

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH



ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILISASI PADA PASIEN POST PARTUM SECTIO CAESAREA DENGAN HIPERTENSI DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2023

ANNISA RIZQIANI HAPSARI
2014401042

POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGGARANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TANJUNGGARANG
TAHUN 2023

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH



**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN POST PARTUM SECTIO CAESAREA
DENGAN HIPERTENSI DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2023**

**ANNISA RIZQIANI HAPSARI
2014401042**

**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGGARANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TANJUNGGARANG
TAHUN 2023**

**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPUR
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPUR
PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR**

Laporan Karya Tulis Ilmiah, Maret 2023
Annisa Rizqiani Hapsari

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN POST PARTUM SECTIO CAESAREA
DENGAN HIPERTENSI DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2023**

xiii +63 halaman +9 tabel + 7 lampiran

ABSTRAK

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang mutlak oleh manusia. Menurut World Health Organization (WHO) 2020 menyebutkan bahwa Negara tertinggi dengan kejadian *sectio caesarea* terdapat pada negara Brazil (52%), Cyprus (51%), Colombia (43%), Mexico (39%) Australia (32%), dan Indonesia (30%). *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 500 gram. Hipertensi dalam kehamilan adalah suatu kondisi dalam kehamilan dimana tekanan darah sistol diatas 140 MmHg dan diastol diatas 90 MmHg. Tujuan asuhan ini melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post partum *sectio caesarea* dengan gangguan kebutuhan aktivitas. Metode penulisan dengan pendekatan asuhan keperawatan maternitas meliputi pengkajian, perumusan diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. Hasil asuhan keperawatan yang dilakukan didapatkan bahwa pasien 1 lebih sulit melakukan gerakan miring kiri dan kanan sedangkan pasien 2 lebih mudah karena sudah pernah menjalani persalinan dengan *sectio caesarea*. Penulis menyarankan agar dalam proses asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dalam melakukan tindakan mobilisasi dini dibantu atau dipantau oleh perawat.

Kata Kunci: Post Partum SC, Gangguan Kebutuhan Mobilisasi
Daftar Pustaka: (2013-2023)

**TANJUNGPURANG HEALTH POLYTECHNIC
TANJUNGPURANG DEPARTMENT OF NURSING
TANJUNGPURANG NURSING PROGRAM D III**

*Scientific Writing Report, March 2023
Annisa Rizqiani Hapsari*

***NURSING CARE OF MOBILIZATION REQUIREMENT DISORDERS IN
POST PARTUM SECTIO CAESAREA PATIENTS WITH HYPERTENSION
IN THE Dr. H. ABDUL MOELOEK
LAMPUNG PROVINCE 2023***

xiii+ 62 pages + 9 tables +6 attachments

ABSTRACT

The ability to move is a basic human need that is absolute by humans. According to the World Health Organization (WHO) 2020 states that the highest countries with the incidence of sectio caesarea are Brazil (52%), Cyprus (51%), Colombia (43%), Mexico (39%) Australia (32%), and Indonesia (30%). Sectio caesarea is a process of delivery, where the fetus is born through an incision in the abdominal wall and abdominal wall with the condition that the uterus is intact and the weight of the fetus is above 500 grams. Hypertension in pregnancy is a condition in pregnancy where systolic blood pressure is above 140 MmHg and diastole is above 90 MmHg. The purpose of this care is to carry out nursing care in post partum sectio caesarea patients with impaired activity needs. The method of writing with a maternity nursing approach includes assessment, diagnosis formulation, intervention, implementation and evaluation. The results of nursing care carried out found that patient 1 was more difficult to do left and right tilt movements while patient 2 was easier because she had undergone labor with cesarean section. It is hoped that this nursing care can be a reference in improving the application of nursing care in the future.

*Keywords: Post Partum SC, Activity Requirement Disturbance
Bibliography: (2013-2022)*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya yang telah memberikan nikmat sehat yang tidak ternilai harganya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan baik dan tepat waktu yang telah ditentukan. Adapun tujuan dari penulisan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan di Politeknik Kesehatan Tangjungkarang Program Studi DIII Keperawatan. Dengan judul yang diangkat penulis dalam menyusun Laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea dengan Hipertensi di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023”. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan serta saran yang begitu besar manfaatnya, baik dari dosen maupun rekan mahasiswa. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih kepada:

1. Dewi Purwaningsih, S.SiT. M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Tangjungkarang.
2. Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Tangjungkarang.
3. Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Tangjungkarang.
4. Ns. Sunarsih, S.Kep., MM selaku Dosen Pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir.
5. Dwi Agustanti, M.Kep., Sp.Kom selaku Dosen Pembimbing pendamping yang selalu memberikan masukan dalam penyusunan dan penulisan Laporan Tugas Akhir.
6. Pihak RSUD Dr. H. Abdul Moelok yang telah banyak membantu selama dinas untuk memperoleh data yang saya perlukan.
7. Kedua orang tua tercinta, Ayah Muhamad Hafizon Ashari, Mama Sulawati yang sudah memberikan dukungan baik materi, serta doa yang tiada henti.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, dan penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak guna untuk perbaikan selanjutnya. Semoga Laporan Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca dan bagi pengembang ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan.

Bandar Lampung, 20 Januari 2023

Penulis



BIODATA PENULIS

Nama : Annisa Rizqiani Hapsari
NIM : 2014401042
Tempat/Tanggal Lahir : Pulau Panggung, 29 Desember 2002
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Pulau Panggung , Rt 04 Rw 04 , Abung
Tinggi, Lampung Utara, Lampung

RIWAYAT PENDIDIKAN

TK (2006-2007) : TK Al Ikhsan Pulau Panggung
SD (2007-2013) : SD Negeri 1Pulau Panggung
SMP (2013-2016) : SMP Negeri 1 Bukit Kemuning
SMA (2016-2019) : MAN 1 Bandar Lampung
D III (2019-2022) : Politeknik Kesehatan Tanjungkarang Jurusan
Keperawatan

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah

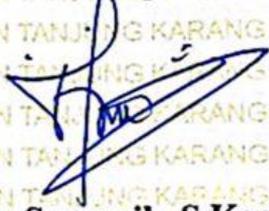
**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN POST PARTUM SECTIO CAESAREA
DENGAN HIPERTENSI DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2023**

**ANNISA RIZQIANI HAPSARI
2014401042**

Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing Laporan Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Tanjungkarang Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Tim Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

Pembimbing Utama



**Ns. Sunarsih, S.Kep., MM
NIP. 196808271987112001**

Pembimbing Pendamping



**Dwi Agustanti, M.Kep., Sp.Kom
NIP. 197108111994022001**

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN POST PARTUM SECTIO CAESAREA
DENGAN HIPERTENSI DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2023**

ANNISA RIZQIANI HAPSARI
2014401042

Telah dipertahankan dan disetujui oleh Tim Penguji Laporan Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Tanjungkarang
Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang

TIM PENGUJI KARYA TULIS ILMIAH

Ketua Penguji

: **Ns. Musiana, S.Kep., M.Kes**
NIP. 197404061997032001

()

Anggota Penguji

: **Dwi Agustanti, M.Kep., Sp.Kom**
NIP. 197108111994022001

()

Moderator

: **Ns. Sunarsih, S.Kep., MM**
NIP. 196808271987112001

()

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan Tanjungkarang
Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep
NIP. 197111291994021001



LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN NASKAH ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Annisa Rizqiani Hapsari
NIM : 2014401042
Program Studi : D III KeperawatanTanjungkarang
Alamat E-mail : annisarizqianihapsari@gmail.com
No.HP : 082269089796

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya. Naskah ilmiah ini sepenuhnya merupakan karya intelektual saya dan seluruh sumber yang menjadi rujukan dalam karya ilmiah ini telah saya sebutkan sesuai kaidah akademik yang berlaku umum, termasuk para pihak yang telah memberikan kontribusi pemikiran pada isi.

Demikian pernyataan ini saya nyatakan secara benar dengan penuh tanggung jawab dan integritas.

Bandar Lampung, Maret 2023 Pembuat
Pernyataan



Annisa Rizqiani Hapsari

2014401042

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
KATA PENGANTAR	iv
BIODATA PENULIS	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan	3
D. Manfaat	4
E. Ruang Lingkup.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Proses Keperawatan.....	6
B. Konsep Kebutuhan Dasar.....	19
C. Publikasi Asuhan keperawatan	22
D. Konsep Penyakit	24
BAB III METODE	
A. Pendekatan Asuhan	31
B. Subyek Asuhan.....	31
C. Fokus Studi	31
D. Lokasi dan Waktu.....	31
E. Definisi Operasional	32

F. Instrumen Asuhan	32
G. Metode Pengumpulan Data	32
H. Analisis Data dan Penyajian Data	34
I. Prinsip Etik	34

BAB IV HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	36
B. Pembahasan	55

BAB V PENUTUP

A. Simpulan	60
B. Saran	61

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan	13
Tabel 2.2 Evaluasi Keperawatan	17
Tabel 2.3 Publikasi Asuhan Keperawatan.....	23
Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan.....	37
Tabel 4.2 Hasil Laboratorium	41
Tabel 4.3 Analisa Data	42
Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan.....	45
Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi Pasien 1	50
Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi Pasien 2	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Pasien (*Informed Consent*)

Lampiran 2 Lembar Pernyataan Melakukan Asuhan

Lampiran 3 Lembar Bimbingan/Konsultasi Pembimbing 1

Lampiran 4 Lembar Bimbingan/Konsultasi Pembimbing 2

Lampiran 5 Lembar Pengkajian Maternitas

Lampiran 6 Lembar Persetujuan Judul

Lampiran 7 Lembar Masukan Seminar Hasil

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Aktivitas adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi. Aktivitas dapat memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari dan aktifitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dengan gerakan tangan non verbal. Sehingga gangguan kebutuhan aktivitas dapat juga berdampak pada pemenuhan kebutuhan seseorang. Hal serupa juga dapat dialami pada pasien post opsectio caesarea (Rangkuti, 2017). Gangguan kebutuhan aktivitas dapat dialami oleh ibu post op sectio caesarea yang disebabkan karena rasa nyeri dan kelemahan tubuh pasca operasi sehingga aktivitasnya terganggu dan perlu dibantu oleh keluarga atau orang lain hal tersebut relevan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh . Oleh karna itu, pemenuhan kebutuhan dasar dan Activity Dially Living (ADL) perlu diperhatikan oleh perawat karena pada pasien Post op tersebut masih dalam kondisi pemulihan dan untuk mencegah terjadinya infeksi. Selain itu dampak yang akan dialami pada pasien jika kebutuhan aktivitasnya tidak terpenuhi maka bisa saja timbul masalah lain atau bahkan komplikasi. Masalah yang dapat timbul akibat hal tersebut yaitu perederan darah menjadi tidak lancar, fungsi tubuh terganggu, gangguan dalam pola berkemih dan konstipasi akibat kurangnya aktivitas fisik. Karena semakin banyaknya jumlah persalinan dengan post op sectio caesarea maka hal tersebut sangat perlu diperhatikan. (Fauziah & Fitriana, 2018)

Pada pasien post sectio caesarea mulai melakukan pergerakan yaitu 6 jam setelah operasi sedangkan pada ibu post partum pervagina melakukan pergerakan 2 jam setelah melahirkan, pada persalinan normal, ibu diperbolehkan untuk mandi dan ke WC dengan bantuan orang lain, yaitu pada 1 atau 2 jam setelah persalinan jika ibu belum melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini selama 1 atau 2 jam setelah persalinan, ibu nifas tersebut belum melakukan mobilisasi secara dini (*late ambulation*).

Ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu sering mengalami hipertensi. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi kehamilan yaitu usia (>35 tahun), faktor kehamilan, obesitas, dan riwayat hipertensi. Angka kematian akibat hipertensi dalam kehamilan di Indonesia semakin meningkat yaitu sebesar 27,1% pada tahun 2015 dan 33% pada tahun 2018. Dalam Profil kesehatan Indonesia tahun 2015 diketahui bahwa hipertensi (27,1%) adalah persentasi tertinggi kedua penyebab kematian ibu setelah perdarahan (30,3%) (Depkes RI, 2015). Lalu mengalami kenaikan pada tahun 2018 prevalensi hipertensi pada wanita hamil di Indonesia sebesar 33% . (Alatas, n.d.)

Data statistik menurut World Health Organization (WHO) (2020) menyebutkan bahwa Negara tertinggi dengan kejadian sectio caesarea terdapat pada negara Brazil (52%), Cyprus (51%), Colombia (43%), Mexico (39%) Australia (32%), dan Indonesia (30%). Prevalensi sectio caesarea dari tahun ke tahun terus meningkat, berdasarkan data dari WHO bahwa mereka menetapkan standar rata-rata sectio caesarea di sebuah Negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran didunia. Rumah Sakit pemerintah kira-kira 11% sementara Rumah Sakit swasta lebih dari 30% (Gibbson, 2019). Menurut WHO peningkatan persalinan dengan sectio caesarea di seluruh Negara selama tahun 2017-2019 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia. (Fatrida & Tanjung, 2023)

Menurut Riskesdas 2013 angka persalinan section caesarea di Indonesia sebesar 15,3%, terendah di Sulawesi Tenggara 5,5% dan tertinggi di DKI Jakarta 27,2%. Di Kabupaten Deli Serdang, Provinsi Sumatera Utara di RSUD Lubuk Pakam menunjukkan angka yang lebih dramatis sebesar 254 kasus dari 384 (66,14%) persalinan dengan indikasi medis 93,6 % dan indikasi sosial 6,4 %. (Sitorus & Purba, 2019)

Provinsi Lampung terdapat ibu post partum dengan persalinan Sectio caesarea tahun 2013 yaitu 295 orang. Pada tahun 2014 yang berjumlah 330 orang dengan rata-rata perbulan 30 orang (9,09%). Angka persalinan SC di provinsi Lampung tahun 2016 sekitar 4,8%, angka kejadian secsio

caesarea di Kota Bandar Lampung pada tahun 2016 adalah 3.991 dari 169.000 persalinan (2,3%) dari seluruh persalinan. (Aprina & Puri, 2016)

Data yang diperoleh dari ruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moelok Bandar Lampung pada tahun 2022 bulan Januari sampai dengan Desember masalah hipertensi pada kehamilan yang terjadi hanya terdapat 16 kasus yang terjadi dalam waktu 1 tahun dan pada saat penulis melakukan study kasus di bulan Januari mengalami 5 kasus di tahun 2023

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien gangguan kebutuhan aktivitas yang terstandar berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI di Ruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moelok Bandar Lampung tahun 2023.

B. RUMUSAN MASALAH

Bagaimanakah asuhan keperawatan gangguan kebutuhan mobilisasi pasien post partum sectio caesarea dengan hipertensi di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan gangguan kebutuhan mobilisasi pada pasien post partum sectio caesarea dengan hipertensi di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya pengkajian keperawatan gangguan kebutuhan mobilisasi pada pasien post partum sectio caesarea di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023.
- b. Diketuinya diagnosis keperawatan gangguan kebutuhan mobilisasi pada pasien post partum sectio caesarea di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023
- c. Diketuinya perencanaan keperawatan gangguan kebutuhan mobilisasi pada pasien post partum sectio caesarea di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023.

- d. Diketuinya tindakan keperawatan gangguan kebutuhan mobilisasi pada pasien post partum sectio caesarea di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023
- e. Diketuinya evaluasi keperawatan gangguan kebutuhan mobilisasi pada pasien post partum sectio caesarea di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023

D. MANFAAT

1. Manfaat Teoritis

Untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas Selain itu, laporan tugas akhir ini dapat digunakan sebagai bahan bacaan keustakaan.

2. Manfaat Praktisi

a. Bagi Perawat

Asuhan keperawatan ini dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran dan masukan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan aktivitas pada pasien post partum sectio caesarea

b. Bagi RSUD Dr. H. Abdul Moelok

Asuhan keperawatan ini sebagai masukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan dan juga sebagai salah satu contoh hasil penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas.

c. Manfaat Bagi Institusi Prodi D III Keperawatan Tanjungkarang

Asuhan keperawatan ini dapat dijadikan bahan pembelajaran bagi mahasiswa yang akan Menyusun Laporan Karya Tulis Ilmiah dan menambah bahan pembelajaran khususnya tentang asuhan keperawatan gangguan kebutuhan aktivitas pada pasien post partum section caesarea dengan hipertensi

d. Manfaat Bagi Penulis Selanjutnya

Dapat memberikan asuhan keperawatan yang kompeherensif serta lebih teliti dalam melakukan pengkajian dan pengolahan data sehingga dapat memberikan asuhan yang maksimal kepada pas

E. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup laporan tugas akhir ini berfokus pada asuhan keperawatan dasar dalam pemenuhan kebutuhan dasar mobilisasi pada pasien post partum sectio caesarea dengan hipertensi di RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023. Asuhan keperawatan ini terdiri atas pengkajian, perumusan diagnosis , intervensi, implementasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan ini dilakukan dengan perizinan terlebih dahulu dengan subyek dilakukan pada 2 pasien. Asuhan keperawatan ini dilakukan pada tanggal 10 – 14 januari 2023

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

Ketidalcukupan 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	<p>Gangguan mobilitas fisik Definisi : keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ektermitas</p>	<p>Intervensi utama Dukungan ambulasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Intervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Intoleransi Aktivitas ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari</p>	<p>Intervensi utama Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Intervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Keletihan Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat</p>	<p>Intervensi Utama Manajemen Energi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Edukasi Aktivitas Observasi Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik

		<p>2. Anjurkan Menyusun jadwal aktivitas sendiri</p> <p>Intervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Definisi</p> <p>Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p>	<p>Intervensi utama</p> <p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu dan tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur <p>Intervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 Meningkat					
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 Meningkatkan					
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	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 Meningkatkan	Meningkat
Verbalisasi kepuhian 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. (Sulistyowati, 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 <i>post sectio caesarea</i> terhadap Ny. M diruang kebidanan RS Handayani kotabumi	Sastri Widia Aprilianti	2022	Gambaran pengkajian pada pasien post partum <i>section caesarea</i> 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 Solekhudin	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

				<p>mengatakan belum bisa menggerakkan 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 \pm 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 menggerakkan 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 menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, gerakan terbatas, fisik lemah (Solekhudin, 2022)</p>
--	--	--	--	---

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 rahim 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

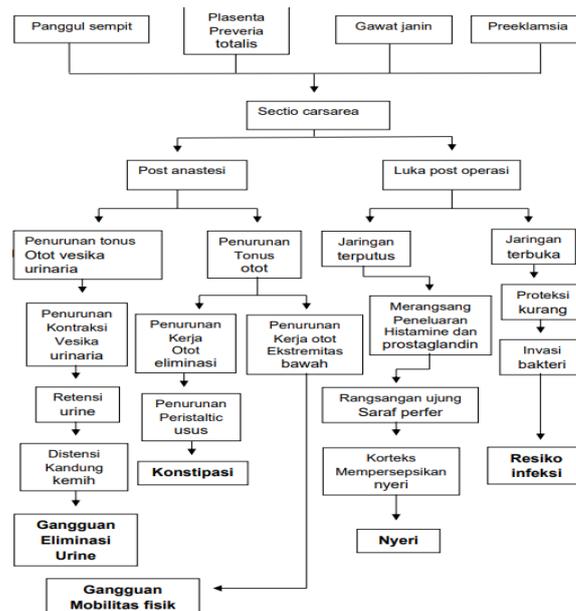
Beberapa klasifikasi *sectio caesarea* (Ratnasari, 2020).

- 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 ekstraperitoneum

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)

BAB III METODE

A. Pendekatan Asuhan

Pendekatan laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan bertujuan agar pasien yang mengalami gangguan kebutuhan mobilisasi dan istirahat dapat ditangani.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini adalah 2 pasien dengan post partum *sectio caesarea* di Ruang Delima RSUD Dr. H Abdul Moeleok yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas dengan kriteria :

1. Pasien dengan diagnosa post partum *sectio caesarea* yang dirawat selama 3 hari
2. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik
3. Pasien berada di Ruang Delima RSUD Dr. H Abdul Moelok
4. Pasien dengan gangguan kebutuhan Aktivitas

C. Fokus Studi

Laporan tugas akhir ini penulis melakukan pendekatan dengan asuhan keperawatan pada kebutuhan dasar manusia yang tindakannya berfokus pada pasien dengan gangguan kebutuhan mobilisasi . Tujuannya untuk memenuhi kebutuhan dasar aktivitas pada pasien dengan masalah gangguan kebutuhan mobilisasi

D. Lokasi dan Waktu

Asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 9 - 14 Januari 2023 di Ruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moelok Tahun 2023

E. Definisi Operasional

1. Gangguan kebutuhan aktivitas

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh setiap manusia dalam mempertahankan kehidupan dan kesehatan salah satunya adalah kebutuhan aktivitas. Kebutuhan aktifitas atau pergerakan ,istirahat dan tidur merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Tubuh membutuhkan aktifitas untuk kegiatan fisiologi, serta membutuhkan istirahat dan tidur untuk pemenuhan (Tarwoto & Wartonah,2015).

2. Hipertensi pada ibu *post partum sectio caesarea*

Hipertensi merupakan peningkatan sistolik >140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan istirahat. Hipertensi merupakan masalah kesehatan dunia dengan prevalensi di Indonesia sebesar 25,8%. Hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung koroner, gagal jantung, stroke, penyakit ginjal kronik, kerusakan retina maupun penyakit vaskuar perifer. (Hasdianah, 2017)

F. Instrument Asuhan

Pada laporan tugas akhir ini , penulis menggunakan alat atau instrumen pengumpulan data dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pada ibu *post partum sectio caesarea* dan lembar observasi. Selain itu penulis juga menggunakan lembar SOP untuk melakukan tindakan keperawatan.

G. Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan maternitas sebagaimana panduan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di Ruang Delima pada pasien yang mengalami gangguan kebutuhan mobilisasi. Adapun alat yang

digunakan dalam proses pengumpulan data lain yaitu sphygmometer , thermometer, oksimeter, stetoskop , buku catatan dan pena.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah untuk mendapatkan data dalam penelitian yang dapat memenuhi standar data yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2015). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini menggunakan metodologi keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan hingga pendokumentasian hasil keperawatan sesuai format. Pengumpulan data pada penelitian ini meliputi:

a. Wawancara

Wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk melakukan kegiatan tanya jawab dengan suatu tujuan untuk memperoleh informasi atau data dalam suatu topik tertentu. Penulis melakukan wawancara kepada subjek asuhan (pasien) pada saat pengkajian atau tahap mengumpulkan data.

b. Observasi

Observasi merupakan suatu proses mengamati secara menyeluruh serta mencermati perilaku pada suatu kondisi tertentu. Penulis melakukan observasi pada pasien yaitu mengamati keadaan pasien seperti kesadaran, keadaan umum, kelainan fisik, perdarahan, terbakar, dan lain-lain.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu pemeriksaan identitas, keluhan pasien serta pemeriksaan lainnya dan pemeriksaan sesuai kebutuhan dasar sebagaimana panduan pemeriksaan pada format pengkajian keperawatan maternitas.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung data dalam menegakkan suatu diagnosis. Hasil pemeriksaan penunjang sangat diperlukan karena lebih objektif dan akurat Adapun pemeriksaan penunjang dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini yaitu hasil laboratorium darah

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Penulis menyajikan data penelitian ini dalam bentuk narasi dan juga tabel

1. Narasi

Penulis menggunakan penyajian secara teks yaitu penyajian data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Contohnya, penulis memaparkan hasil dari pengkajian pada klien sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat penyajian, dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberi informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca.

2. Tabel

Penulis juga menuliskan hasil laporan dalam bentuk tabel yang merupakan suatu penyajian yang sistematis, yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi

I. Prinsip Etik

1. Kode etik dalam keperawatan

Kode etik adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan. Aturan yang berlaku untuk seorang perawat Indonesia dalam melaksanakan tugas atau fungsi perawat adalah kode etik perawat nasional Indonesia, dimana seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan. (Sinamungkalit, 2019)

2. Prinsip dan fungsi etika keperawatan

a. Otonomi (*autonomy*)

Kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri. Menhargai otonomi berarti menghargai manusia sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.

- b. Berbuat baik (*beneficence*)

Selalu mengupayakan tiap keputusan dibuat berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik dan tidak merugikan klien. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Contoh perawat menasehati klien tentang program Latihan untuk memperbaiki kesehatan secara umum, tetapi tidak seharusnya melakukannya apabila klien dalam keadaan risiko serangan jantung.
- c. Tidak merugikan (*non maleficence*)

Tindakan dan pengobatan harus berpedoman “*primum non nocere*” (yang paling utama adalah jangan merugikan), tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi klien.
- d. Kejujuran (*veracity*)

Dokter dan perawat hendaknya mengatakan secara jujur dan jelas apa yang akan dilakukan serta akibat yang dapat terjadi dalam memberikan informasi harus disesuaikan dengan tingkat Pendidikan pasien.
- e. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Dokter dan perawat harus menghormati *privacy* dan kerahasiaan pasien, meskipun penderita telah meninggal.
- f. Menepati janji (*fidelity*)

Prinsip *fidelity* dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien.
- g. Keadilan (*justice*)

Prinsip moral adil adalah untuk semua individu, Tindakan yang dilakukan untuk semua orang sama.
- h. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa Tindakan seseorang professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali

BAB IV

HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini menguraikan tentang hasil pengumpulan data asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan mobilisasi Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea dengan Hipertensi di Ruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moelok tahun 2023. Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 9 dan 11 Januari 2022 didapatkan 2 (dua) subjek pasien gangguan kebutuhan mobilisasi pada pasien post partum sectio caesarea. Asuhan keperawatan ini dilakukan selama 3 (tiga) hari berturut-turut dengan pelaksanaan sesuai proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Adapun hasil pengumpulan data yang diperoleh dapat diuraikan sebagai berikut :

A. Hasil Asuhan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dimana data atau informasi tentang pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisis untuk menentukan diagnosis keperawatan. Hasil pengkajian dari penulis adalah sebagai berikut

Tabel 4.1
Pengkajian

No	Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	Identitas pasien	Nama : Ny I Jenis Kelamin : Perempuan Umur : 37 tahun Pekerjaan : Ibu rumah tangga Pendidikan : SMK Agama : Islam Suku : Jawa Status Perkawinan : Kawin Alamat : Lampung Tengah Tanggal masuk ruangan : 8 Januari 2023 Jam masuk ruangan : 18.00 No registrasi : 00699287 Tanggal pengkajian : 9 Januari 2023 Jam pengkajian : 07.00 Wib (12 jam setelah operasi)	Nama : Ny c Jenis kelamin : perempuan Umur : 35 tahun Pekerjaan : Ibu rumah tangga Pendidikan : SMA Agama : Islam Suku : Palembang Status perkawinan : Kawin Alamat : Jl bumi manti Bandar lampung Tanggal masuk ruangan : 11 Januari 2023 No registrasi : 00699241 Jam masuk ruangan : 16.00 Tanggal pengkajian : 11 Januari 2023 Jam Pengkajian : 20.00 Wib (4 jam setelah operasi)
2	Keluhan utama	Pasien mengeluh sulit bergerak	Pasien mengeluh sulit bergerak
3	Alasan masuk	Pasien awalnya merasakan pusing	Pasien datang kerumah sakit

	rumah sakit	dan kelelahan lalu pasien datang kerumah bidan terdekat untuk melakukan pemeriksaan , oleh bidan di anjurkan ke rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut , di rumah sakit dianjurkan untuk melakukan operasi Caesar karena tekanan darah tinggi	karena merasakan sakit dibagian perut saat dirumah sakit pasien dianjurkan melahirkan dengan operasi sectio caesarea dikarenakan tekanan darah klien tinggi
4	Riwayat Kesehatan sekarang	<p>P: pasien mengeluh sulit saat bergerak dikarenakan nyeri pada sayatan luka operasi sesar</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk</p> <p>R: nyeri pada bagian perut jahitan luka operasi</p> <p>S: skala nyeri 5</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak usia 31 tahun</p>	<p>P: pasien mengeluh sulit saat bergerak dikarenakan nyeri pada sayatan luka operasi sesar</p> <p>Q: merasakan sensasi perih diluka operasi</p> <p>R: nyeri pada bagian luka operasi</p> <p>S: skala nyeri 4</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak usia 35 tahun setelah 2 bulan hamil</p>
5	Riwayat kehamilan , persalinan, dan nifas yang lalu	<ol style="list-style-type: none"> Anak pertama Tahun : 2011 Jenis kelamin : perempuan Penolong : bidan Jenis persalinan : normal Keadaan bayi waktu lahir : sehat Anak kedua Tahun 2023 Jenis kelamin : perempuan Penolong : Dokter Jenis persalinan : section caesarea Keadaan bayi waktu lahir : Sehat 	<ol style="list-style-type: none"> Anak pertama Tahun : 2015 Jenis kelamin : laki – laki Penolong : dokter Jenis persalinan : <i>sectio caesarea</i> Keadaan bayi waktu lahir : sehat Anak kedua Tahun : 2023 Jenis kelamin : perempuan Penolong : dokter Jenis persalinan : sectio caesarea Keadaan bayi waktu lahir : sehat
6.	Pengalaman menyusui	Ya pasiemi memiliki pengalaman menyusui selama kurang lebih 6 bulan	Pasien memiliki pengalaman menyusui selama kurang lebih 2 tahun
7	Riwayat kehamilan saat ini	Pasien melakukan pemeriksaan kehamilan kurang lebih selama 3 kali di bidan terdekat P2 A1 H2	Pasien melakukan pemeriksaan kehamilan kurang lebih selama 5 kali P2 A0 H2
8	Riwayat persalinan	Jenis persalinan : sectio caesarea Jenis kelamin bayi : perempuan Bb : 2,5 kg Pb : 45 cm	Jenis persalinan : sectio caesarea Jenis kelamin bayi : perempuan Bb: 3,8 kg Pb : 46 cm
9	Riwayat ginekologi	Haid terakhir : 1 mei 2022 Panjang siklus haid : 5 hari / bulan Haid teratur , tidak ada nyeri saat haid	Haid terakhir : 10 april 2022 Panjang siklus haid : 7 hari / bulan Haid teratur

10	Riwayat kb	Jenis kb : hormonal (pil) Masalah kontrasepsi : tidak ada Kapan klien menggunakan kb : pasien rutin mengkonsumsi kb pil	Jenis kb : suntik (DMPA) Masalah kontrasepsi : tidak ada Pasien menggunakan kb ini kurang lebih selama 6 tahun
11	Data umum Kesehatan saat ini	Status obstertik : G3 A1 P2 Kesadaran: composmentis Bb : 60 kg Tb : 152 cm	Status obstertik : G2 A0 P2 Kesadaran : composmentis Bb : 65 kg Tb : 160 cm
12	Pemeriksaan fisik	Td : 150/95 mmhg N : 95 x/ menit S : 36,2 ⁰ C Spo2 : 98 % Kepala : bentuk kepala bulat , warna rambut hitam dan ada sedikit rambut berwarna putih , rambut sedikit lepek , tiddak ada rambut rontok , tidak ada benjolan dan nyeri tekan Mata : simetris kanan dan kiri , sklera an ikterik , konjungtiva an anemis , tidak ada nyeri tekan Hidung : simetris , terdapat sedikit kotoran dihidung , tidak ada nyeri tekan Mulut : mukosa tampak kering , tidak memakai gigi palsu , warna bibir normal dan tidak ada lesi Telinga : keduanya simetris, tidak ada kotoran, jika ditekuk kembali cepat Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis Jantung Suara jantung 1 dan jantung 2 reguler , Bj lub dub, tidak ada suara tambahan Paru – paru Pengembangan dinding dada simetris, suara nafas vesikuer dan tidak ada suara nafas tambahan Payudara Keadaan payudara bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada pembengkakan , puting menonjol lunak, dan tidak ada nyeri tekan Pengeluaran asi : belum keluar	Td : 160 / 100 mmHg N : 80 x / menit S : 36,7 ⁰ C Spo2 : 97 % Kepala : bentuk kepala bulat , rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih , tidak ada rambut rontok tidak ada benjolan , tidak ada nyeri tekan Mata : mata kanan dan kiri simetris , konjungtiva an anmeis , sklera an ikterik , tidak ada nyeri tekan Hidung : simetris , keadaan hidung bersih , tidak ada nyeri tekan luka atau perdarahan Mulut : mukosa tampak kering , tidak memakai gigi palsu , warana gigi agak kekuningan , tidak ada luka atau perdarahan di mulut Telinga : keaadaan telinga bersih tidak ada kotoran , simetris antara telinga kanan dan kiri , jika ditekuk kembali cepat Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid , tidak ada pembesaran vena jugularis Jantung suara jantung 1 dan jantung 2 reguler , Bj lub dub, tidak ada suara tambahan Paru – paru Pengembangan dinding dada simetris, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan Payudara Keadaan payudara bersih ,

		Abdomen : Terdapat luka post op scerio caesarea dengan bentuk memanjang sekitar 15 cm, involusi uterus baik , tfu 2 jari dibawah pusar dengan konsistensi uteri baik dan keras	tidak ada pembengkakan , putting menonjol , aerola berwarna hitam , tidak ada nyeri tekan dan terasa lunak Pengeluaran asi : belum keluar Abdomen Terdapat luka post op Sectio caesarea dengan bentuk memanjang sekitar 18 cm , tfu 4 jari dibawah pusar dengan konsistensi uteri baik dan keras
13	Perineum	Perineum utuh tidak ada REEDA Lochea : jenis rubra , konsistensi lochea merah kehitaman , konsistensi cair dengan bau amis Hemorhoid : tidak ada	Perineum utuh tidak ada REEDA Lochea : jenis rubra , warna merah , konsistensi cair dan bau amis Hemorhoid : tidak ada
14	Ekstermitas atas	Terpasang IVFD RL 500 cc 20 tetes permenit dibagian tangan sebelah kiri Edema : tidak ada pembengkakan	Terpasang IVFD RL 500 cc 20 tetes / menit dibagian tangan sebelah kiri
15	Ekstermitas bawah	Tidak ada varises, tanda homan (-) Tidak ada pembengkakan, Rom terbatas , kekuatan otot ekstermitas bawah 4	Terdapat varises di kaki sebelah kanan dan kiri , tanda homan (-), Rom terbatas, kekuatan otot ekstermitas bawah 3
16	Eliminasi	Urine : terpasang kateter , warna kuning pekat , jumlah 500 cc dan bau pesing Bab : setelah melahirkan klien belum bab	Urine : terpasang kateter , warna kuning kecoklatan, jumlah 250 cc, dan bau pesing Bab : setelah melahirkan klien belum bab
17	Istirahat dan nyaman	Pola tidur : kebiasaan tidur selama 4 jam , pasien sering terbangun karena ,merasakan nyeri di bagian luka operasi skala 4 Keluhan ketidaknyamanan : ya pasien mengeluh tidak nyaman dibagian abdomen yang terdapat luka operasi	Pola tidur : kebiasaan tidur semalam hanya 5 jam selama dirumah sakit karena nyeri masih terasa skala 5 Keluhan ketidaknyamanan : ya pasien mengeluh nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi sc
18	Mobiltas dan Latihan	Pasien tampak berbaring ditempat tidur dan tidak mampu untuk berjalan dikarenakan nyeri pada luka operasi. ADL dibantu oleh keluarga , klien belum bisa miring kiri dan kanan , pasien mengatakan takut dan cemas saat bergerak karena nyeri di luka operasi	Pasien tampak berbaring ditempat tidur dan tidak mampu untuk berjalan dikarenakan nyeri pada luka operasi. ADL dibantu oleh keluarga , pasien belum bisa miring kiri dan kanan , pasien mengtakan takut dan cemas saat bergerak karena nyeri di luka operasi
19	Nutrisi dan cairan	Asupan nutrisi : nafsu makan pasien baik klien makan 3 x/ hari dan habis 1 porsi makanan Asupan cairan : klien minum	Asupan nutrisi : nafsu makan pasien berkurang dari porsi biasanya mampu menghabiskan 1 porsi makanan

		600ml/ hari	, dirumah sakit hanya habis 1/2 porsi , dan pasien makan 3 x/ hari selama dirumah sakit Asupan cairan : pasien minum sekitar 700 ml / hari
20	Keadaan mental	Adaptasi psikologis : pasien mengatakan tidak merasakan cemas dan pasien merasa bahagia kelahiran anak keduanya Penerimaan terhadap bayi : pasien menerima dengan senang hati bayinya	Adaptasi psikologis : pasien mengatakan sangat bahagia dengan kelahiran anak kedua karna sudah lama menantikan anak keduanya Penerimaan terhadap bayi : pasien menerima dengan senang hati bayinya
21	Kemampuan menyusui	Pasien mengatakan sudah mengerti dan sudah berpengalaman menyusui anak pertamanya	Pasien mengatakan sudah tau cara menyusui

a. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.2
Hasil Laboratorium

Pemeriksaan Darah Lengkap

Darah Lengkap	Hasil		Nilai Rujukan dan Satuan
	Pasien 1	Pasien 2	
Hemoglobin	12,2 g/dL	11,8	11,7 – 15,5 g/dL
Leukosit	10.000	10.400	3.600 – 11.000 / μ L
Eritrosit	4,5	4,0	3,8 – 5,2 juta / μ L
Hematokrit	36	33	35 – 47 %
Trombosit	315.000	230.000	150.000 – 440.000 / μ L
Mcv	85	82	80 – 100 fl
Mch	26,8	28	26 – 34 pg
Mchc	34,1	34	32 – 36 g/dL
Basofil	0	0	0 – 1 %
Eosinofil	0	0	2 – 4 %
Batang	0	0	3 – 5 %
Segmen	69	71	50 – 70 %
Limfosit	22	20	25 – 40 %
Monosit	8	9	2 – 8 %

Kimia Darah

Kimia	Hasil		Nilai Rujukan dan Satuan
	Pasien 1	Pasien 2	
Gula darah sewaktu	107	102	<140 mg / dL
Ureum	19	17	17 – 43 mg / dL
Creatinine	0,51	0,40	<0,90 mg / dL

Urinalisa

Urinalisa	Hasil		Nilai Rujukan dan Satuan
	Pasien 1	Pasien 2	
Warna	Merah	Kuning	Kuning
Kejernihan	Keruh	Keruh	Jernih

Berat jenis	1,015	1,20	1,015 – 1,025
pH	6,5	7,0	5,0 – 8,5
Leukoait / lesis	500 *	500 *	Negative (<25) Leu/uL
Nitrit	Positif	Positif	Negatif
Protein	15	25	Negatif (<30) mg/dL
Glucose	Negatif	Negatif	Negatif (<50) mg / dL
Keton	150 *	15 *	Negatif (<15) mg / dL
Urobilinogen	8*	1 *	Negatif (<1) mg/dL
Bilirubin	3*	Negatif	Negatif (<1) mg dL
Darah samar	250 *	250 *	Negatif (<10) mg / dL
Leukosit	10 – 20	35 – 40	1 – 4 / LP 400x / LPB
Erytrosit	5 – 10	20 – 25	0-1 / LP 400x / LPB
Epithel	3 – 5	3 – 5	5 – 15/ LP 400 x / LPB
Bakteri	Negatif	Negatif	Negatif
Kristal	Negatif	Negatif	Negatif
Silinder	Negatif	Negatif	Negatif

b. Terapi Obat

Pasien 1	Pasien 2
IVFD RL 500cc (20 tetes / menit)	IVFD RL 500cc (20 tetes / menit)
Metildopa 3 x 500 mg (oral)	Metildopa 3 x 500 mg (oral)
Ceftriaxone 1gr / 12 jam (iv)	Ceftriaxone 1gr / 12 jam (iv)
Ketorolac 30mg /8 jam (drip)	Injeksi ketorolac 30 mg /8 jam (drip)

c. Analisa Data

Tabel 4.3
Analisa Data pasien 1

Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Pasien mengatakan cemas saat bergerak 3. Pasien mengeluh sulit bergerak dikarenakan nyeri pada sayatan luka operasi sesar <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tirah baring 2. Pasien tampak lemah , dan belum melakukan miring kiri dan kanan ditempat tidur 3. Pasien melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga 4. Kekuatan otot ekstermitas bawah 4 	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri pada saat kondisi pasca operasi
<p>Data subyektif</p> <p>Pasien mengatakan ada luka sayatan di perut.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Tampak ada luka sayatan di bawah umbilicus kurang lebih 15 cm.</p>	Gangguan integritas kulit	Sectio caesarea

<p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Pasien mengeluh nyeri seperti disayat sayat 3. Pasien mengatakan nyeri dibagian luka post op sc <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 5 2. Td : 150/90 mmHg 3. Nadi : 95 x / menit 4. Spo2 : 98 % 	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Tabel 4.4
Analisa data pasien 2

Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit bergerak karena nyeri bekas operasi 2. Pasien mengeluh sulit bergerak dikarenakan nyeri pada sayatan luka operasi sesar <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien belum melakukan miring kiri dan kanan ditempat tidur <p>Klien tampak tirah baring</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot ekstermitas bawah 3 	Gangguan mobilitas fisik	Pembatasan gerak
<p>Data subyektif</p> <p>Pasien mengatakan ada luka sayatan di perut.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Tampak ada luka sayatan di bawah 43mbilicus.Kurang lebih 18 cm</p>	Gangguan integritas kulit	Sectio caesarea
<p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Pasien mengeluh nyeri saat melakukan miring kanan miring kiri 3. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka pos op sc <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 4 2. Td : 140/95 mmHg 3. Nadi : 80 x / menit <p>Spo2 : 97 %</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

2. **Diagnosis Keperawatan**

Hasil pengumpulan data yang penulis dapatkan bahwa diagnosis keperawatan pada pasien tersebut adalah sebagai berikut

Pasien 1

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada saat kondisi pasca operasi ditandai dengan keterbatasan dalam bergerak, pasien tidak mampu melakukan pergerakan
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan sectio caesarea ditandai dengan terdapat luka post operasi dibawah umbilicus kurang lebih 10 cm
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri didaerah luka operasi

Pasien 2

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan pembatasan gerak ditandai dengan keterbatasan dalam bergerak, pasien tidak mampu melakukan pergerakan
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan sectio caesarea ditandai dengan terdapat luka post operasi dibawah umbilicus kurang lebih 10 cm
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri didaerah luka operasi

3. Rencana keperawatan

Tabel 4.4
Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi keperawatan	Rasional
a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada saat kondisi pasca operasi	<p>setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pada pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rentang gerak (ROM) meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kecemasan menurun 4. Gerakan terbatas menurun 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur , duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Intervensi Pendukung</p> <p>Edukasi teknik ambulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Monitor kemajuan pasien dalam ambulasi <p>Terapeutik</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengetahui berapa skala nyeri dan keluhan pasien 2. untuk mengetahui toleransi fisik saat bergerak 3. untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah saat akan melakukan mobilitas fisik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. agar pasien dapat melakukan mobilisasi segera mungkin 2. agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kesiapan pasien menerima informasi 2. Untuk mengetahui kemajuan pasien dalam ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar proses menyampaikan informasi lebih efektif

		<ol style="list-style-type: none"> 1. sediakan materi media dan alat bantu jalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi 3. Ajarkan duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur atau dikursi 4. Ajarkan teknik ambulasi yang aman 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mengetahui tujuan dari ambulasi 2. Agar pasien bisa berpindah tempat dari tempat tidur
<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan sectio caesarea</p>	<p>setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit pada pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan lapisan kulit menurun 2. Nyeri menurun 3. Kemerahan menurun 4. Perdarahan menurun 	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda – tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl 3. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi , jika perlu 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Intervensi Pendukung</p> <p>Pemberian obat</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan alergi 2. Periksa tanggal kadaluarsa obat 3. Monitor tanda vital sebelum pemberian obat 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendeteksi tindakan yang cocok dilakukan 2. Memantau adanya tandatanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langkah awal untuk tindakan perawatan luka 2. Menjaga kelembaban luka 3. Meningkatkan pertumbuhan jaringan dan mempercepat proses penyembuhan luka 4. Menjaga kebersihan luka 5. Mencegah kontaminasi kuman <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pemahaman yang benar 2. Memandirikan pasien dalam melakukan perawatan luka <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui respon obat terhadap pasien 2. Untuk melihat kelayakan obat yang akan diberikan kepada pasien 3. untuk mengetahui efek obat pada

		<p>4. Monitor efek terapeutik obat</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat 2. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis obat alasan pemberian dan efek samping obat 	<p>pasien</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. agar pemberian obat pada pasien aman dan akurat 2. untuk meminimalisir kesalahan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mengetahui obat apa yang diberikan dan efek sampingnya
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri pada pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Gelisah menurun 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektipan alagesik atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi. 2. Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indicator tunggal 3. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan pasien 4. Agar kita mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap nyeri yang dirasakan 5. Karena budaya pasien dapat mempengaruhi bagaimana pasien mengartikan nyeri itu sendiri 6. Untuk mencegah terjadinya penurunan kualitas hidup dari pasien itu sendiri 7. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat

		<p>nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik 	<p>analgetik itu sendiri</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan menggunakan cara nonfarmakologis 2. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk 3. Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi 4. Agar tindakan yang akan kita berikan sesuai dengan jenis nyeri dan sumber dari nyeri itu sendiri serta dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 2. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri ketika sudah pulang dari rumah sakit 3. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien mulai parah dia dapat memberitahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan segera 4. Agar pasien dapat menghilangkan rasa nyeri itu dengan menggunakan obat analgesik yang sesuai dengan nyeri yang dirasakan pasien <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau
--	--	---	---

		<p>Intervensi Pendukung Terapi relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi 2. Identifikasi kesiapan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang 2. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat 3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lainnya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman 3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi yang dipilih 	<p>dikurang</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui energi dan kemampuan berkonsentrasi pasien 2. Untuk mengetahui kesiapan pasien 3. Untuk mengetahui tanda-tanda vital pasien sebelum melakukan teknik relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar lingkungan nyaman dan terapi relaksasi bisa terlaksana dengan efisien 2. Agar pasien dapat menerima teknik relaksasi yang diberikan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mengetahui manfaat dan tujuan dari terapi relaksasi yang diberikan 2. Agar pasien dalam posisi nyaman 3. Agar pasien bisa melakukan teknik relaksasi sendiri di rumah
--	--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.5
Implementasi dan Evaluasi Pasien 1

Tanggal dan jam	Implementasi	paraf	Evaluasi (SOAP)
09 januari 2023			14.00
10.00	1. Mengidentifikasi pasien apakah sudah bisa melakukan miring kanan dan kiri		Subjektif : klien mengatakan masih nyeri saat bergerak dan masih takut untuk melakukan pergerakan sendiri
10.10	2. Mengecek tekanan darah , nadi, saturasi oksigen, suhu, respirasi rate		objektif
10.20	3. Menjelaskan kepada pasien pentingnya melakukan pergerakan setelah 6 jam dari post operasi section caesarea		1. keadan umum composmentis 2. klien masih takut melakukan pergerakan dini secara mandiri 3. klien masih tampak meringis saat bergerak
10.25	4. Menanyakan kesiapan pasien untuk melakukan mobilisasi dini		4. Td : 140/90 mmHg 5. Nadi : 85 x/ menit 6. Spo2 : 98 % 7. Suhu : 36,7 ⁰ C
10.30	5. Melihat kondisi luka		8. RR : 22 x / menit
11.00	6. Membantu pasien untuk melakukan pergerakan miring kekanan dan kiri		9. Luka tampak kemerahan 10. Tidak ada pembengkakan
11.30	7. Mengganti balukan luka klien		11. Luka tampak kering
11.55	8. Mengkaji intentsitas nyeri pasien		12. Skala Nyeri 5
12.00	9. Mengajarkan klien cara menangani nyeri dengan cara Tarik nafas dalam		Asesement :
12.10	10. Menanyakan respon klien setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam		1. Gangguan mobilits fisik 2. Gangguan integritas kulit 3. Nyeri akut
12.20	11. Memberikan IVFD RL ditambah ketorolac 20 tpm		Planing :
12.30	12. Memeriksa tekanan darah pasien 13. Memeriksa nadi pasien 14. Memeriksa suhu pasien 15. Memeriksa saturasi		1. Identifikasi pasien melakukan pergerakan miring kiri miring kanan 2. Bantu pasien dalam melakukan pergerakan 3. Ganti balutan klien 4. Injeksi obat ketorolac 30 mg

	<p>oksigen</p> <p>16. Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram</p>		<p>5. Injeksi obat metildopa 1 x 10 mg, dan ceftriaxone</p> <p>6. Periksa tekanan darah klien</p> <p>7. Periksa nadi , saturasi oksigen, suhu</p> <p>8. Lakukan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>9. Kaji tingkat nyeri pasien</p> <p>10. Kaji kemampuan bergerak klien</p> <p>11. Lakukan ROM</p>
<p>10 Januari 2023</p> <p>08.05</p> <p>08.10</p> <p>08.15</p> <p>08.20</p> <p>08.50</p> <p>08.52</p> <p>10.00</p> <p>10.30</p> <p>11.00</p> <p>12.00</p>	<p>1. Mengkaji keadaan klien</p> <p>2. Mengkaji kemampuan gerak klien</p> <p>3. Mengkaji respon nyeri klien</p> <p>4. Mengukur tekanan darah klien</p> <p>5. Mengukur nadi</p> <p>6. Mengukur saturasi oksigen</p> <p>7. Mengukur suhu</p> <p>8. Melakukan Tindakan mobilisasi miring kanan dan kiri</p> <p>9. Melakukan Rom</p> <p>10. Memberikan IVFD RL dengan ketorolac 1 amp</p> <p>11. Membrikan obat metildopa 10 mg</p> <p>12. Memberikan obat ceftriaxone</p> <p>13. Metatih pasien teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>14. Mengganti balutan</p>	          	<p>14.00</p> <p>Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan saat bergerak masih merasa nyeri</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> keaddan umum composmentis klien masih merasakan nyeri saat bergerak klien masih tampak meringis saat bergerak Td : 145/90mmHg Nadi : 80 x/ menit Spo2 : 98 % Suhu : 36,5 ° C RR : 20 x / menit Luka tampak kemerahan Tidak ada pembengkakan Luka tampak kering Skala nyeri 4 <p>Asesement :</p> <ol style="list-style-type: none"> Gangguan mobilitas fisik Gangguan integritas kulit Nyeri akut <p>Planing :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pasien sudah melakukan pergerakan Bantu pasien dalam melakukan pergerakan

			<ul style="list-style-type: none"> 18. Ganti balutan klien 19. Injeksi obat ketorolac 30 mg 20. Injeksi obat metildopa 1 x 10 mg, dan ceftriaxone 21. Periksa tekanan darah klien 22. Periksa nadi , saturasi oksigen, suhu 23. Lakukan tekni relaksasi nafas dalam 24. Kaji tingkat nyeri pasien 25. Kaji kemampuan bergerak klien 26. Lakukan pergerakan seperti duduk diatas tempat tidur
11 Januari 2023			14.00
08.05	1. Mengkaji keadaan pasien		Subjektif Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak tapi sudah tidak terlalu takut untuk bergerak
08.10	2. Mengukur tekanan darah		Objektif
	3. Mengukur nadi		1. keaddan umum composmentis
	4. Mengukur suhu		2. klien masih tampak meringis saat bergerak
09.00	5. Mengukur saturasi oksigen		3. klien sudah tidak terlalu takut melakukan pergerakan secara mandiri
	6. Membantu klien untuk duduk diatas tempat tidur dan berpindah ke kursi		4. Pasien sudah bisa bangun dari tempat tidur hanya saja masih dibatu keluarga
	7. Melakukan teknik relaksasi nafas dalam		5. Td : 140/100mmHg
11.00	8. Memberikan injeksi ceftriaxone I amp		6. Nadi : 85 x/ menit
	9. Memberikan IVFD RL + drip ketorolac]		7. Spo2 : 98 %
	10. Memberikan obat metildopa 10 mg		8. Suhu : 36,5 ° C
12.00	11. Mengganti balutan pasien		9. RR : 21 x / menit
			10. Luka sudah tidak tampak kemerahan
			11. Skala nyeri 3
			Asesment :
			1. Gangguan mobilits fisik
			2. Gangguan integritas kulit

			<p>3. Nyeri akut</p> <p>Planing :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ganti balutan klien sebelum pulang 2. edukasi pasien untuk makanan bergizi seperti ikan gabus dan telur rebus bagian putihnya 3. anjurkan klien untuk mengganti balutan di puskesmas 3 hari setelah pulang dari RS 4. edukasi klien untuk menjaga agar luka sc tetap bersih 5. anjurkan pasien untuk kontrol ke RS sesuai jadwal yang telah ditentukan 6. anjurkan klien untuk rutin minum obat sesuai resep dari dokter
--	--	--	--

Tabel 4.6
Implementasi dan Evaluasi Pasien 2

Tanggal dan jam	Implementasi	paraf	Evaluasi (SOAP)
12 januari 2023			14.00
08.00	1. Mengidentifikasi klien apakah sudah bisa melakukan miring kanan dan kiri		Subjektif Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak
08.10	2. Mengecek tekanan darah , nadi, saturasi oksigen, suhu, respirasi rate		Objektif 1. Keadaan umum composmentis
	3. Menjelaskan kepada pasien pentingnya melakukan pergerakan setelah 6 jam dari post operasi section caesarea		2. Pasien tidak terlalu takut saat melakukan pergerakan
08.20	4. Menanyakan kesiapan pasien untuk melakukan mobilisasi dini		3. Pasien tampak meringis saat bergerak
	5. Melihat kondisi luka		4. Td : 150 /90 mmHg
08.25	6. Membantu pasien untuk melakukan pergerakan miring kekanan dan kiri		5. Nadi : 85 x / menit
			6. Spo2 : 99 %
			7. Suhu : 36,7 °C
			8. Luka terlihat kemerahan
			9. Skala nyeri 4
			Asesement : 1. Gangguan mobilits fisik

09.00	7. Mengganti balukan luka klien		2. Gangguan integritas kulit
10.00	8. Mengkaji intentsitas nyeri pasien		3. Nyeri akut
10.30	9. Mengajarkan klien cara menangani nyeri dengan cara Tarik nafas dalam		Planing :
	10. Menanyakan respon klien setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam		1. Identifikasi pasien melakukan pergerakan miring kiri miring kanan
	11. Memberikan IVFD RL ditambah ketorolac 20 tpm		2. Bantu pasien dalam melakukan pergerakan
12.00	12. Memeriksa tekanan darah pasien		3. Ganti balutan klien
	13. Memeriksa nadi pasien		4. Injeksi obat ketorolac 30 mg
	14. Memeriksa suhu pasien		5. Injeksi obat metildopa 1 x 10 mg, dan ceftiaxone
	15. Memeriksa saturasi oksigen		6. Periksa tekanan darah klien
12.30	16. Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram		7. Periksa nadi , saturasi oksigen, suhu
			8. Lakukan tekni relaksasi nafas dalam
			9. Kaji tingkat nyeri pasien
			10. Kaji kemampuan bergerak klien
			11. Lakukan ROM
13 januari 2023			14.00.
08.05	1. Mengkaji keadaan klien		Subjektif
08.10	2. Mengkaji kemampuan gerak klien		Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak tapi sudah tidak terlalu takut untuk bergerak
08.15	3. Mengkaji respon nyeri klien		Objektif
	4. Mengukur tekanan darah klien		1. keadaan umum composmentis
	5. Mengukur nadi		2. klien sudah tidak terlalu takut melakukan pergerakan secara mandiri
	6. Mengukur saturasi oksigen		3. klien tampak meringis saat bergerak
10.00	7. Mengukur suhu		4. Td : 150/100mmHg
	8. Melakukan Tindakan mobilisasi miring kanan dan kiri		5. Nadi : 82 x / menit
10.30	9. Melakukan Rom		6. Spo2 : 99 %
	10. Memberikan IVFD RL dengan ketorolac 1 amp		7. Suhu : 36,5 ° C
11.00	11. Membrikan obat metildopa 10 mg		8. RR : 22 x / menit
	12. Memberikan obat		9. Luka tampak kemerahan

13.00	ceftriaxone 13. Metatih pasien teknik relaksasi nafas dalam 14. Mengganti balutan	 	10. Tidak ada pembengkakan 11. Luka tampak kering 12. Skala nyeri 3 Asesement : 13. Gangguan mobilitas fisik 14. Gangguan integritas kulit 15. Nyeri akut Planing : 16. Identifikasi pasien sudah melakukan pergerakan 17. Bantu pasien dalam melakukan pergerakan 18. Ganti balutan klien 19. Injeksi obat ketorolac 30 mg 20. Injeksi obat metildopa 1 x 10 mg, dan ceftiaxone 21. Periksa tekanan darah klien 22. Periksa nadi , saturasi oksigen, suhu 23. Lakukan tekni relaksasi nafas dalam 24. Kaji tingkat nyeri pasien 25. Kaji kemampuan bergerak klien 26. Lakukan pergerakan seperti duduk diatas tempat tidur
14 januari 2023 08. 05 10.00 11.00	1. Mengukur tekanan darah 2. Mengkaji keadaan pasien 3. Mengukur nadi 4. Mengukur suhu 5. Mengukur saturasi oksigen 6. Membantu klien untuk duduk diatas tempat tidur dan berpindah ke kursi 7. Melakukan teknik relaksasi nafas dalam 8. Memberikan IVFD	     	14.00 Subjektif Pasien mengatakan sudah bisa bangun dari tempat tidur Objektif 1. keadaan umum composmentis 2. klien tidak terlalu takut saat melakukan pergerakan 3. Pasien sudah bisa berdiri tanpa dibantu keluarga 4. Td : 140/90mmHg 5. Nadi : 80 x/ menit

12.00	RL + drip ketorolac 9. Memberikan injeksi ceftriaxone I amp 10. Memberikan obat metildopa 10 mg 11. Mengganti balutan pasien		6. Spo2 : 98 % 7. Suhu : 36,8 ⁰ C 8. RR : 21 x / menit 9. Luka sudah tidak tampak kemerahan 10. Skala nyeri 2 Asesement : 1. Gangguan mobilitas fisik 2. Gangguan integritas kulit 3. Nyeri akut Planing : 1. Ganti balutan klien sebelum pulang 2. edukasi pasien untuk makanan bergizi seperti ikan gabus dan telur rebus bagian putihnya 3. anjurkan klien untuk mengganti balutan di puskesmas 3 hari setelah pulang dari RS 4. edukasi klien untuk menjaga agar luka se tetap bersih 5. anjurkan pasien untuk kontrol ke RS sesuai jadwal yang telah ditentukan 6. anjurkan klien untuk rutin minum obat sesuai resep dari dokter
-------	---	---	--

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menguraikan pembahasan kasus pada pasien post partum sectio caesarea dengan hipertensi pada pasien gangguan kebutuhan aktivitas dengan tinjauan kepustakaan yang ada. Pengamatan kasus ini merupakan kenyataan yang terjadi pada pasien post partum sectio caesarea dengan gangguan kebutuhan aktivitas diruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moelok Tahun 2023

1. Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh melalui pengkajian terhadap 2 (dua) subyek asuhan keperawatan dengan pasien satu dan dua jenis kelamin perempuan dan pasien satu berusia 37 tahun pasien dua berusia 35 tahun. Data yang diperoleh dari kedua subjek asuhan merupakan data objektif dan

subjektif. Data yang ditemukan pada pasien lazim ditemukan dalam standar yang disesuaikan dengan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

(SDKI) yang bersumber (PPNI). Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua subjek asuhan, didapatkan gangguan kebutuhan mobilisasi dengan masalah keperawatan utama pada pasien yaitu gangguan mobilitas fisik dengan etiologi yang berbeda.

Penulis mendapatkan kasus yang sama pada kedua pasien yaitu post partum *sectio caesarea* dengan hipertensi. Saat pengkajian ditemukan hasil perbedaan dalam pasien 1 dan 2 dimana dalam melakukan mobilisasi pasien 2 lebih berani dari pada pasien 1 dikarenakan pasien 2 sudah pernah mengalami *sectio caesarea*. Hasil pengkajian didapatkan bahwa kedua subjek asuhan mengeluh sulit bergerak dikarenakan nyeri, cemas saat bergerak , aktivitas dibantu oleh keluarga, rentang gerak (rom) menurun, kekuatan otot menurun. Data tersebut sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) yang merupakan tanda dan gejala untuk melakukan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik.

Setelah melakukan pengkajian pada kedua pasien didapatkan data yang berkaitan dengan dengan masalah gangguan mobilitas fisik ditemukan tanda – tanda yang sama pada kedua klien yaitu mengeluh nyeri saat bergerak, cemas saat memulai pergerakan, pasien tampak lemah. Sementara, etiologi atau penyebabnya beda pada kedua klien dimana penulis melakukan pengkajian pada pasien 1 yaitu 12 jam setelah operasi dan untuk pasien kedua 4 jam setelah operasi. Dimana pada pasien 1 penyebabnya yaitu karna nyeri sedangkan pada pasien 2 penyebabnya karna pembatasan gerak.

Pada subyek asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Shely (2016) menunjukkan bahwa data yang diperoleh atau didapatkan pada pasien post partum section caesarea memiliki kesamaan dengan penulis dimana pasien mengeluh nyeri saat bergerak dan kesulitan saat bergerak karna merasakan nyeri dan kekuatan otot ekstermitas bawah menurun.

2. Diagnosis Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian selanjutnya melakukan analisa data dan mengelompokkan data – data. Data tersebut dikelompokkan sesuai

dengan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang mengelompokkan kebutuhan dasar manusia dengan kategori fisiologis, sub kategori aktivitas dan istirahat yang disebutkan masalah gangguan mobilitas fisik.

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan dari kedua pasien, dilakukan analisa data dan pengelompokan data bahwa masalah keperawatan utama pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu gangguan mobilitas fisik dan untuk masalah pendukungnya yaitu gangguan integritas kulit dan nyeri akut. Namun pada penulisan karya tulis ilmiah ini pembahasan difokuskan pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yang merupakan masalah utama pada pasien.

Pada subyek asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Sherly (2022) Hasil perumusan diagnosa keperawatan yang didapatkan sama dengan penulis yaitu gangguan mobilitas fisik.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada kedua pasien yaitu sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul. Rencana keperawatan yang dilaksanakan pada kedua pasien untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur disesuaikan dengan teori yang dikemukakan penulis pada BAB II yang bersumber dari (PPNI). Pada perencanaan ini penulis menggunakan acuan SIKI sebagai rencana tindakan, dan SLKI sebagai kriteria hasil atau tujuan yang harus dicapai dari implementasi. Adapun intervensi yang diberikan pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi fisik dan dikombinasikan dengan intervensi pendukung yaitu edukasi teknik ambulasi. Dalam publikasi asuhan keperawatan oleh Shely (2022) memiliki kesamaan dengan penulis dalam menyusun intervensi keperawatan berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu Dukungan Mobilisasi. Dalam asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Sherly (2022) intervensi yang diambil yaitu hanya berfokus dukungan mobilisasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi untuk mengatasi masalah pemenuhan mobilisasi pada kedua pasien dilakukan selama 3 hari. Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan memberikan dukungan mobilisasi dan edukasi teknik ambulasi berupa mengedukasi pasien pentingnya melakukan mobilisasi dini setelah 6 jam operasi, membantu pasien untuk melakukan pergerakan miring kiri dan kanan setelah 6 jam operasi. Implementasi keperawatan yang penulis lakukan pada kedua pasien telah mengacu pada teori berdasarkan buku Standar Intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu, menanyakan kepada pasien apakah sudah melakukan mobilisasi, menanyakan kesiapan pasien menerima informasi terkait mobilisasi, menanyakan kesiapan pasien melakukan mobilisasi, membantu pasien melakukan mobilisasi.

Dalam melaksanakan implementasi pada kedua pasien, jika dibandingkan pasien 1 dan 2 tentu penerapannya berbeda, dimana saat melakukan implementasi, didapatkan pada pasien 2 lebih mudah dikarenakan pasien 2 sudah pernah menjalankan operasi caesar pada kelahiran anak pertamanya.

Jika dibandingkan dalam Asuhan Keperawatan yang dilakukan oleh Sherly (2022), penulis memiliki persamaan yaitu melakukan implementasi selama 3 hari atau 3x24 jam sesuai dengan intervensi yang telah ditentukan. Adapun intervensi keperawatan yang telah ditentukan berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan) yaitu: Dukungan mobilisasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan pada kedua subjek asuhan secara umum didapatkan hasil berbeda antara pasien 1 dan pasien 2, dimana pasien 2 lebih cepat dan lebih mudah dalam melakukan kegiatan yang diberikan saat implementasi dibanding pasien 1 cenderung lebih sulit.. Dimana setelah dilakukan evaluasi pasien 1 dan 2 sudah bisa melakukan mobilisasi miring kiri dan kanan, sudah bisa duduk dan bangun dari tempat tidur, dan kekuatan otot meningkat.

Jika dibandingkan dengan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Sherly (2022), penulis memiliki kesamaan dengan jurnal terkait yaitu mendapatkan hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan serta evaluasi maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan didapatkan bahwa subyek asuhan merupakan pasien post partum sectio caesarea dengan gangguan mobilisasi. Berdasarkan data fisik menunjukkan bahwa pasien mengalami tanda-tanda gangguan mobilitas fisik sesuai dengan teori dan jurnal terkait yaitu , pada pasien 1 sulit saat bergerak dikarenakan nyeri pada sayatan luka operasi sesar, klien mengatakan cemas saat bergerak , klien melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat Td : 150/90 mmHg Nadi : 95x/ menit. Pada pasien 2 pasien sulit bergerak karena nyeri bekas operasi, Td : 140/95 mmHg Nadi : 80 x / menit.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang didapatkan pada teori dan kondisi subyek asuhan post partum sectio caesarea dengan gangguan kebutuhan mobilisasi , yaitu Gangguan mobilitas fisik

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan yang dibuat berdasarkan teori, jurnal terkait dan diagnosis keperawatan yang muncul. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu dukungan mobilisasi, edukasi teknik ambulasi .

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan penulis pada kedua subjek asuhan pada tanggal 9 Januari sampai 14 Januari 2023. Implementasi yang dilakukan penulis selama 3 hari berturut – turut sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori, tetapi tidak semua dapat

dilaksanakan sesuai rencana karena keterbatasan penelitian terhadap pasien tidak bisa mengobservasi selama 24 jam.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada pasien post partum section caesarea dengan masalah gangguan mobilitas fisik, didapatkan hasil nyeri menurun, kemerahan menurun, gerakan terbatas menurun, rentang gerak meningkat

B. Saran

Beberapa rekomendasi dari hasil pengumpulan data ini diuraikan sebagai berikut:

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dalam melaksanakan perawatan bagian pasien *post sectio caesarea* khususnya dalam memberikan intervensi terkait mobilisasi selain memberikan edukasi untuk melakukan pergerakan dini setelah 6 jam melakukan operasi tetapi juga dampingi pasien dalam melakukan mobilisasi.

2. Bagi RSUD Dr. H. Abdul Moelok

Diharapkan RSUD Dr. H. Abdul Moelok khususnya Ruang Delima, dapat mempertahankan mutu pelayanan rumah sakit pada saat pengkajian dalam melakukan anamnesis maupun pemeriksaan fisik saat pasien masuk ruangan sehingga kesenjangan data yang didapatkan dari keadaan pasien dapat menunjang diagnosis yang akan ditegakkan seperti melakukan pemeriksaan fisik inspeksi, palpasi, auskultasi, pemeriksaan tanda-tanda vital. Selain itu diharapkan Rumah Sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan yang baik serta menyediakan fasilitas atau sarana dan perawatan yang memadai seperti fasilitas dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi sehingga pasien dapat segera terpenuhi kebutuhan mobilisasinya terkhusus pada pasien post op *sectio caesarea*.

3. Bagi Pendidikan Prodi D III Keperawatan Tanjungkarang

Diharapkan dapat mempertahankan mutu pembelajaran yang bermutu tinggi terutama dalam bidang keperawatan maternitas dan diharapkan dapat menambah sumber literatur seperti buku, jurnal kesehatan untuk menunjang penyusunan karya ilmiah dan memperkaya literatur perpustakaan.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan pada penulis selanjutnya dapat mengembangkan asuhan keperawatan pada pasien post partum sectio caesarea dengan pemenuhan kebutuhan mobilisasi ataupun gangguan kebutuhan lainnya seperti sirkulasi, oksigenasi dan istirahat dengan melakukan asuhan secara komprehensif yang dapat diperoleh melalui proses anamnesis pada riwayat kesehatan pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, dan keadaan terkini pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alatas, H. (n.d.). *Hipertensi pada Kehamilan*. 2, 27–51.
- Aprilianti Widia, S. (2022). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gngguan Kebutuhan Aktivitas Pada Kasus Pos Sectio Caesarea*.
- Aprina, A., & Puri, A. (2016). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea. *Jurnal Kesehatan*, 7(1), 90. <https://doi.org/10.26630/jk.v7i1.124>
- Aspiani Yuli, R. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi Nanda,Nic dan Noc*.
- Fatrída, D., & Tanjung, A. I. (2023). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pasien Pra Operasi Sectio Caesarea*. 10.
- Fauziah, & Fitriana. (2018). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesaria (SC) dengan Proses Penyembuhan Luka Operasi di Ruang Kebidanan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2018. *Midwifery Journal*, 23–27.
- Hasdianah, R. H. (2017). *Buku Kesehatan Reproduksi*.
- Laksmi W Purwita, S. S. (2017). *Peran Internis Dalam Tatalaksana Penyakit - Penyakit Pada Kehamilan*.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.).
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan* (1st ed.).
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standar Luaran Keperawatan* (1st ed.).
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan* (4th ed.).
- Sadikin Hasan, R. (2021). *Panduan Praktik Klinis Obstetri dan ginekologi* (3 ed.).
- Shely, A. (2016). *Asuhan Keperawatan Post Op Sectio Caesarea Dengan Masalah Utama Gangguan Kebutuhan Aktivitas*.
- Sinamungkalit, C. (2019). *Etika Keperawatan* (1st ed.).
- Sitorus, F. E., & Purba, B. B. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Tindakan Sectio Caesarea. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 1(2), 42–47. <https://doi.org/10.35451/jkf.v1i2.133>

Solekhudin, A. I. (2022). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Post Sectio Caesarea. *Journal of Management Nursing*. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.79>

Sulistiyowati, R. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia* (1st ed.).

Turisna, Y., & Panjaitan, M. (2021). *Penerapan Mobilisasi Dini Pada Ibu Post Sectio Caesarea*.

Uliyah, M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia* (2nd ed.).

Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Asuhan Keperawatan Maternitas* (1st ed.).

Zaidin, A. (2015). *Buku Dasar Dokumentasi Keperawatan* (1st ed.).

LAMPIRAN

Lampiran 1

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Cendy Astriana
Umur : 35 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

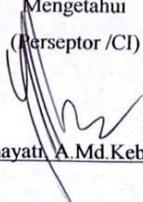
Mahasiswa/Praktikan


Annisa Rizqoni.....

Pasien


Cendy.....

Mengetahui
(Perseptor /CI)


Nurhayati A. Md. Keb

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

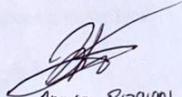
Nama : NY Tri
 Umur : 37 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

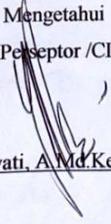
Mahasiswa/Praktikan


 Annisa Rizqiani

Pasien


 Tri Margianti

Mengetahui
 (Peleseptor /CI)


Nurhayati, A Md Keb

Lampiran 2

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Annisa Rizdiani Hapsari
NIM : 2014401042

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 9 s/d 14 bulan Januari tahun 2023 di Ruang Dharma RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Bandar Lampung, Januari 2023

Yang Menerangkan
(Perseptor /CI)


Nurhayati, A. Md. Keb

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : Annisa Rizalani Hapsari
 NIM : 2011401042
 Pembimbing Utama : Ns. Sunarsih, S. Kep., M.M.
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Ganguan Keutuhan Mobilisasi
 Rada Pasien Post Partum Sectio Caesarea dengan Hipertensi Darah
 Delima RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2023

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Kamis 18 Januari 2023	Persetujuan Judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	19/01	Bimbingan data yang didapat menentukan diagnosa	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	06/23 02	Konsultasi Bab II dan III	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	16/23 02	Perbaikan Bab II dan III. Perbaiki latar belakang, tambahkan konsep penyakit dan asuhan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	20/23 03	Bimbingan bab II perbaiki ki konsep dan tambahkan diagnosa	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	30/23 03	Acc bab I II dan III lanjut bab IV dan V	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	06/23 04	bimbingan Bab IV dan V. perbaiki bagian pembahasan, soas dan saran	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	13/23 04	Acc Bab I - V - Acc sidang.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	17/23 05	Perbaiki judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	22/20 05	Pembahasan bandingkan dengan teori jurnal.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	24/23 05	Saran lebih aplikatif sesuai dengan manfaat.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	25/23 05	acc cetak.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Bandar Lampung, 29 Mei 2023
 Pembimbing Utama

[Signature]
 Ns. Sunarsih, S.Kep., M.M.

	POLTEKES TANJUNGPINANGKARANG PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANGKARANG	Kode	
		Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir	Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : Annisa Rizqiani Harsari
 NIM : 2014401042
 Pembimbing Pendamping : Dwi Agustanti, M. Kep., Sp. Kom
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktiuitas pada Pasien Post Partum sectio caesarea dengan Hipertensi di Ruang

Delima RSUD. Dr. H. Abdul Moelek Praonsi Lampung Tahun 2023

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Kamis 12 Januari 2023	Persetujuan judul		
2	Senin 10 April 2023	Perbaiki penulisan		
3	Senin 17 April 2023	Perbaiki tulisan dan sistematika		
4	Selasa 18 April 2023	ACC Penulisan		
5	Senin 26 Juni 2023	perbaiki.		
6	Selasa 27 Juni 2023	ace cetak		
7				
8				
9				
10				

Bandar Lampung,
 Pembimbing Pendamping



Dwi Agustanti, M. Kep., Sp. Kom
 NIP. 197108111994022001

PENGAJIAN POSTNATAL

Nama Mahasiswa : Annisa Rizqian H
 NPM : 2014401042
 Tanggal Pengkajian : 9 Januari 2023
 Ruangan : Denima

DATA UMUM

Inisial klien : NY 1
 Pekerjaan : IPT
 Pendidikan : SMK
 Agama : Islam
 Status Perkawinan : Kawin
 Alamat : Lampung Tengah
 Nama Suami : T. A.
 Pekerjaan : wiraswasta
 Pendidikan : SMA
 Agama : Islam
 Suku Bangsa : Sunda

Keluhan saat ini :

Pasien mengeluh sulit bergerak setelah operasi

Riwayat kesehatan sekarang :

Pasien mengeluh sulit bergerak saat dikendalikan nyeri pada luka post operasi
 Pasien belum melakukan minggiri isangan setelah 7 jam dari operasi

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tahun	Jenis persalinan	Penolong	Jenis	Keadaan bayi waktu lahir	Masalah kehamilan
1.	2011	Normal	bidan	P	sehat	-
2	2023	SC	dokter	P	sehat	-
3						
4						

Pengalaman menyusui ya tidak

Berapa lama : 6 bulan

Riwayat kehamilan saat ini :

Berapa kali periksa hamil : 3 kali

Masalah kehamilan :

Riwayat Persalinan

Jenis persalinan : Spontan (letkep/letsu) Tindakan EF/EV : sectio caesaria

Jenis kelamin bayi : L (P) BB/PB : 35 gram / 45 cm, A/S

Perdarahan :

Masalah dalam persalinan :

Riwayat ginekologi

Hard terakhir : 1 Mei 2022

Panjang siklus hard : 5 hari/bulan hard teratur

Masalah ginekologi

Riwayat KB

Jenis KB : normal (Til)
Masalah KB : tidak ada

DATA UMUM KESEHATAN SAAT INI

Status Obstetrik : NH ³ P ² A ¹ Bayi rawat gabung : ya (tidak)
Jika tidak Alasan
Keadaan Umum : Kesadaran composmentis
BB Kg/cm
Tanda-tanda vital : TD mmHg, Nadi : 95 x/m, suhu : 36,0 C/102,98 F x/m

Kepala leher

Kepala : Mata bulat, Rambut hitam, rambut sedikit lepek, tidak ada benjolan
Mata : selera air ketik, konjungtiva anemik,
Hidung : bersih, tidak ada benjolan tidak ada darah
Mulut : mukosa tidak kering, keadaan mulut bersih.
Telinga : tidak ada kotoran, bentuk simetris.
Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.
Masalah khusus :

Dada

Jantung : i: simetris kiri dan kanan, P: tidak ada nyeri tekan, P: batas jantung normal, A: bunyi jantung I dan 2 reguler
Paru : i: Peninggian dinding dada simetris, P: tidak ada nyeri tekan, P: sonor di kedua paru, A: suara napas vesikuler
Payudara : bersih, tidak ada kemasukan.
Puting susu : menonjol
Pengeluaran ASI : belum ada
Masalah khusus :

Abdomen

Involusi uterus baik kontraksi Posisi Kandungan kemih
Diastasis rektus abdominis x cm
Fungsi pencernaan
Masalah khusus :

Perineum dan ginjal

Vagina : integritas kulit edema memar hematoma
Perineum utuh episiotomi/ruptur, tanda REEDAR :
R : Kemerahan
E : Edema
E : Echimosis
D : discharge ; serum/pus/darah/tidak ada
A : approximate baik/tidak

Hemorroid : derajat Lokasi
Berapa lama nyeri : ya/tidak
Masalah khusus
Ekstremitas
Ekstremitas atas : edema ya/tidak
Ekstremitas bawah : edema ya/tidak, lokasi
Varises : ya/tidak, lokasi
Tanda Homan's : +/-
Masalah khusus :

Eliminasi

Urine : kebiasaan BAK
BAK saat ini nyeri : ya/tidak
BAB : kebiasaan BAB
BAB saat ini konstipasi : ya/tidak
Masalah khusus :

Istirahat dan kenyamanan

Pola tidur : Kebiasaan tidur, lama jam, frekuensi pola tidur saat ini
Keluhan ketidaknyamanan (ya/tidak, lokasi
Sifat intensitas
Sifat timbul

Mobilisasi dan latihan

Tingkat mobilisasi
Latihan senam
Masalah khusus

Nutrisi dan cairan

Asupan nutrisi
Asupan cairan cukup/kurang
Masalah khusus
Keadaan mental
Adaptasi psikologis
Pencernaan terhadap bayi
Masalah khusus

Kemampuan menyusui
Obat-obatan
Hasil pemeriksaan penunjang

Rangkuman hasil pengkajian :

Klien belum mampu melakukan mobilisasi dini setelah 7 jam pos op karena
merasakan nyeri

Masalah :

PENGKAJIAN POSTNATAL

Nama Mahasiswa : Anisa Rizqiani H. Tanggal Pengkajian : 11 Januari 2023
 NPM : 201406042 Ruangan : Dr.1114

DATA UMUM

Inisial klien : NY-C Nama Suami :
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga Pekerjaan :
 Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA
 Agama : Islam Agama : Islam
 Status Perkawinan : Kawin Suku Bangsa :
 Alamat : Pondok Lampung

Keluhan saat ini :
Pasien mengeluh sulit bergerak.

Riwayat kesehatan sekarang :
Pasien belum melakukan mobilisasi 5 jam setelah operasi dan pasien mengeluh nyeri dibagian luka operasi

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tahun	Jenis persalinan	Penolong	Jenis	Keadaan bayi waktu lahir	Masalah kehamilan
1.	2015	SL	dokter	L	sehat	
2	2023	SL	dokter	P	sehat	
3						
4						

Pengalaman menyusui ya / tidak Berapa lama : 2 tahun
 Riwayat kehamilan saat ini :
 Berapa kali periksa hamil : 5 kali
 Masalah kehamilan :

Riwayat Persalinan

Jenis persalinan : Spontan (letkep/letsu) Tindakan EF/EV sekitar caesarea
 Jenis kelamin bayi : L(P) BB/PB 3.8 gram / 46 cm, A/S
 Perdarahan :
 Masalah dalam persalinan :

Riwayat ginekologi

Haid teratur 10 april 2022
panjang siklus haid 7 hari / bulan.

Masalah ginekologi

Riwayat KB

Jenis kb : Implant

DATA UMUM KESEHATAN SAAT INI

Status Obstetrik : NH 2, P 2, A 0 Bayi rawat gabung : ya/tidak

Jika tidak Alasan

Kedadaan Umum : Kesadaran compos mentis

BB 65 Kg/160 cm

Tanda-tanda vital : TD 110/80 mmHg, Nadi : 80 x/m, suhu 36,70 CSpO2 97% x/m

Kepala leher

Kepala : Perala baik, rambut bersih, tidak ada ketombe

Mata : Konjungtiva an anemis, sclera anikterik

Hidung : bersih, tidak ada kotoran

Mulut : Mukosa ketirs, warna gigi esak kecoklatan

Telinga : telinga bersih tidak ada kotoran

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Masalah khusus :

Dada

Jantung : simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, batas jantung normal bunyi jantung reguler

Paru : simetris kiri dan kanan, pengembangan dinding dada simetris, suara nafas vesikuler

Payudara : bersih tidak ada nyeri tekan

Puting susu : menonjol, areola berwarna hitam

Pengeluaran ASI : belum keluar

Masalah khusus :

Abdomen

Involusi uteruskontraksiPosisiKandungan kemih

Diastasis rektus abdominis x..... cm

Fungsi pencernaan

Masalah khusus :

Perineum dan ginjal

Vagina : integritas kulit edema.....memar.....hematom

Perineum : utuh/episiotomi/ruptur, tanda REEDAR : tidak ada terd

R : Kemerahan

E : Edema

E : Echimosis

D : discharge ; serum/pus/darah/tidak ada

A : approximate baik/tidak

Hemorrhoid : derajat Lokasi

Berapa lama nyeri : ya/tidak

Masalah khusus

Ekstremitas

Ekstremitas atas : edema ya/tidak

Ekstremitas bawah : edema ya/tidak, lokasi

Varises : ya/tidak, lokasi : kaki kanan dan kiri

Tanda Homan's : (+)

Masalah khusus :

Eliminasi

Urine : kebiasaan BAK teratur

BAK saat ini : terdapat katter nyeri : ya/tidak

BAB : kebiasaan BAB teratur

BAB saat ini : konstipasi : ya/tidak

Masalah khusus :

Istirahat dan kenyamanan

Pola tidur : Kebiasaan tidur, lama 9 jam, frekuensi 5 jam pola tidur saat ini

Keluhan ketidaknyamanan : ya/tidak, lokasi : didaerah luka operasi dan didaerah yang terpasang kateter

Sifat : nyeri, intensitas

Mobilisasi dan latihan

Tingkat mobilisasi : Pasien masih belum bisa melakukan mobilisasi diri selama 5 jam post op.

Latihan senam

Masalah khusus

Nutrisi dan cairan

Asupan nutrisi : Pasien hanya makan 1/2 porsi dari 1 piring makanan

Asupan cairan : 1/2 700 ml cukup/kurang

Masalah khusus

Keadaan mental baik

Adaptasi psikologis : klien mengatakan sangat bahagia dengan anak terdang karena sudah lama dia

Pencernaan terhadap bayi : baik

Masalah khusus

Kemampuan menyusui : Klien sudah tahu cara menyusui

Obat-obatan : vit D, diet ketorea, metidopa, prokinetik suppositorial, ceftriaxon, metrodiazol

Hasil pemeriksaan penunjang

Rangkuman hasil pengkajian :

Pasien belum melakukan mobilisasi selama 5 jam setelah operasi

Masalah :

Lampiran 6

	POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Annisa Rizqiani Hapsari

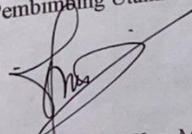
Nim : 2014401042

Judul yang diajukan dan disetujui:

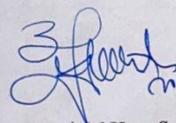
1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea Dengan Hipertensi di Ruang Delima RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2023

Bandar Lampung, 12 Januari 2023

Pembimbing Utama


Ns. Sunarsih S.Kep.,MM.
NIP.196808271987112001

Pembimbing Pendamping


Dwi Agustanti, M.Kep.,Sp.Kom.
NIP. 197108111994022001

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Kode	
	Formulir Lembar Masukan dan Perbaikan Seminar LTA	Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

LEMBAR KENDALI MASUKAN DAN PERBAIKAN SEMINAR HASIL

Nama Mahasiswa : Annisa Rizqiani Hapsari
 NIM : 2014401042
 Tanggal : 08 Mei 2023
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea dengan Hipertensi di Ruang Delima RSUD Dr. H Abdul Moeleok Provinsi Lampung Tahun 2023

No	Catatan Masukan Yang diberikan	Sudah Diperbaiki	Belum
1.	planning → aliterpis lebih cepat pada post partum normal drpd kc.	✓	
2.	ingin pengkajian & post op.	✓	
3.	Riwayat hipertensi & masalah & pengkajian & ambulasi	✓	
4.	perbaiki pemulisan dan obat	✓	
5.	Dx diagnosis → ps I & ps 2	✓	
6.	interview pendahuluan monikan & bab II	✓	✓
7.	perubahan → narasi → teori → jurnal	✓	
8.	Survei → Apli kelay:	✓	
9.	pengkajian aliterpis - kebutuhan obat - Rom	✓	
10.	perubahan aliterpis lebih spesifik	✓	
11.	ABK dan	✓	
12.	Kata kunci & kata, Foto di terdata Penulis	✓	✓

Bandar Lampung, 8 Mei 2023

TIM PENGUJI

Ketua



Ns. Musiana, S.Kep., M.Kes
 NIP. 197404061997032001

Anggota 1



Dwi Agustanti, M. Kep., Sp.Kom
 NIP. 197108111994022001

Anggota 2



Ns. Sunarsi, S.Kep., MM
 NIP. 196808271987112001