuai instruksi. Setelah intervensi, skala nyeri pasien menurun menjadi 7/10, yang menunjukkan adanya respon positif terhadap mobilisasi awal meskipun nyeri masih dirasakan dalam batas toleransi.

##### **( 30 Agustus 2025, 18.00 WIB )**

Setelah 12 jam pertama pasca operasi SC, pasien melakukan latihan mobilisasi berupa gerakan miring ke kanan dan kiri setiap dua jam sekali. Sebelum latihan, skala nyeri pasien berada pada 6/10 (nyeri sedang). Selama latihan, pasien melaporkan rasa tidak nyaman namun masih dapat ditoleransi, dan setelah latihan pasien merasa lebih rileks serta ringan. Secara objektif, pasien

mampu melakukan gerakan miring dengan bantuan sesuai instruksi. Setelah intervensi, skala nyeri menurun menjadi 5/10, yang menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mobilisasi dan adaptasi terhadap aktivitas fisik pasca operasi.

#### **Hari Kedua ( 31 Agustus 2025, 11.00 WIB )**

Setelah pasien dibantu untuk duduk dan melakukan latihan pernapasan dalam, dicatat skala nyeri sebelum tindakan 5/10. Pasien kemudian diposisikan pada semi fowler 30–40° secara perlahan selama 1–2 jam sambil dilakukan observasi nadi. Apabila pasien tidak mengeluh pusing, posisi diubah secara bertahap hingga duduk. Selanjutnya pasien dilatih untuk duduk mandiri dengan perlahan menurunkan kaki, yang dilakukan setiap 4 jam sekali. Setelah intervensi, skala nyeri pasien menurun menjadi 4/10, pasien tampak lebih rileks, masih sedikit meringis saat perubahan posisi, namun mampu mempertahankan duduk dengan bantuan. Hal ini menunjukkan adanya kemajuan mobilisasi dini meskipun nyeri masih dirasakan dalam batas toleransi.

#### **Hari Ketiga ( 1 September 2025, 12.00 WIB )**

Pada hari ketiga, pasien dilatih untuk duduk di tepi tempat tidur dengan menurunkan kaki ke arah lantai. Skala nyeri sebelum tindakan dicatat sebesar 2/10. Setelah dipastikan kondisi pasien cukup kuat, pasien diperbolehkan berdiri secara mandiri atau dengan bantuan pegangan pada perawat maupun keluarga. Apabila pasien tidak mengeluh pusing, pasien diarahkan untuk melakukan latihan berjalan di sekitar tempat tidur. Latihan ini dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari dengan pemantauan ketat terhadap respon pasien. Setelah intervensi selesai, skala nyeri pasien menurun menjadi 1/10, pasien tampak mampu beradaptasi dengan aktivitas mobilisasi dini meskipun masih sedikit menahan nyeri, namun dapat berjalan di sekitar tempat tidur dengan toleransi baik.

### **E. Evaluasi Keperawatan**

#### **1) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)**

Evaluasi yang dilakukan menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mobilisasi pasien setelah diberikan intervensi berupa dukungan mobilisasi dini. Pada awal perawatan, pasien masih tampak kesulitan untuk bergerak dan hanya mampu melakukan perubahan posisi dengan bantuan penuh. Namun setelah dilakukan edukasi, latihan perubahan posisi, serta pendampingan dalam duduk dan berjalan, pasien menunjukkan kemajuan yang signifikan. Pada hari ketiga, pasien sudah mampu duduk secara mandiri selama kurang lebih 10 menit dan berjalan pelan sejauh  $\pm 5$  meter dengan bantuan minimal dari perawat maupun keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa target jangka pendek untuk meningkatkan kemampuan mobilisasi sebagian telah tercapai, meskipun pasien masih memerlukan pendampingan saat melakukan aktivitas berjalan.

#### **2) Nyeri Akut (D.0077)**

Hasil evaluasi terhadap nyeri menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri yang cukup signifikan. Pada pengkajian awal, pasien mengeluhkan nyeri dengan skala Numerical Rating Scale (NRS) 6–8/10, terutama saat bergerak atau ketika dilakukan perawatan luka. Intervensi berupa pemberian analgetik sesuai instruksi medis, teknik distraksi, latihan napas dalam, serta dukungan psikologis dari perawat memberikan hasil yang positif. Pada hari ketiga, nyeri pasien menurun menjadi NRS 2/10, pasien tampak lebih rileks, ekspresi wajah tidak lagi meringis, dan mampu tidur lebih nyenyak di malam hari. Pasien juga menyatakan bahwa keluhan nyeri yang dirasakan sudah jauh berkurang dan lebih tertahankan. Dengan demikian,

tujuan keperawatan pada diagnosa ini dinyatakan tercapai.

### 3) Risiko Infeksi (D.0142)

Evaluasi terhadap risiko infeksi pasca operasi menunjukkan hasil yang baik. Luka operasi tampak kering, balutan selalu terjaga dalam kondisi bersih dan tidak lembab, serta tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, maupun keluarnya cairan pada area insisi. Hasil pemeriksaan tanda vital pasien juga berada dalam batas normal, yang menandakan tidak adanya respon sistemik terhadap infeksi. Selain itu, hasil observasi dengan menggunakan pendekatan REEDA (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation) menunjukkan hasil negatif, yang memperkuat kondisi bahwa luka operasi dalam keadaan baik dan proses penyembuhan berjalan sesuai harapan. Berdasarkan hasil tersebut, tujuan keperawatan pada diagnosa risiko infeksi dapat dinyatakan tercapai.

## PEMBAHASAN

### 1) Pengkajian

Pasien Ny. N, usia 25 tahun, datang ke ruang rawat inap RSUD Dr. Goeteng Taruenadibrata pasca operasi sectio caesarea dengan keluhan utama nyeri pada daerah luka insisi terutama saat bergerak, maupun beraktivitas. Pada saat pengkajian, skala nyeri pasien adalah 8/10 menurut NRS. Pasien juga tampak mengalami keterbatasan dalam bergerak dan memerlukan bantuan keluarga dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari. Salah satu indikasi dilakukannya sectio caesarea adalah adanya varises vagina, karena kondisi ini meningkatkan risiko perdarahan hebat saat persalinan normal sehingga dipilih tindakan operasi caesar sebagai alternatif yang lebih aman.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tanda vital dalam batas normal (TD 106/75 mmHg, N 89x/menit, RR 20x/menit, S 36,1°C), TFU 30 cm, luka operasi kering, tidak terdapat tanda infeksi, lokhea rubra normal, serta kontraksi uterus baik. Data subjektif yang diperoleh meliputi keluhan nyeri insisi dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas, sedangkan data objektif menunjukkan keterbatasan mobilisasi fisik.

Tabel 4. Perbandingan Teori dan Kasus

Teori	Kasus
1. Keterbatasan pergerakan tubuh	Ny. N tampak kesulitan duduk tegak dan membutuhkan bantuan saat mengubah posisi.
2. Ketidakmampuan melakukan aktivitas mandiri	Ny. N masih memerlukan pendampingan keluarga saat mencoba berjalan ke kamar mandi.
3. Gerakan tubuh lambat atau tidak stabil	Saat latihan duduk, Ny. N tampak bergerak pelan dan berhenti beberapa kali karena merasa lemas.
4. Ketergantungan pada orang lain dalam mobilisasi	Ny. N belum bisa berdiri sendiri, masih harus dipapah oleh perawat/keluarga.

Dengan demikian, hasil pengkajian menunjukkan adanya masalah utama berupa nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik yang saling berhubungan, serta adanya risiko infeksi akibat luka insisi.

## 2) **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh pada pasien Ny. N, baik melalui wawancara, observasi, maupun pemeriksaan fisik, serta dengan mempertimbangkan analisis data yang telah dikumpulkan, maka ditegakkan beberapa diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, PPNI 2017). Diagnosis yang muncul pada kasus pasien post sectio caesarea ini adalah sebagai berikut:

### a) **Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 – SDKI)**

Gangguan mobilitas fisik pada pasien post sectio caesarea umumnya disebabkan oleh adanya nyeri di area insisi, kelemahan otot perut, serta rasa takut akan pergerakan yang bisa memengaruhi luka operasi. Menurut SDKI (PPNI, 2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan tubuh secara mandiri. Teori keperawatan menyebutkan bahwa mobilisasi dini penting untuk mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, pneumonia, dan keterlambatan penyembuhan (Potter & Perry, 2016).

Gangguan mobilitas fisik pada pasien Ny. N ditegakkan karena adanya keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik secara mandiri, yang berhubungan dengan adanya rasa nyeri pada area insisi post operasi SC. Hal ini ditandai dengan pasien tampak sulit untuk bergerak, memerlukan bantuan keluarga ketika akan mengubah posisi, duduk, maupun berjalan, serta aktivitas fisik pasien masih sangat terbatas. Pada pasien post SC, kondisi ini merupakan hal yang umum terjadi karena adanya rasa nyeri, kekakuan otot perut, serta rasa takut bila jahitan terbuka sehingga pasien lebih memilih untuk mengurangi aktivitas. Menurut SDKI (PPNI, 2017), gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan tubuh secara mandiri dan terarah, sesuai dengan kondisi pasien Ny. N.

### b) **Nyeri Akut (D.0077 – SDKI)**

Nyeri akut pada pasien post operasi merupakan respons fisiologis akibat trauma jaringan dan stimulasi reseptor nyeri di area insisi. Menurut IASP (International Association for the Study of Pain, 2020), nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual maupun potensial. Pada pasien SC, nyeri biasanya muncul kuat di 24–48 jam pertama pasca operasi dan dapat menghambat mobilisasi dini (Smeltzer & Bare, 2013).

Diagnosis nyeri akut ditegakkan pada pasien karena adanya keluhan nyeri yang dirasakan di area luka operasi. Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri dengan intensitas skala NRS 8/10, terutama saat bergerak, batuk, atau ketika hendak mengubah posisi tidur.

Pasien tampak meringis, sering memegang atau menekan perutnya ketika bergerak, serta melaporkan kualitas tidur yang terganggu akibat nyeri tersebut. Menurut SDKI, nyeri akut didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual, dengan durasi kurang dari 3 bulan. Hal ini sesuai dengan kondisi Ny. N yang baru menjalani tindakan SC dan masih berada dalam fase pemulihan pasca pembedahan.

### c) **Risiko Infeksi (D.0142 – SDKI)**

Pasien post sectio caesarea berada pada risiko tinggi infeksi karena adanya luka pembedahan yang menjadi pintu masuk mikroorganisme. Menurut Brunner & Suddarth (2016),

luka operasi yang tidak dirawat dengan teknik aseptik dapat menyebabkan komplikasi infeksi, yang ditandai dengan kemerahan, bengkak, peningkatan suhu, dan keluarnya cairan. Pencegahan infeksi melalui perawatan luka aseptik, edukasi cuci tangan, serta pemantauan tanda vital sangat penting dalam proses penyembuhan.

Diagnosis risiko infeksi ditegaskan karena adanya faktor predisposisi berupa luka pembedahan pada abdomen yang dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme patogen. Walaupun pada saat pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, peningkatan suhu tubuh, atau adanya pus, pasien tetap berada dalam risiko tinggi untuk mengalami infeksi apabila tidak dilakukan pencegahan secara adekuat. Menurut SDKI, risiko infeksi adalah keadaan dimana individu berisiko mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogen. Pada kasus Ny. N, faktor risiko tersebut jelas terlihat dari adanya luka insisi operasi yang memerlukan perawatan luka dengan prinsip aseptik dan antiseptik.

Dengan demikian, diagnosis keperawatan yang ditegaskan pada pasien Ny. N sesuai dengan kriteria SDKI, yaitu gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, dan risiko infeksi. Hal ini sejalan dengan literatur keperawatan yang menjelaskan bahwa pasien post sectio caesarea rentan mengalami gangguan pergerakan akibat nyeri, mengalami nyeri akut akibat trauma pembedahan, serta berada pada risiko tinggi terjadinya infeksi akibat adanya luka insisi.

### **3) Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada pasien Ny. N direncanakan secara komprehensif berdasarkan standar Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), sehingga tindakan yang diberikan tetap terarah, sistematis, dan dapat dievaluasi keberhasilannya. Fokus utama intervensi adalah pada proses pemulihan kondisi pasien pasca operasi sectio caesarea, terutama dalam mengurangi risiko komplikasi, mempercepat adaptasi pasien terhadap perubahan fisiologis yang terjadi, serta mendukung kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara bertahap.

#### **a) Gangguan Mobilitas Fisik ( D.0054)**

Intervensi keperawatan yang direncanakan dan dilaksanakan meliputi observasi, tindakan terapeutik, serta edukasi kepada pasien dan keluarga sesuai intervensi SIKI *Dukungan Mobilisasi (L.0054)*. Pada tahap observasi, perawat mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain yang dirasakan pasien, karena nyeri insisi merupakan faktor utama yang menghambat mobilisasi dini. Selain itu, dilakukan identifikasi toleransi fisik pasien terhadap pergerakan sederhana, serta pemantauan tanda vital meliputi frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi untuk memastikan kondisi hemodinamik pasien tetap stabil. Perawat juga terus memonitor kondisi umum pasien selama proses mobilisasi guna mengantisipasi adanya keluhan tambahan seperti pusing, sesak, atau lemah yang dapat mengganggu kelancaran aktivitas.

Pada tahap terapeutik, perawat memfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan, mulai dari perubahan posisi di tempat tidur, duduk di tepi tempat tidur, hingga latihan rentang gerak (ROM) sederhana. Dalam proses ini, keluarga turut dilibatkan untuk memberikan dukungan fisik maupun psikologis agar pasien lebih termotivasi melakukan mobilisasi. Kehadiran keluarga juga sangat membantu pasien untuk mengurangi rasa takut dan nyeri saat bergerak, sehingga tercapai kemandirian secara bertahap.

Selain itu, edukasi diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai tujuan serta prosedur mobilisasi dini. Edukasi ini mencakup penjelasan tentang pentingnya mobilisasi untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi, serta meningkatkan kemandirian pasien. Perawat juga menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini sesuai kemampuan dan

secara bertahap, serta mengajarkan gerakan sederhana yang dapat dilakukan, seperti menggerakkan kaki, duduk dengan bantuan, atau berdiri dengan bertahap. Dengan edukasi yang adekuat, diharapkan pasien dan keluarga memiliki pemahaman yang baik dan mampu melanjutkan latihan mobilisasi secara mandiri di rumah setelah perawatan di rumah sakit selesai.

Dengan pelaksanaan intervensi yang sistematis ini, pasien diharapkan dapat menunjukkan peningkatan kemampuan mobilisasi, berkurangnya ketergantungan pada keluarga, serta adanya peningkatan rentang gerak yang menandai proses penyembuhan pasca operasi berjalan dengan optimal.

b) Nyeri Akut (D.0077)

Pada diagnosa nyeri akut, intervensi yang dilaksanakan mengacu pada SIKI *Manajemen Nyeri (I.08238)*. Perawat melakukan observasi dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Skala nyeri dievaluasi secara berkala menggunakan instrumen yang sesuai, serta diperhatikan respon non-verbal pasien terhadap nyeri seperti ekspresi wajah atau perubahan perilaku. Selain itu, perawat juga menilai faktor yang memperberat atau memperingan nyeri, pengetahuan dan keyakinan pasien mengenai nyeri, pengaruh budaya dalam merespon nyeri, serta dampak nyeri terhadap kualitas hidup pasien. Pemantauan dilakukan terhadap efektivitas terapi komplementer yang diberikan sebelumnya serta kemungkinan efek samping dari penggunaan analgesik.

Secara terapeutik, perawat memberikan teknik non-farmakologis untuk membantu mengurangi nyeri seperti kompres hangat/dingin, distraksi dengan relaksasi atau musik, serta memfasilitasi pasien untuk beristirahat dan tidur dengan baik. Lingkungan juga dikontrol agar nyaman, misalnya dengan mengurangi kebisingan atau mengatur pencahayaan ruangan. Strategi yang dipilih mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri yang dialami pasien.

Edukasi yang diberikan meliputi penjelasan tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, serta strategi yang dapat digunakan untuk meredakan nyeri. Pasien dianjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri, menggunakan analgesik sesuai aturan, dan mempraktikkan teknik non-farmakologis yang diajarkan. Bila diperlukan, perawat juga melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik sesuai indikasi medis. Dengan demikian, manajemen nyeri diharapkan efektif dalam meningkatkan kenyamanan pasien dan mempercepat proses penyembuhan pasca operasi.

c) Risiko Infeksi (D.0180)

Pada diagnosa risiko infeksi, intervensi dilakukan berdasarkan SIKI *Pencegahan Infeksi (I.14539)*. Observasi dilakukan dengan memantau tanda dan gejala infeksi baik lokal maupun sistemik yang mungkin timbul pada pasien pasca operasi.

Intervensi terapeutik dilaksanakan dengan membatasi jumlah pengunjung untuk meminimalisir risiko penularan, memberikan perawatan kulit terutama pada area yang mengalami edema, melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien maupun lingkungannya, serta mempertahankan teknik aseptik selama perawatan terutama pada pasien dengan risiko tinggi.

Edukasi yang diberikan kepada pasien dan keluarga meliputi penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi, cara mencuci tangan yang benar, etika batuk, serta cara memeriksa kondisi luka operasi secara mandiri. Pasien juga dianjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan guna mendukung proses penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh.

Selain itu, bila terdapat indikasi medis, dilakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain

untuk pemberian imunisasi sesuai kebutuhan pasien. Intervensi ini bertujuan mencegah terjadinya infeksi yang dapat memperburuk kondisi pasien pasca operasi sectio caesarea dan menghambat proses pemulihan.

#### 4) Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada pasien Ny. N direncanakan berdasarkan standar SIKI dan SLKI, dengan fokus utama pada peningkatan pemulihan pasca operasi sectio caesarea. Berdasarkan hasil analisis data, ditegaskan tiga diagnosis keperawatan prioritas, yaitu gangguan mobilitas fisik (D.0054), nyeri akut (D.0077), dan risiko infeksi (D.0142). Dari ketiga diagnosis tersebut, intervensi diarahkan untuk mendukung kemampuan pasien melakukan mobilisasi dini secara bertahap dengan tetap memperhatikan kondisi fisik, tingkat nyeri, serta keterlibatan keluarga dalam proses perawatan.

Pelaksanaan mobilisasi dini dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan sejak hari pertama pasca operasi hingga hari ketiga, dengan tujuan mencegah komplikasi akibat imobilisasi seperti trombosis vena dalam, pneumonia, maupun keterlambatan pemulihan aktivitas sehari-hari.

**Hari pertama (30/08/2025)**. Mobilisasi dini dimulai sejak enam jam setelah operasi. Pada fase awal ini, perawat membantu pasien mengatur posisi tubuh senyaman mungkin di atas tempat tidur sambil menciptakan lingkungan yang tenang agar pasien dapat beristirahat dengan optimal. Pasien dianjurkan melakukan teknik relaksasi berupa pernapasan dalam, yaitu menarik napas perlahan melalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut sambil mengencangkan dinding perut. Latihan ini dilakukan tiga kali dalam durasi sekitar satu menit untuk membantu memperbaiki sirkulasi dan merelaksasi otot perut. Selain itu, pasien dilatih melakukan gerakan tangan sederhana, seperti abduksi dan adduksi pada jari, lengan, dan siku selama 30 detik. Pasien juga diarahkan untuk tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan di atas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas, kemudian melakukan gerakan menarik ke atas secara bergantian sebanyak 5–10 kali. Gerakan kaki juga mulai diperkenalkan, meliputi latihan abduksi, adduksi, serta rotasi pada seluruh bagian tungkai. Setelah melewati enam jam pertama, latihan dilanjutkan dengan aktivitas miring kanan dan kiri. Pasien diminta memiringkan tubuh dengan bantuan fleksi kedua lutut, kemudian menurunkan salah satu kaki sambil berpegangan pada pelindung tempat tidur untuk menarik badan ke arah berlawanan. Posisi ini ditahan selama satu menit dan diulangi ke sisi lainnya, dengan jadwal latihan setiap dua jam sekali. Pada 24 jam pasca operasi, pasien dianjurkan untuk diposisikan semi fowler (30–40°) secara perlahan selama 1–2 jam sambil diobservasi tanda-tanda vitalnya, terutama nadi. Bila pasien tidak mengeluh pusing, posisi dapat diubah hingga duduk dengan hati-hati.

**Hari kedua (31/08/2025)**. Latihan difokuskan pada kemampuan pasien untuk duduk mandiri. Perawat mendampingi pasien agar perlahan-lahan menurunkan kaki ke sisi tempat tidur. Bila pasien tidak merasakan pusing atau lemah, ia dianjurkan untuk tetap duduk mandiri dengan posisi tegak. Latihan duduk ini dilakukan secara teratur setiap empat jam sekali agar tubuh terbiasa beradaptasi dengan perubahan posisi serta memperlancar peredaran darah.

**Hari ketiga (01/08/2025)**. Pasien diarahkan untuk duduk lebih lama sambil menurunkan kedua kaki hingga menyentuh lantai. Jika kondisi pasien sudah cukup stabil dan tidak mengalami pusing, maka ia diperbolehkan untuk berdiri secara perlahan, baik mandiri maupun dengan dipapah oleh keluarga atau perawat. Setelah itu, pasien dianjurkan untuk melakukan latihan berjalan di sekitar tempat tidur atau ruangan, sesuai dengan toleransi fisik yang dimiliki. Latihan berjalan ini dilakukan sebanyak tiga kali sehari untuk memperkuat otot, meningkatkan fungsi pernapasan, serta mempercepat pemulihan pasca operasi.

Dengan tahapan mobilisasi dini yang terstruktur tersebut, diharapkan pasien Ny. N mampu beradaptasi lebih cepat, mengurangi risiko komplikasi, serta kembali menjalankan aktivitas sehari-

hari secara bertahap dengan dukungan keluarga dan tenaga kesehatan.

## 5) Evaluasi Keperawatan

**Hari Pertama (30/08/2025)**. Pada hari pertama pasca operasi, pasien masih mengeluhkan nyeri cukup signifikan dengan skala 6/10. Pasien tampak meringis dan memegang perut saat berusaha mengubah posisi. Mobilitas pasien masih sangat terbatas, hanya mampu miring ke kanan dan kiri dengan bantuan perawat. Luka operasi terlihat kering dengan balutan bersih, tanpa tanda infeksi, namun risiko infeksi tetap dipertahankan sebagai fokus pemantauan. Secara keseluruhan, kondisi pasien menunjukkan hambatan mobilisasi akibat nyeri yang masih dominan. Intervensi diarahkan pada pemberian motivasi mobilisasi dini, manajemen nyeri, serta perawatan luka secara aseptik.

**Hari Kedua (31/08/2025)**. Pada hari kedua, terdapat perkembangan positif. Pasien sudah berani duduk di tepi tempat tidur walaupun masih merasakan nyeri dengan skala 4/10. Ekspresi wajah lebih tenang dan pasien mampu bertahan duduk sekitar 10 menit dengan sedikit bantuan. Nyeri mulai terkontrol, terutama setelah minum obat dan melakukan teknik relaksasi, meskipun rasa sakit bertambah saat bergerak atau batuk. Luka operasi masih tampak kering, balutan bersih, tanpa tanda kemerahan atau bengkak, sehingga risiko infeksi mulai menurun. Evaluasi hari ini menunjukkan adanya kemajuan pada kemampuan mobilisasi pasien dan penurunan intensitas nyeri. Fokus intervensi dilanjutkan pada peningkatan latihan mobilisasi bertahap, kontrol nyeri, dan pencegahan infeksi.

**Hari Ketiga (01/09/2025)**. Pada hari ketiga, pasien menunjukkan kemajuan signifikan. Pasien sudah mampu berjalan pelan ke kamar mandi dengan pendamping, jarak sekitar 5 meter. Nyeri yang dirasakan menurun menjadi skala 2/10, terutama saat bergerak, dengan keluhan nyeri terasa seperti ditarik di area sekitar luka. Pasien tampak lebih mandiri, dapat bergerak tanpa ekspresi kesakitan berlebih, dan semakin percaya diri dalam melakukan mobilisasi. Luka operasi tetap dalam kondisi baik, balutan kering dan bersih, tanpa tanda infeksi (REEDA negatif). Evaluasi hari ini menunjukkan mobilitas fisik pasien meningkat signifikan, nyeri terkontrol dengan baik, dan risiko infeksi sudah teratasi. Intervensi diarahkan pada mempertahankan manajemen nyeri, melanjutkan mobilisasi mandiri secara bertahap, serta menjaga perawatan luka sesuai SOP.

## 6) REFLEKSI DIRI

Penulis menyadari bahwa dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien nyeri post sectio caesarea dengan teknik mobilisasi dini di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata, masih terdapat banyak kekurangan. Kekurangan tersebut terutama terkait dengan keterbatasan pengetahuan, keterampilan, serta pengalaman penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi.

Dalam tahap pengkajian, penulis belum sepenuhnya melakukan pemeriksaan secara detail, khususnya pada aspek psikologis dan kebutuhan emosional pasien pasca operasi. Hal ini dikarenakan penulis lebih fokus pada kondisi fisik seperti luka insisi, nyeri, dan keterbatasan mobilisasi, sehingga data terkait aspek psikososial kurang dieksplorasi.

Pada tahap perencanaan dan implementasi, penulis juga menyadari bahwa tidak semua intervensi dapat terlaksana sesuai rencana yang telah disusun. Beberapa intervensi seperti latihan ambulasi lebih lanjut belum sepenuhnya dilakukan karena keterbatasan waktu perawatan, kondisi pasien yang masih merasakan nyeri cukup tinggi, serta keterbatasan shift praktik yang hanya memungkinkan penulis melakukan tindakan pada waktu tertentu. Pelaksanaan mobilisasi dini pada Ny. N sebenarnya sudah menunjukkan hasil yang baik, yaitu penurunan skala nyeri dan peningkatan kemampuan pasien dalam bergerak secara bertahap. Namun, keterbatasan waktu dalam perawatan membuat kriteria hasil belum sepenuhnya tercapai, misalnya pasien masih

membutuhkan bantuan keluarga dalam beraktivitas sehari-hari. Penulis menyadari bahwa mobilisasi dini memerlukan latihan berkelanjutan, sehingga tindak lanjut tetap diperlukan agar hasil yang optimal dapat tercapai.

Refleksi lain yang dirasakan penulis adalah perlunya meningkatkan keterampilan komunikasi terapeutik. Saat memberikan edukasi tentang mobilisasi dini, penulis merasa masih kurang percaya diri dan menggunakan bahasa yang sederhana sehingga terkadang informasi yang diberikan belum sepenuhnya mendalam. Hal ini menjadi catatan penting bagi penulis untuk terus melatih kemampuan edukasi agar pasien dan keluarga lebih memahami pentingnya mobilisasi dini dalam mempercepat penyembuhan.

Kekurangan tersebut diharapkan dapat menjadi pembelajaran bagi penulis untuk lebih meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri dalam memberikan asuhan keperawatan, terutama pada kasus post operasi sectio caesarea. Penulis juga menyadari pentingnya kolaborasi dengan tim kesehatan lain serta keterlibatan keluarga dalam mendukung pasien melakukan mobilisasi dini secara teratur.

Sebagai tindak lanjut, penulis menganjurkan pasien dan keluarga untuk terus melatih aktivitas mobilisasi secara bertahap di rumah, mengontrol nyeri dengan obat sesuai anjuran dokter, serta menjaga kebersihan luka operasi agar terhindar dari infeksi. Penulis berharap melalui pengalaman ini, dapat menjadi motivasi untuk lebih baik lagi dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, tidak hanya berfokus pada aspek fisik tetapi juga psikologis, sosial, dan edukatif bagi pasien serta keluarganya.

## **5. KESIMPULAN**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N yang menjalani sectio caesarea di Ruang Bougenfile di RSUD Dr. Goeteng Taruenadibrata Purbalingga, penulis menemukan masalah keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi, sehingga penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Penulis telah melakukan pengkajian kepada Ny. N selama 3x24 jam, dengan metode: wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi hasil. Pengkajian meliputi identitas pasien, riwayat kehamilan dan persalinan, keluhan utama pasca operasi, pemeriksaan luka operasi, kemampuan mobilisasi, serta toleransi aktivitas. Tujuan pengkajian ini untuk memperoleh data lengkap mengenai kondisi fisik dan kemampuan mobilisasi pasien pasca sectio caesarea.
- 2) Diagnosis keperawatan yang ditetapkan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak pasca operasi, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik, Risiko infeksi berhubungan dengan pembedahan.
- 3) Rencana intervensi yang ditetapkan meliputi:  
Luaran yang diharapkan setelah 3x24 jam adalah mobilitas pasien meningkat dengan kriteria: pasien mampu duduk di tepi tempat tidur, berdiri dengan bantuan, berjalan pendek di ruang perawatan, nyeri berkurang, dan kekuatan otot anggota tubuh bawah meningkat.  
Intervensi: edukasi mobilisasi dini, latihan mobilisasi sederhana (berpindah tempat di tempat tidur, duduk, berdiri), dukungan ambulasi bertahap, monitoring tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi, melibatkan keluarga untuk mendukung mobilisasi, dan kolaborasi pemberian analgesik sesuai anjuran dokter.
- 4) Implementasi meliputi: observasi toleransi pasien terhadap aktivitas, memonitor tekanan darah, denyut nadi, dan kondisi umum selama mobilisasi, melatih pasien teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, melibatkan keluarga, edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi dini, serta pemberian kolaborasi analgesik sesuai jadwal.

- 5) Evaluasi setelah 3x24 jam menunjukkan mobilitas pasien mulai meningkat, pasien mampu duduk di tepi tempat tidur dan berdiri dengan bantuan, nyeri menurun menjadi skala 3–4, namun pasien masih membutuhkan bantuan untuk berjalan jarak lebih jauh dan latihan mobilisasi lanjutan tetap diperlukan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, M. R. & Hardiyanti, R. (2022). *Manajemen Nyeri Terkini pada Pasien Pasca Seksio Sesarea*. Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia. Makassar: Departemen Anestesiologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin / RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.
- Anggraini, D. T., & Utami, T. (2024). *Penerapan Teknik Relaksasi Benson pada Ny. M dengan Nyeri Akut Post Sectio Caesarea*. Jurnal Penelitian Perawat Profesional, 6(2), 647–656. Jakarta: Global Health Science Group.
- Anggria, V. D. (2022). *Asuhan keperawatan pada pasien Ny. O dengan post sectio caesarea di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup tahun 2022* (Karya Tulis Ilmiah, Poltekkes Kemenkes Bengkulu). Curup: Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
- Arlena, N., Novitasari, D., & Burhan, A. (2024). *Differences in the Time to Achieve Bromage Score (2) in post-spinal anesthesia caesarean section patients between the use of conventional methods and ERACS*. Indonesian Journal of Global Health Research, 7(1), 389–398. Banyumas: Universitas Harapan Bangsa.
- Armayanti, Y., Nataningrat, A. I., & Tangkas, M. K. S. (2024). *Hubungan mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka sectio caesarea (SC) di ruang nifas Rumah Sakit Umum Daerah Klungkung*. Jurnal Riset Kesehatan Nasional, 6(2), 45–53. Denpasar: LPPM ITEKES Bali.
- Cahyawati, F. E., & Wahyun, A. (2023). *Mobilisasi dini pada ibu postpartum dengan sectio caesarea terhadap penurunan intensitas nyeri luka operasi*. Jurnal Kesehatan Perintis, 10(1), 44–52. Yogyakarta: Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Ditya, W., Zahari, A., & Afriwardi, A. (2016). *Hubungan mobilisasi dini dengan proses penyembuhan luka pada pasien pasca laparotomi di bangsal bedah pria dan wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Jurnal Kesehatan Andalas, 5(3), 608–614. Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Estiani, M., & Sawitri, E. A. (2023). *Mobilisasi dini sebagai upaya dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik pada ibu post operatif sectio caesarea*. Nursing Update: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan, 4(4), 178–183. Bangkalan, Jawa Timur: STIKes Ngudia Husada Madura.
- Hapsari, D., Ratnawati, R., & Wulandari, E. (2022). *Asuhan keperawatan mobilisasi dini pada ibu pasca Sectio Caesarea: Studi skripsi dan pelaksanaannya di sebuah rumah sakit di Jawa Timur*. Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia, 9(1), 15–24. Malang: Universitas Brawijaya.
- Herawati, J. (2023). *Mobilisasi dini pasien post sectio caesarea dengan masalah gangguan mobilitas fisik*. JKM : Jurnal Keperawatan Merdeka, 5(1), 12–20. Politika Kesehatan Kemeskes, Palembang, Sumatera Selatan, Indonesia.
- Jaya, H., Amin, M., Putro, S. A., & Zannati, Z. (2023). *Mobilisasi dini pasien post sectio caesarea dengan masalah gangguan mobilitas fisik*. Jurnal Keperawatan Merdeka, 3(1), 21–27. Palembang: Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Palembang
- Marlina. (2016). *Faktor persalinan Sectio Caesarea di Rumah Sakit Imanuel Bandar Lampung*. Jurnal Kesehatan, 7(1), 1–8. Bandar Lampung: Poltekkes Tanjungkarang.
- Mubarak, W. I., & Nurul, N. (2022). *Memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh)*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia, 10(2), 45–52.

- Mubarak, W. I., & Nurul, N. (2022). *Memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh)*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 10(2), 45–52.
- Najati, A., dkk. (2023). *Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan post operasi Sectio Caesarea: Indikasi Partus Tak Maju di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal*. *AN-NAJAT : Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 1(4), 60–72. Tegal: Poltekkes Kemenkes Tegal.
- Napisah, P. (2022). *Intervensi untuk menurunkan nyeri post sectio caesarea*. *HEALTHY: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), 92–100. Makassar: STIKES Panakkukang.
- Nasriani, (2021). *Penerapan asuhan keperawatan pada pasien pasca operasi sectio caesarea dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas*. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(1), 41–45. Makassar: Universitas Muhammadiyah Makassar.
- Pangare, S., Pakaya, R. E., & Anugrah, A. (2024). *Implementasi teknik guided imagery terhadap nyeri epigastrium pada pasien dyspepsia di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Provinsi Sulawesi Tengah*. *Jurnal Kesehatan Sulawesi*, 7(1).
- Prasiska, T. O., Pujiyanto, P., & Absor, S. (2023). *Hospital baserate klaim persalinan JKN-KIS di Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah Jawa Timur periode 2017–2020*. *HIGEIA: Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat*, 5(4), 487–502. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Rizki, S. R., Utami, T., & Danang, D. (2024). *Asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien post sectio caesarea di Ruang Gayatri RST Wijayakusuma Purwokerto*. *Journal of Management Nursing*, 3(2), 60–70. Purwokerto: Universitas Harapan Bangsa.
- Rusli, M. (2021). *Merancang Penelitian Kualitatif Dasar/Deskriptif dan Studi Kasus*. (Edisi ke-2). Makassar: Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Safitri, R. (2019). *Implementasi keperawatan sebagai wujud dari perencanaan keperawatan guna meningkatkan status kesehatan klien*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 3(42), 23–26. Yogyakarta: Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
- Sajidah, T. (2023). *Asuhan keperawatan pre dan post operasi ginekologi: Pencegahan infeksi pascaoperatif (Karya Tulis Ilmiah)*. Bengkulu: Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
- Santiasari, R. N. (2021). *Teknik non-farmakologis mobilisasi dini pada nyeri post-section caesarea: Studi kasus di RSUD Bangil, Pasuruan*. *Jurnal Kebidanan William Booth*, 10(1), 25–30. Surabaya: STIKes William Booth.
- Safitri, N. D., & Andriyani, A. (2024). *Penerapan mobilisasi dini terhadap penurunan intensitas nyeri post sectio caesarea di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar*. *Nursing Applied Journal*, 2(4), 63–73. Surakarta: Kampus Jl. Ki Hajar Dewantara No.10, Ketingan, Jebres, Jawa Tengah.
- Siagian, L., Anggraeni, M., & Pangestu, G. K. (2023). *Hubungan antara letak janin, preeklampsia, ketuban pecah dini dengan kejadian sectio caesaria di RS Yadika Kebayoran Lama tahun 2021*. *SENTRI : Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1107–1119. Jakarta: Lembaga Penerbitan Universitas Nusantara Global.
- Sri Handayani. (2018). *Pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri post operasi sectio caesarea di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Surakarta: Universitas Setia Budi.
- Sriwahyunita, N., & Futriani, E. S. (2024). *Efektivitas metode ERACS dan non- ERACS terhadap penurunan respon nyeri dan percepatan mobilisasi pada sectio caesarea*. *Malahayati Nursing Journal*, 6(3), 1–8. Bandar Lampung: Universitas Malahayati.
- Subandi, E. (2017). *Hubungan mobilisasi dini dengan tingkat kemandirian pasien post sectio caesarea di RSUD Gunung Jati Cirebon*. STIKes Cirebon.

- Sulistiawati, T., Rahmilasari, G., & Puspitasari, N. A. (2024). *Early mobilization and post-cesarean delivery pain management*. Malahayati International Journal of Nursing and Health Science, 7(2), 224–230.
- Suryanti, Y., Yuanita, V., Quadratullah, F., & Emilda, S. (2024). *Mobilisasi dini untuk penyembuhan luka post operasi sectio caesarea (studi literatur)*. Jurnal Kesehatan dan Pembangunan, 14(1), 1–12. Palembang: STIKES Mitra Adiguna Palembang.
- Sylvia, E., & Rasyada, A. (2023). *Mobilisasi dini terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi sectio caesarea (Early mobilization on reducing pain intensity in post-caesarean section surgery)*. Babul Ilmi : Jurnal Ilmiah Multi-Science Kesehatan, 15(1), 74–85. Palembang : STIKES 'Aisyiyah Palembang.
- Tri Wijastutik, A. R., Mukhlis, A. P. R. (2024). *Time difference test for achieving Bromage Score 0 post-Cesarean Section using ERACS and Non-ERACS methods in mothers at SLG Hospital Kediri*. Journal of Nursing Practice, 8(1), 84–93. Kediri: SLG Hospital Kediri / Poltekkes Negeri Kediri.
- Wahyuningsih, S., Hayati, N., Fibriansari, R. D., & Ulfa, M. (2022). *Mobilisasi bertahap pasca-sectio caesaria: Studi kasus di RSUD dr. Haryoto Lumajang*. Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI), 7(2), 84. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).
- Wahyuningsih, S., St., S., & Keb., M. (Ed.). (2023). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama Group.
- Widiana, S. W. (2021). *Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pasca operasi sectio caesarea di RSUP Sanglah Denpasar*. Denpasar: Universitas Udayana