

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP PROSES KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian ini mempunyai peran yang sangat penting dalam penentuan diagnosis keperawatan yang tepat, perencanaan Tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian keperawatan merupakan suatu rentetan pemikiran dan pelaksanaan kegiatan yang ditujukan untuk pengumpulan data/ informasi, analisis data, dan penentuan masalah/ diagnosis keperawatan. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data dari informasi keperawatan. (Zaidin, 2015)

a. Pengkajian Awal

1) Identitas klien

- a) Identitas klien meliputi nama, pekerjaan, pendidikan, agama, suku bangsa, status perkawinan, alamat.
- b) Identitas suami meliputi nama, suami, pekerjaan, agama, Pendidikan dan suku.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian.

3) Riwayat Kesehatan sekarang

Pengkajian kesehatan sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang keluhan pertama masuk rumah sakit, factor – factor yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnose yang perlu dikaji peningkatan tekanan darah, eliminasi ataupun nyeri.

4) Riwayat kehamilan

Informasi yang dibutuhkan adalah para dan gravida kehamilan, masalah saat hamil jenis kelamin anak sebelumnya serta keadaan bayi saat lahir, serta Riwayat menyusui

5) Riwayat persalinan

Data yang dikaji adalah jenis persalinan, jenis kelamin bayi, tinggi badan dan berat badan bayi, masalah selama melahirkan dan perdarahan

6) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada ibu masa post partum atau pasca partum yaitu

a) Kepala

Mengkaji kesehatan rambut klien karena diet yang baik selama hamil akan berpengaruh pada kekuatan dan kesehatan rambut

b) Mata

Mengkaji warna konjungtiva bila berwarna merah dan basah berarti normal, sedangkan berwarna pucat berarti ibu mengalami anemia, dan jika konjungtiva kering maka ibu mengalami dehidrasi

c) Dada

(1) Pergerakan tidak simetris antara dada kiri dan dada kanan.

(2) Taktil fremitus, thrills (getaran pada dada karena udara/suara melewati saluran/rongga pernapasan)

(3) Suara napas normal (vesikular, bronkovesikular, bronkial).

(4) Suara napas tidak normal (crackles/rales, ronkhi, wheezing, friction rub/pleural friction).

(5) Bunyi perkusi (resonan, hiperesonan, dullness).

d) Payudara

Mengkaji pembesaran, ukuran, bentuk, konsistensi, warna payudara, dan mengkaji kondisi puting, kebersihan puting.

e) Abdomen

Inspeksi bentuk perut ibu mengetahui adanya distensi pada perut, palpasi juga tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus.

f) Lochea

Mengkaji lochea yang meliputi karakter, jumlah, warna, bekuan darah yang keluar dan baunya

g) Perineum

Pengkajian dilakukan dengan menempatkan ibu pada posisi senyaman mungkin dan tetap menjaga privasi dengan inspeksi adanya tanda tanda “ REEDA” (*rednes*/kemerahan, *Echymosis*/perdarahan bawah kulit, *Edeme*/bengkak, *Discharge*/perubahan lochea, *Approximation*/pertautan jaringan)

h) Ekstermitas

Ekstermitas atas dan bawah dapat bergerak bebas, kadang ditemukan edema, varises pada tungkai kaki, ada atau tidaknya tromboflebitis karena penurunan aktivitas dan reflek patella baik.

i) Tanda – tanda vital

Mengkaji tanda – tanda vital meliputi suhu , nadi, pernafasan, tekanan darah selama 24 jam pertama masa post partum.

(Wahyuningsih, 2019)

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut (PPNI, 2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Adapun diagnosis yang muncul pada kasus pemenuhan kebutuhan aktivitas yang berkaitan dengan ibu post partum dengan *sectio caesarea* adalah

a. Gangguan mobilitas fisik

Definisi : keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas

Penyebab

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi
- 11) Gangguan musculoskeletal
- 12) Gangguan neuromuscular
- 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Program pembatasan gerak
- 16) Nyeri
- 17) kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- 18) Kecemasan
- 19) Gangguan kognitif
- 20) Keengganan melakukan pergerakan
- 21) Gangguan sensoripersepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- 1) Sendi kaku
- 2) Gerakan tidak terkoordinasi
- 3) Gerakan terbatas
- 4) Fisik lemah

Kondisi Klinis Terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera medula spinalis
- 3) Trauma
- 4) Fraktur
- 5) Osteoarthritis
- 6) Osteomalasia
- 7) Keganasan

b. Intoleransi Aktivitas

Definisi

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari.

Penyebab

- 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2) Tirah baring
- 3) Kelemahan
- 4) Imobilitas
- 5) Gaya hidup monoton

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

Mengeluh Lelah

Objektif

Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- 1) Dispnea saat/setelah aktivitas
- 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- 3) Merasa Lemah

Objektif

- 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
- 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- 4) Sianosis

Kondisi klinis terkait

- 1) Anemia
- 2) Gagal jantung kongestif
- 3) Penyakit jantung koroner
- 4) Penyakit katup jantung
- 5) Aritmia
- 6) Penyakit paru obstruktif kronis
- 7) Gangguan metabolik
- 8) Gangguan musculoskeletal

c. Keletihan

Definisi

Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

Penyebab

- 1) Gangguan pola tidur
- 2) Gaya hidup monoton
- 3) Kondisi fisiologis (mis. Penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan)
- 4) Program perawatan/pengobatan jangka panjang
- 5) Peristiwa hidup negatif
- 6) Stress berlebihan
- 7) Depresi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur
- 2) Merasa kurang tenaga
- 3) Mengeluh lelah

Objektif

- 1) Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin
- 2) Tampak lesu

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- 1) Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab
- 2) Libido menurun

Objektif

Kebutuhan istirahat meningkat

Kondisi Klinis Terkait

- 1) Anemia
- 2) Kanker
- 3) Hipotiroidisme/ Hipertiroidisme
- 4) AIDS
- 5) Depresi
- 6) Menopause

d. Gangguan Pola Tidur

Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab

- 1) Hambatan lingkungan (mis kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- 2) Kurang kontrol tidur
- 3) Kurang privasi
- 4) Restrain fisik

- 5) Ketiadaan teman tidur
- 6) Tidak familiar dengan peralatan tidur

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Mengeluh sering terjaga
- 3) Mengeluh tidak puas tidur
- 4) Mengeluh pola tidur berubah
- 5) Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif

(Tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif

(Tidak tersedia)

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018)

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Intervensi keperawatan
1	Gangguan mobilitas fisik Definisi : keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas	Intervensi utama Dukungan ambulasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

		Edukasi 1. Ajurkan melakukan ambulasi dini 2. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi , berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi) Dukungan mobilisasi Observasi 1. identifikasi adanya nyeri 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 2. fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi Intervensi Pendukung 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan perawatan diri 3. Edukasi latihan fisik 4. Edukasi teknik ambulasi 5. Edukasi teknik transfer 6. latihan otogenik 7. Manajemen energi 8. Manajemen lingkungan 9. Manajemen mood 10. Manajemen nutrisi 11. Manajemen medikasi 12. Manajemen program latihan 13. Manajemen sensasi perifer
2	Intoleransi Aktivitas ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari	Intervensi utama Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. lakukan Latihan rentang gerak pasif dan / aktif 3. berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

		Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Intervensi Pendukung 1. Dukungan ambulasi 2. Dukungan kepatuhan program pengobatan 3. Dukungan meditasi 4. Dukungan pemeliharaan rumah 4. Dukungan perawatan diri 5. Dukungan spiritual 6. Dukungan tidur 7. Edukasi latihan fisik 8. Edukasi teknik ambulasi 9. Manajemen lingkungan 10. Manajemen Medikasi 11. Manajemen program latihan 12. Pemantauan tanda vital
3	Keletihan Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat	Intervensi Utama Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. lakukan Latihan rentang gerak pasif dan / aktif 3. berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Edukasi Aktivitas Observasi Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik

		2. Anjurkan Menyusun jadwal aktivitas sendiri Intervensi Pendukung 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan pengambilan keputusan 3. Dukungan tidur 4. Manajemen medikasi 5. Manajemen Lingkungan 6. Manajemen mood 7. Penentuan tujuan bersama 8. Promosi dukungan sosial 9. Promosi koping 10. Promosi latihan fisik 11. Reduksi ansietas 12. Terapi aktivitas
4	Gangguan pola tidur Definisi Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	Intervensi utama Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu dan tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan 2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur Intervensi Pendukung 1. Dukungan meditasi 2. Dukungan perawatan diri 3. latihan otogenik 4. Manajemen demensia 5. Manajemen nyeri 6. Manajemen penggantian hormon 7. Pemberian obat oral 8. Pengaturan posisi 9. Teknik menenangkan 10. Terapi aktivitas 11. Terapi musik 12. Terapi pijatan 13. Terapi relaksasi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons

klien selama dan sebuah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono & Pertami, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah kelima dalam proses keperawatan dan merupakan dasar pertimbangan yang sistematis untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan dan sebagai pengkajian ulang dalam upaya melakukan modifikasi/revisi diagnosis dan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan setiap akhir tindakan pemberian asuhan yang disebut sebagai evaluasi proses dan evaluasi hasil yang dilakukan untuk menilai keadaan kesehatan klien selama dan pada akhir perawatan. Evaluasi dilakukan secara cepat, terus menerus dan dalam waktu yang lama untuk mencapai keefektifan masing-masing tindakan/terapi. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pasien kritis prioritas pemenuhan kebutuhan tetap mengacu pada hirarki kebutuhan dasar Maslow dengan tidak meninggalkan prinsip holistic bio-psiko-sosio dan spritual (Romli & Indrawati, 2018). Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. (PPNI, 2019)

Tabel 2.2
Evaluasi Keperawatan

Mobilitas Fisik (L.05042)					
Definisi Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri					
Ekspektasi Meningkatkan					
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Pergerakan ekstermitas	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5
	meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan tidak	1	2	3	4	5

terkoordinasi					
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5
Toleransi Aktivitas (L.05047)					
Definisi					
Respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga					
Ekspektasi Meningkat					
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Saturasi oksigen	1	2	3	4	5
Kemudahan melakukan aktivitas sehari – hari	1	2	3	4	5
Kecepatan berjalan	1	2	3	4	5
Jarak berjalan	1	2	3	4	5
Kekuatan tubuh bagian atas	1	2	3	4	5
Kekuatan tubuh bagian bawah	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan Lelah	1	2	3	4	5
Dispnea saat aktivitas	1	2	3	4	5
Dispnea setelah aktivitas	1	2	3	4	5
Persaan lemah	1	2	3	4	5
Arimia saat beraktivitas	1	2	3	4	5
Aritmia setelah aktivitas	1	2	3	4	5
Sianosis	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Warna kulit	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Frekuensi napas	1	2	3	4	5
EKG iskemia	1	2	3	4	5
Tingkat Kelelahan (L.05046)					
Definisi					
Kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat					
Ekspektasi Membaik					
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Verbalisasi kepulihan energi	1	2	3	4	5
Tenaga	1	2	3	4	5
Kemampuan melakukan aktivitas	1	2	3	4	5

rutin					
Motivasi	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Verbalisasi lelah	1	2	3	4	5
Lesu	1	2	3	4	5
Gangguan konsentrasi	1	2	3	4	5
Sakit kepala	1	2	3	4	5
Mengi	1	2	3	4	5
Sianosis	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Frekuensi napas	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Selera makan	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Libido	1	2	3	4	5
Pola istirahat	1	2	3	4	5
Pola Tidur (L.05045)					
Definisi					
Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur					
Ekspektasi Membaik					
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Keluhan sulit tidur	1	2	3	4	5
Keluhan sering terjaga	1	2	3	4	5
Keluhan tidak puas tidur	1	2	3	4	5
Keluhan pola tidur berubah	1	2	3	4	5
Keluhan istirahat cukup	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Kemampuan beraktivitas	1	2	3	4	5

B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Teori kebutuhan dasar yang umumnya banyak dikenal dikemukakan oleh seorang psikolog asal Amerika yang bernama Abraham Maslow. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hierarki tersebut meliputi lima

ketegori kebutuhan dasar yaitu yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan rasa aman, kebutuhan rasa cinta, dimiliki dan memiliki, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri. (Uliyah, 2014)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan utama yang memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow yang mana kebutuhan ini terdiri dari :

- a. Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- b. Kebutuhan cairan
- c. Kebutuhan makanan atau nutrisi
- d. Kebutuhan keseimbangan suhu tubuh
- e. Kebutuhan eliminasi
- f. Kebutuhan aktivitas
- g. Kebutuhan istirahat dan tidur
- h. Kebutuhan seksual

2. Gangguan Kebutuhan Aktivitas

Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari – hari, kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang mutlak diharapkan oleh manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh system tubuh dapat optimal. (Sulistiyowati, 2017)

a. Definisi aktivitas

Aktivitas artinya kegiatan atau keaktifan (kamus Besar Bahasa Indonesia). Jadi segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan – kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non fisik, merupakan suatu aktivitas. Aktivitas adalah Gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka yang memerlukan suatu pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik akan menjadi salah satu faktor independent dalam suatu penyakit kronis yang bisa menyebabkan kematian secara global.

b. Fisiologi pergerakan

System musculoskeletal terdiri atas rangka (tulang), otot dan sendi. System ini berperan dalam pergerakan dan aktivitas manusia. Rangka memiliki beberapa fungsi yaitu :

- 1) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh)
- 2) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru – paru , hati dan medulla spinalis
- 3) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligament
- 4) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak
- 5) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah)

c. Mekanika tubuh

Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengkoordinasikan system musculoskeletal dan system saraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur dan kesejajaran tubuh selama mengangkat, membungkuk, bergerak dan melakukan aktivitas sehari – hari.

Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan tonus otot. Tonus otot sendiri adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan kemampuan kontraksi otot rangka.

Mekanika tubuh meliputi tiga elemen dasar yaitu sebagai berikut :

- 1) Body alignment (postur tubuh). Susunan geometric bagian – bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian tubuh yang lain
- 2) Balance / keseimbangan. Keseimbangan bergantung pada interaksi antara center gravity dan base of support
- 3) Coordinated body movement (Gerakan tubuh yang terkoordinasi) , yaitu mekanika tubuh berinteraksi dalam fungsi musculoskeletal dan system saraf.

d. Faktor yang mempengaruhi mekanika tubuh dan ambulasi

- 1) Status kesehatan. Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi system musculoskeletal dan system saraf berupa penurunan koordinasi
- 2) Nutrisi. Salah satu fungsi nutrisi bagi tubuh adalah membantu proses pertumbuhan tulang dan perbaikan sel
- 3) Emosi. Kondisi psikologis seseorang dapat menurunkan

kemampuan mekanika tubuh dan ambulasi yang baik, seseorang yang mengalami perasaan tidak aman, tidak bersemangat dan harga diri rendah akan mudah mengalami perubahan mekanika tubuh

- 4) Gaya hidup . gaya hidup perubahan pola hidup seseorang dapat menyebabkan stress dan kemungkinan besar akan menimbulkan kecerobohan dalam beraktivitas

3. Kebutuhan Mobilisasi

a. Definisi mobilisasi

Mobilisasi atau mobilitas merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

b. Jenis mobilisasi

- 1) Mobilitas penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari – hari.
- 2) Mobilitas sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensoris pada area tubuhnya.

c. Faktor yang mempengaruhi mobilitas

Mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya sebagai berikut :

- 1) Gaya hidup
- 2) Proses penyakit / cedera
- 3) Kebudayaan
- 4) Tingkat energi
- 5) Usia dan status perkembangan

C. PUBLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN

Menurut konsep asuhan keperawatan pada pasien post partum *sectio caesarea* dengan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3
Publikasi Asuhan Keperawatan

No	Judul	Penulis	Tahun	Hasil
1	Asuhan keperawatan pada Ny. N <i>post op section caesarea</i> dengan masalah utama gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas di ruang azalea RSUD Kota Kediri	Shely Agista Melani	2022	Pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti pada saat pengambilan kasus pada tanggal 27 juni 2022 dengan wawancara, observasi langsung dan pemeriksaan fisik. Hasil yang didapatkan yaitu klien mengeluh nyeri pada perut pasca operasi nyeri seperti ditusuktusuk dengan skala nyeri 5 dan nyeri dirasakan hilang timbul. Kekuatan otot ekstremitas menurun, aktivitasnya terganggu sehingga perlu dibantu oleh suami dan keluarga. Berdasarkan masalah yang terkait pada Ny. N dengan <i>Sectio Caesarea</i> dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d kedua ekstremitas bawah terasa lemas (Shely, 2016)
2	Asuhan keperawatan pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas pada kasus pos <i>sectio caesarea</i> terhadap Ny. M diruang kebidanan RS Handayani kotabumi	Sastri Widia Aprilianti	2022	Gambaran pengkajian pada pasien post partum section caesarea ditemukan Setelah dilakukan pemeriksaan USG diketahui bahwa letak janin sungsang. Klien dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> pada tanggal 02 Maret 2022 pukul 21.00 WIB pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada luka post <i>sectio caesarea</i> setelah 12 jam operasi, saat pengkajian pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi, nyeri hilang timbul dan klien tampak meringis, skala nyeri 5. Nyeri terasa saat klien ingin batuk dan berusaha bergerak. Diagnose yang muncul yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri saat bergerak,tampak lemah. (Aprilianti Widia, 2022)
3	Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien <i>Post Sectio Caesarea</i>	Arif Ikmal Solekhuudin	2022	Pengkajian yang dilakukan penulis pada tanggal 5 April 2022 di Ruang Al Barokah Rumah Sakit Islam Purwokerto diperoleh data yang bersumber dari pasien, keluarga pasien dan data di rekam medis. Pasien berinisial Ny. W dengan G3P1A2, berumur 28 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, bekerja sebagai karyawan, pendidikan terakhir Diploma Tiga Ekonomi. Ny. W

				mengatakan belum bisa menggerakan badannya, hanya bisa tiduran di tempat tidur, apabila miring kanan dan miring kiri terasa sakit pada luka post SC, untuk melakukan aktivitas keperluannya dibantu oleh keluarganya, karena pasien takut untuk bergerak menambah rasa nyeri. Kondisi umum pasien lemah, terlihat pucat dan lemas, kesulitan membolak-balikan posisi, aktivitas dibantu penuh oleh keluarganya, terdapat luka post sectio caesarea di abdomen antara pusat dan simbisis, bentuk horizontal ± 10 cm. Riwayat penyakit diketahui pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 112/76 mmHg, Nadi 82x/menit, respirasi rate 2x/menit, suhu 36,1 °C. Pemeriksaan ekstremitas didapatkan kekuatan otot ekstremitas atas pasien kanan 3, kiri 3 dan kekuatan otot ekstremitas bawah pasien kanan 2, kiri 2. Hasil pemeriksaan laboratorium terlihat adanya peningkatan pada angka leukosit, segmen, dan NLR, sedangkan terdapat penurunan pada angka hemoglobin, eritrosit, eosinofil, limfosit, monosit, dan hematokrit. Berdasarkan data yang telah didapatkan dan dikelompokkan, diagnosa keperawatan yang diprioritaskan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), gangguan mobilitas fisik adalah Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Batasan karakteristik pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik ini dapat berupa mengeluh sulit menggerakan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.⁹ Sedangkan batasan karakteristik pada kasus Ny. W, yaitu mengeluh sulit menggerakan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, gerakan terbatas, fisik lemah (Solekhudin, 2022)
--	--	--	--	--

D. KONSEP PENYAKIT

1. *Sectio Caesarea*

a. Definisi *sectio caesarea*

Sectio caesarea merupakan suatu proses persalinan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding perut dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500gram. *Sectio caesarea* adalah tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu. (Sadikin Hasan, 2021)

Luka bekas operasi ini sering sekali membuat ibu merasa khawatir dan takut untuk melakukan pergerakan, selain itu luka tersebut juga menimbulkan nyeri, akibatnya ibu cenderung lebih memilih berbaring saja dan tidak mau melakukan pergerakan. Melakukan pergerakan seperti miring kiri dan kanan sangatlah penting bagi ibu post *sectio caesarea* karna dapat membantu proses penyembuhan luka operasi. Latihan mobilisasi bermanfaat untuk mempercepat kesembuhan luka, melancarkan pengeluaran lochea, mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, sirkulasi darah normal dan mempercepat pemulihan kekuatan ibu. Pada ibu post partum diharapkan tidak perlu khawatir dengan adanya jahitan karena mobilisasi dini baik buat jahitan, agar tidak terjadi pembengkakan akibat tersumbatnya pembuluh darah dan untuk ibu post partum dengan operasi sesar dalam melakukan mobilisasinya lebih lamban dan perlu mencermati serta memahami bahwa mobilisasi dini jangan dilakukan apabila kondisi ibu post partum masih lemah atau memiliki penyakit jantung, tetapi mobilisasi yang terlambat dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi organ tubuh, aliran darah tersumbat, serta fungsi otot (Turisna & Panjaitan, 2021)

b. Etiologi

Beberapa etiologi *sectio caesarea* (Dermawan, 2016).

- 1) Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) Cephalo pelvik disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan

ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi.

- 2) Preeklamsi Berat (PEB), Preeklamsi, hipertensi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting.
- 3) Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.
- 4) Bayi Kembar tidak semua bayi kembar dilahirkan secara *Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
- 5) Faktor hambatan jalan lahir yaitu adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.

c. Klasifikasi

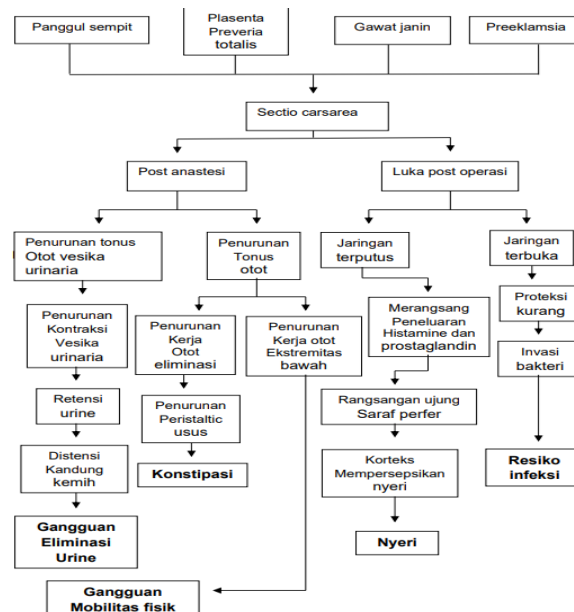
Beberapa klasifikasi *sectio caesarea* (Ratnasari, 2020).

- 1) *Sectio Caesarea Klasik* yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
- 2) *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda* yaitu sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada

masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.

- 3) *Histerektomi Caesarea* yaitu bedah Caesarea diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- 4) *Sectio Caesarea extraperitoneal* yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstrapertoneum

d. Pathway



(Aspiani Yuli, 2017)

2. Hipertensi Dalam Kehamilan

a. Definisi Hipertensi Dalam Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan adalah suatu kondisi dalam kehamilan dimana tekanan darah sistol diatas 140 mmHg dan diastol diatas 90 mmHg atau adanya peningkatan tekanan sistolik sebesar 30 mmHg atau lebih atau peningkatan diastolik sebesar 15 mmHg atau lebih

diatas nilai dasar yang mana diukur dalam dua keadaan, minimal dalam jangka waktu 6 jam. (Laksmi W Purwita, 2017)

Klasifikasi hipertensi dalam kehamilan :

- 1) Hipertensi kronik adalah hipertensi yang timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pasca persalinan.
- 2) Preeklamsi adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria.
- 3) Eklamsi adalah preeklamsi yang disertai dengan kejang-kejang sampai dengan koma.
- 4) Hipertensi kronik dengan superposed preeklamsi adalah hipertensi kronik di sertai tanda-tanda preeklamsi atau hipertensi kronik disertai proteinuria.
- 5) Hipertensi gestasional (transient hypertension) adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi . menghilang setelah 3 bulan pascapersalin atau kehamilan dengan preeklamsi tetapi tanpa proteinuria (prawirohardjo, 2016)

b. Etiologi

Prawirohardjo (2016), menjelaskan penyebab hipertensi dalam kehamilan belum diketahui secara jelas. Namun ada beberapa faktor risiko yang menyebabkan terjadinya hipertensi dan dikelompokkan dalam faktor risiko. Beberapa faktor risiko sebagai berikut :

- 1) Primigravida, primipaternitas
- 2) Hiperplasentosis, misalnya : mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes melitus, hidrops fetalis, bayi besar.
- 3) Umur
- 4) riwayat keluarga pernah pre eklampsia/ eclampsia.
- 5) penyakit- penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil
- 6) obesitas

c. Patofisiologi

Prawirohardjo (2016), menjelaskan beberapa teori yang mengemukakan terjadinya hipertensi dalam kehamilan diantaranya adalah :

1) Teori Genetik

Genotip ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotipe janin. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami pre-eklampsia, 2,6% anak perempuannya akan mengalami preeklampsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu mengalami preeklampsia.

2) Teori defisiensi gizi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kekurangan defisiensi gizi berperan dalam terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Misalnya seorang ibu yang kurang mengkonsumsi minyak ikan, protein dan lain-lain.

patofisiologi hipertensi dalam kehamilan terjadi karena adanya vasokonstriksi arteriol, vasospasme sistemik, dan kerusakan pembuluh darah merupakan karakteristik terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Sirkulasi arteri terganggu karena adanya segmen yang menyempit dan melebar yang berselang-seling. Kerja vasospastik tersebut merusak pembuluh darah akibat adanya penurunan suplai darah dan penyempitan pembuluh darah di area tempat terjadinya pelebaran. Apabila terjadi kerusakan pada endotelium pembuluh darah, trombosit, fibrinogen, dan hasil darah lainnya akan dilepaskan ke dalam interendotelium. Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan peningkatan permeabilitas albumin, dan akan mengakibatkan perpindahan cairan dari ruang intravaskuler ke ruang ekstrasvaskuler yang terlihat secara klinis sebagai edema.

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis Jhonson (2014), menjelaskan beberapa manifestasi klinis dari hipertensi dalam kehamilan adalah sebagai berikut : Gejala yang timbul akan beragam, sesuai dengan tingkat PIH dan organ yang

dipengaruhi.

- 1) Spasme pembuluh darah ibu serta sirkulasi dan nutrisi yang buruk dapat mengakibatkan kelahiran dengan berat badan dan kelahiran prematur.
- 2) Mengalami hipertensi diberbagai level.
- 3) Protein dalam urin berkisar dari +1 hingga +4.
- 4) Gejala neurologi seperti pandangan kabur, sakit kepala dan hiper refleksia mungkin akan terjadi.
- 5) Berpotensi gagal hati.
- 6) kemungkinan akan mengalami nyeri di kuadran kanan atas.
- 7) meningkatnya enzim hati.
- 8) jumlah trombosit menurun

e. Pemeriksaan diagnostik

Manuaba dkk (2013) menyebutkan pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada ibu hamil dengan hipertensi diantaranya :

- 1) Uji urin kemungkinan menunjukkan proteinuria
- 2) Pengumpulan urin selama 24 jam untuk pembersihan kreatinin dan protein.
- 3) Fungsi hati : meningkatnya enzim hati (meningkatnya alamine aminotransferase atau meningkatnya aspartate).
- 4) Fungsi ginjal: profil kimia akan menunjukkan kreatinin dan elektrolit abnormal, karena gangguan fungsi ginjal.
- 5) Tes non tekanan dengan profil biofisik.
- 6) USG seri dan tes tekanan kontraksi untuk menentukan status janin

f. Penatalaksanaan

Prawirohardjo (2016), beberapa penatalaksanaan hipertensi dalam kehamilan diantaranya :

- 1) Anjurkan melakukan latihan isotonik dengan cukup istirahat dan tirah baring.
- 2) Hindari kafein, merokok, dan alkohol.
- 3) Diet makanan yang sehat dan seimbang, yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung cukup protein, rendah

karbohidrat, garam secukupnya, dan rendah lemak.

- 4) Menganjurkan agar ibu melakukan pemeriksaan secara teratur, yaitu minimal 4 kali selama masa kehamilan. Tetapi pada ibu hamil dengan hipertensi dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan yang lebih sering, terutama selama trimester ketiga, yaitu harus dilakukan pemeriksaan setiap 2 minggu selama 2 bulan pertama trimester ketiga, dan kemudian menjadi sekali seminggu pada bulan terakhir kehamilan.
- 5) Lakukan pengawasan terhadap kehidupan dan pertumbuhan janin dengan USG. f. Pembatasan aktivitas fisik.
- 6) Penggunaan obat- obatan anti hipertensi dalam kehamilan tidak diharuskan, karena obat anti hipertensi yang biasa digunakan dapat menurunkan perfusi plasenta dan memiliki efek yang merugikan bagi janin. Tetapi pada hipertensi berat, obat-obatan diberikan sebagai tindakan sementara. Terapi anti hipertensi dengan agen farmakologi memiliki tujuan untuk mengurangi tekanan darah perifer, mengurangi beban kerja ventrikel kiri, meningkatkan aliran darah ke uterus dan sisitem ginjal serta mengurangi resiko cedera serebrovaskula. (Prawirohardjo, 2016)