

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia terbagi menjadi 5 tingkatan diantaranya kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, eliminasi, istirahat, tidur, aktivitas, keseimbangan temperatur tubuh dan seksual. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terdiri atas perlindungan dari udara dingin, panas kecelakaan, infeksi, bebas dari ketakutan dan kecemasan kebutuhan aktualisasi diri terdiri atas kebutuhan mengenal diri dengan baik, tidak emosional, punya dedikasi tinggi, kreatif, dan percaya diri. Menurut Abraham Maslow didalam buku (A. Aziz Alimul Hidayah & Musrifat Uliyah, 2014).

- a. Kebutuhan fisiologis, yang merupakan kebutuhan paling mendasar dan memiliki tingkat prioritas tertinggi didalam kebutuhan. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang sangat mutlak yang harus terpenuhi oleh manusia untuk mulai bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari :
 - 1) Pemenuhan kebutuhan oksigen dan juga pertukaran gas
 - 2) Kebutuhan akan cairan (minuman)
 - 3) Kebutuhan akan nutrisi (makanan)
 - 4) Kebutuhan akan eliminasi
 - 5) Kebutuhan akan istirahat serta tidur aktivitas
 - 6) Keseimbangan suhu tubuh
 - 7) Dan kebutuhan akan seksual
- b. Kebutuhan akan rasa aman dan kebutuhan akan perlindungan yang telah dibagi yaitu perlindungan fisik dan juga perlindungan psikologis.
- c. Kebutuhan akan rasa cinta dan kasih akan rasa sayang tersebut yaitu kebutuhan untuk dapat memiliki dan dimiliki, antara lain dengan cara

memberi dan saling menerima akan rasa kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapatkan tempat dalam keluarga, suatu kelompok sosial.

- d. Kebutuhan akan perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan seperti ini terkait erat dengan adanya keinginan mendapatkan suatu kekuatan, untuk meraih prestasi, mendapatkan rasa yang percaya diri serta kemerdekaan diri. orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan suatu kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa suatu kebutuhan untuk ikut serta pada orang lain/lingkungan guna mencapai potensi diri sepenuhnya. (Sada, 2017).

Aktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diperlukan individu, apabila individu mengalami keterbatasan pada gerak fisik tubuh atau mengalami gangguan mobilitas maka dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat guna mempertahankan kesehatannya (Direja, 2017).

2. Konsep Kebutuhan Aktivitas Mobilitas Fisik

a. Gangguan Mobilitas Fisik

1) Pengertian Mobilitas Fisik

Mobilitas/mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup baik mandiri ataupun dengan alat bantu maupun bantuan orang lain (Widuri, 2019). Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2016). Dapat disimpulkan bahwa mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur, serta memiliki tujuan untuk memahami kebutuhannya, sedangkan gangguan mobilitas fisik merupakan ketidakmampuan individu untuk bergerak secara mandiri.

2) Penyebab Mobilitas Fisik

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme

- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot.
- g) Keterlambatan perkembangan.
- h) Kekakuan sendi
- i) Malnutrisi
- j) Gangguan muskuloskeletal
- k) Efek agen farmakologis, misalnya anastesi, efek anastesi akan mempengaruhi kontrol otot dan keseimbangan secara sadar sehingga pasien beresiko tinggi cedera. Biasanya efek anastesi akan berlangsung sekitar 6-8 jam.
- l) Program pembatasan
- m) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- n) Kecemasan

3) Manifestasi Klinis Mobilitas Fisik

Tanda gejala pada gangguan mobilitas fisik yaitu:

- a) Tanda dan gejala mayor
 - Subyektif:
 - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - Obyektif:
 - Kekuatan otot menurun
 - Rentang gerak (ROM) menurun
- b) Tanda dan gejala minor
 - Subjektif
 - Nyeri saat bergerak
 - Enggan melakukan pergerakan
 - Merasa cemas saat bergerak
 - Objektif
 - Sendi kaku dan gerak terbatas
 - Fisik lemah (Tim Pokja DPP PPNI, 2017).

4) Jenis-Jenis Gangguan Mobilitas Fisik

a) Gangguan Mobilitas Fisik Penuh

Gangguan mobilitas fisik penuh adalah ketidakmampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga tidak dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik, volunter dan sensoris pada area tubuh seseorang. Hal ini dapat dijumpai pada pasien stroke dan pasien koma.

b) Gangguan Mobilitas Fisik Sebagian

Gangguan mobilitas fisik sebagian adalah ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan syaraf motorik dan sensoris pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi pasien dapat mengalami mobilitas sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensoris.

c) Faktor Yang Mempengaruhi Mobilitas

Menurut A. Aziz Alimul Hidayat dan Musrifatul Uliyah (2014), mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya sebagai berikut:

(1) Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

(2) Ketidakmampuan

Ketidakmampuan terdapat dua macam, yakni ketidakmampuan primer dan ketidakmampuan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma, sedangkan ketidakmampuan sekunder merupakan dampak dari ketidakmampuan primer (seperti kelemahan otot dan tirah baring).

(3) Proses penyakit cedera

Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh.

(4) Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.

(5) Tingkat energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitasnya dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.

(6) Kemampuan mobilitas

Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk memiliki kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, bangun, dan berpindah tanpa bantuan.

(7) Kemampuan rentang gerak

Pengkajian rentang gerak dilakukan pada daerah seperti bahu, siku, pergelangan tangan, tangan dan jari.

(8) Kemampuan kekuatan otot

Pengkajian kekuatan otot dilakukan pada ekstremitas

5) Penanganan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Ibu Post SC

a) Mobilisasi dini

Mobilisasi bertujuan untuk melancarkan peredaran darah untuk mencegah terjadinya trombosis dan emboli. Mobilisasi dini segera secara tahap sangat dianjurkan untuk membantu penyembuhan pasien. Pada hari pertama pasien dianjurkan untuk berlatih miring kanan dan miring kiri. Hari kedua pasien belajar duduk dan hari ketiga pasien belajar berjalan dengan pertolongan (F. Gurry Cunningham & Leveno, 2013).

Ibu post operasi sectio caesarea harus segera dilakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini merupakan faktor yang dapat mempercepat pemulihan setelah pembedahan dan dapat mencegah komplikasi pasca bedah. Ibu yang melakukan mobilisasi dini akan menyebabkan kontraksi uterus akan baik sehingga risiko perdarahan abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah terbuka. Selain itu tindakan mobilisasi dini diharapkan ibu nifas dapat menjadi lebih sehat dan lebih kuat, juga pengeluaran terhadap lochea menjadi lancar, mempercepat penyembuhan luka pasca operasi mempercepat involusi alat kandungan, melancarkan fungsi gastrointestinal dan alat perkemihan serta dapat meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga, mempercepat pengeluaran ASI dan sisa metabolisme (Mauba, 2008).

b) Manfaat Mobilisasi Dini

Purwati et.al (2014), mobilisasi dini memiliki beberapa manfaat bagi ibu melahirkan dengan section caesarea, yaitu:

- (1) Melancarkan pengeluaran lochea
- (2) Mengurangi infeksi
- (3) Mempercepat normalisasi alat kelamin dalam keadaan semula
- (4) Meningkatkan fungsi peredaran darah
- (5) Mempercepat penyembuhan
- (6) Mobilisasi dini dapat melemaskan otot-otot dengan baik
- (7) Penderita merasa sehat dan tidak bersikap seperti orang sakit
- (8) Dapat mengurangi terjadinya embolus dan thrombus

c) Dampak Apabila Tidak Melakukan Ambulasi Dini

Apabila ambulasi tidak dilakukan pada pasien post SC maka akan menyebabkan beberapa dampak fisiologis maupun psikologis. Dampak fisiologis yang dapat terjadi meliputi mempengaruhi fungsi metabolisme normal menurunkan laju metabolisme, mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak, dan

protein, menyebabkan ketidakseimbangan cairan elektrolit, dan kalsium: gangguan gastrointestinal seperti nafsu makan dan penurunan peristaltik dengan konstipasi dan impakifekal: risiko tinggi komplikasi pernafasan seperti: ateletaksis (kolapsnya alveoli) dan pneumonia hipostatik (inflamasi pada paru akibat statis atau bertumpuknya sekret), embolisme paru, meningkatkan risiko infeksi saluran kemih dan mengakibatkan terjadinya kontraktur sendi dan atrofi otot. Sedangkan dampak psikologis yang dapat terjadi meliputi penurunan fungsi sensorik: perubahan respon emosional dan perilaku seperti permusuhan, perasaan pusing, takut, dan perasaan tidak berdaya sampai anestesi ringan bahkan sampai psikosis: depresi karena perubahan persepsi dan konsep diri. Gangguan pola tidur karena perubahan rutinitas atau lingkungan, dan perubahan coping. Imobilisasi yang lama durasinya juga akan mengakibatkan bahaya psikologis yang semakin besar pada pasien pasca laparotomi dan sectio caesarea (Potter & Perry, 2010).

d) Tahap Mobilisasi Dini Ibu Post Section Caesarea

Kasdu (2005) dalam penelitian yang dipublikasikan oleh Nur Islah Rahmadani (2018), tahap mobilisasi dini ibu post sectio caesarea, yaitu:

(1) 6-10 Jam

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

(2) Setelah 24 jam

Dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk. Dapat mengangkat tangan setinggi mungkin, halik ke kiri dan ke kaman tanpa bantuan, latihan pernapasan, serta makan dan minum tanpa bantuan.

e) **Range Of Motion (ROM)**

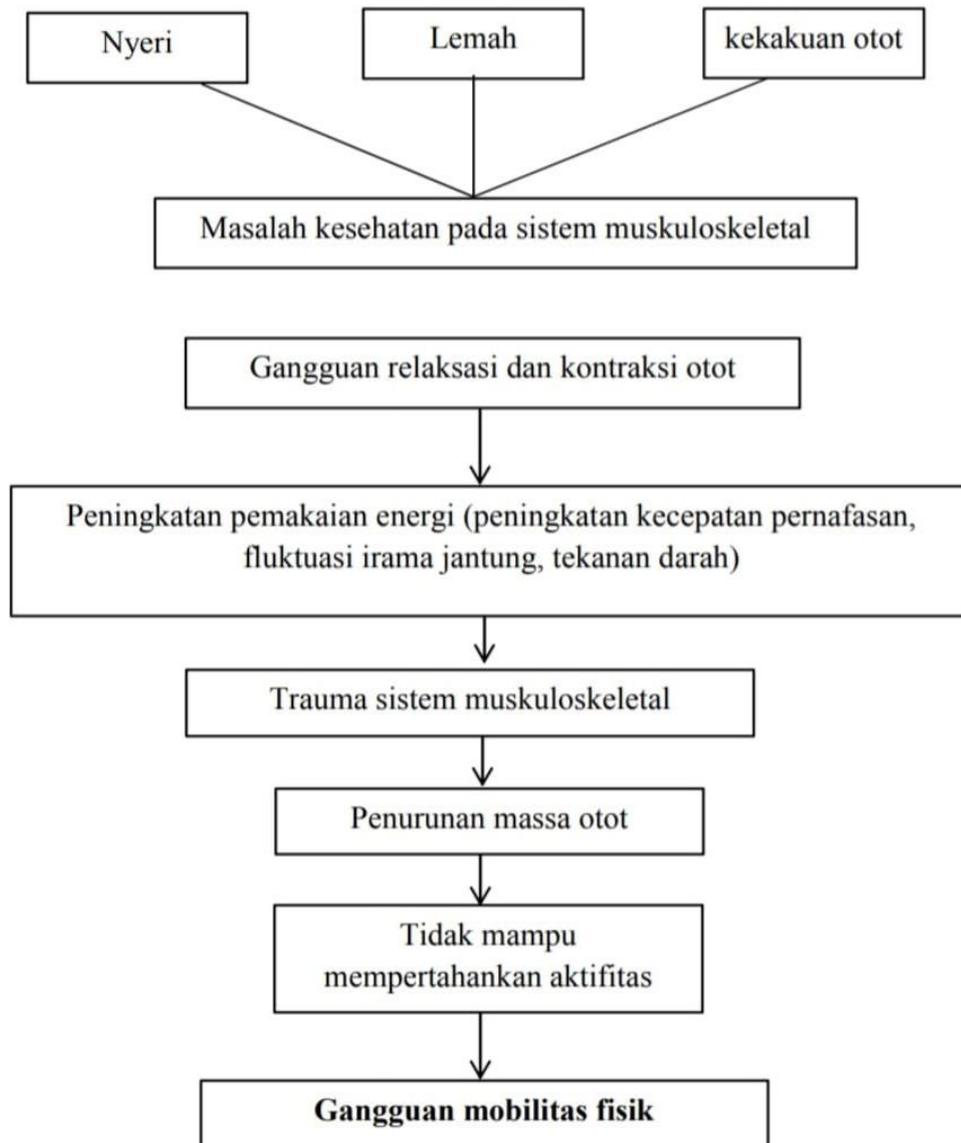
Suratun, dkk (2008) penanganan gangguan mobilitas fisik adalah latihan *range of motion* (ROM), ROM adalah gerakan yang tanpa perawat dari setiap perawat setiap gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan. Tujuannya adalah mempertahankan atau memelihara kekuatan otot dan persendian. Klasifikasi ROM meliputi:

- (1) Latihan ROM aktif adalah ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien dilakukan semus pasien yang dirawat dan mampu melakukan ROM sendiri dan kooperatif.
- (2) Latihan ROM pasif adalah latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat setiap gerakan pasien semikoma dan tidak sadar, pasien lansia dengan mobilitas terbatas, pasien tirah baring total, atau pasien dengan paralisis ekstremitas total.

6) Faktor yang Berhubungan Dengan Gangguan Mobilitas Fisik (TIM Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| a) Ansietas | h) Gangguan fungsi kognitif |
| b) Depresi | i) Keterlambatan perkembangan |
| c) Intoleransi aktifitas | j) Kontraksi |
| d) Kaku sendi | k) Nyeri |
| e) Keengganan memulai pergerakan | l) Penurunan kekuatan otot |
| f) Gangguan metabolisme | m) Penurunan masa otot |
| g) Gangguan muskuloskeletal | n) Penurunan ketahanan tubuh |
| | o) Penurunan kendali otot |

7) Patofisiologi Mobilitas Fisik



Bagan 1.1 Pathway gangguan mobilitas fisik.

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, dan sosial dan spiritual. Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif. Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien. Aplikasi pengkajian yaitu :

a. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Pada umumnya pasien post sectio caesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

c. Riwayat Kesehatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan, data yang dikaji adalah riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan keluarga. Dalam mengkaji riwayat kesehatan dahulu hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi sectio caesarea seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (multiple pregnancy), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

Riwayat kesehatan keluarga berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya pre eklampsia dan *giant baby*, seperti diabetes dan hipertensi yang sering terjadi pada beberapa keturunan.

d. Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

e. Riwayat Obsestri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

f. Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak.

g. Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit (Dermawan, 2012).

Pada pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah, biasanya terdapat chloasma gravidarum pada ibu post partum. Pada pemeriksaan mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelompok mata, konjungtiva, kornea, ketajaman pengelihatannya. Pada ibu post sectio caesarea biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh

kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan.

Pada pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent. Pada pemeriksaan telinga meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.

Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pembesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneral yang salah. Pada pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil.

Pada pemeriksaan thorak meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voval fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem interkostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).

Pada pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol, areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit. Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati iktus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuranjantung), auskultasi (bunyi jantung).

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (lihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak).

Pada pemeriksaan genetalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema,tanda-tanda infeksi,periksa lokhea meliputi warna,

jumlah, dan konsistensinya). Pada pemeriksaan kandung kemih diperiksa apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu untuk berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan kateterisasi.

Pada pemeriksaan anus diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperatur kulit, tekstur, hiperpigmentasi. Pada pemeriksaan ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek babinski, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan *human sign*.

Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi klien, proses berpikir, kemauan atau motivasi serta persepsi klien.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada pasien post partum sectio caesarea adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Ada lagi yang menyebutkan bahwa hambatan mobilitas fisik merupakan suatu kondisi yang relatif dimana individu tidak hanya mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya kehilangan, tetapi juga kemampuan gerakanya secara total (Ernawati, 2012).

3. Rencana Tindakan Keperawatan SIKI, 2019

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan	Rasional
1	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka mobilitas fisik diharapkan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

			Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan
2	Nyeri Akut D.0077	Manajemen Nyeri (L.082380) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Ketegangan otot menurun	Tingkat Nyeri (I.08066) 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 peringan nyeri 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3	Gangguan Pola Tidur D.0055	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan pola tidur berubah menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun	1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan .

Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

S. Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O. Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A. Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P. Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

a. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

b. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Post Partum

Masa nifas atau post partum atau disebut juga masa puer perium merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 6 minggu atau 42 hari (Maritalia, 2017).

2. Etiologi Sectio Caesarea

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016), menyatakan etiologi operasi section caesarea ada dua, yaitu sebagai berikut:

a. Etiologi yang berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari Ibu yaitu pada primi gravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, ada disporporosi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio placenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

3. Klasifikasi Sectio Caesarea

Dalam Solehati (2017) sectio caesarea terbagi menjadi beberapa jenis:

a. Sectio caesarea klasik atau korporal

Sectio caesarea klasik dengan melakukan sayatan sekitar 10 cm yang memanjang pada korpus uteri. Saat dinding perut dan peritoneum parietal tersayat dan terbuka pada garis tengahnya harus dibalut dengan kain kasa panjang yang mencangkup antara dinding perut dan dinding uterus untuk mencegah masuknya air ketuban dan darah ke rongga perut. Pada bagian ujung bawah di atas batas plika vesiko uteria diberikan sayatan insisi pada bagian tengah korpus uteri dengan panjang sekitar 10-12 cm, agar air ketuban bisa terhisap dengan sempurna dibuat lubang kecil pada kantong ketuban, kemudian tersebut dilebarkan untuk mempermudah proses pengeluaran bayi dari rongga perut. Plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan secara manual dengan diberikan suntikan 10 oksitosin dalam dinding uterus dan intravena. Tindakan selanjutnya yaitu dengan melakukan jahitan cutgut untuk menutup dinding uterus, jahitan tersebut 8 memiliki dua lapisan: lapisan pertama dengan jahitan simpul dan lapisan kedua atas jahitan terus menerus. Jahitan dilakukan secara terus menerus dengan cutgut yang lebih tipis dengan mengikutkan peritoneum

serta bagian luar miomertrium dengan menutup jahitan dengan raphis dan dinding perut tertutup seperti semula.

b. *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Dengan melakukan sayatan melintang konkaf di segmen bawah rahim yang panjangnya sekitar 10cm dengan ibu berbaring pada posisi trendelenburg dan dipasang dauer kateter. Pada dinding perut bagian garis tengah dari simfisi sampai di bawah pusat dilakukan insisi beberapa sentimeter. Peritoneum pada dinding uterus bagian depan dan bawah dipegang dengan pinset, kemudian plica vesiko uterine dibuka dan insisi diteruskan melintang ke lateral; dan kandung kencing dengan peritoneum di depan uterus didorong ke bawah menggunakan jari.

4. **Komplikasi Sectio Caesarea**

Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi adalah akibat tindakan anestesi selain itu juga jumlah darah yang dikeluarkan oleh Ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, endometriosis (radang endometrium), tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna (Manuaba, 2012).

Menurut Pulungan dkk (2020), menyebutkan beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan section caesarea adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (broad ligament). Selain itu infeksi pada traktus genitalia, pada insisi, traktus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratorius atas. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas.

5. **Indikasi Sectio Caesarea**

Indikasi *sectio caesarea* Indikasi disebabkan oleh ibu Primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak, disproporsi Sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), pengalaman kehamilan dan persalinan yang buruk, terjadi penyempitan panggul, plasenta previa terutama pada previa gravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi persalinan seperti preeklamsi dan eklamsi serta kehamilan yang disertai

dengan penyakit (Jantung, Diabetes Mellitus), gangguan jalan persalinan (kista ovarium, mioma uteri). Indikasi disebabkan oleh bayi Indikasi yang berasal dari bayi yaitu kegagalan vaku matau forceps, distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, pola tali pusat dengan pembukaan kecil (Solehati, 2017).

6. Patofisiologi Sectio Caesarea

Menurut buku sinopsis obstetri Mochtar (2012), persalinan sectio caesarea dilakukan karena adanya berbagai masalah selama masa kehamilan, komplikasi-komplikasi seperti fetal distress yang bisa mengganggu perkembangan janin dan mengakibatkan tidak munculnya his (kontraksi), plasenta previa, letak bayi melintang, letak bayi sungsang dapat menyebabkan terhambatnya jalan lahir, disporposi sefalo palevik dapat terjadi karena ukuran panggul ibu yang sempit, dan berat badan janin lebih dari 4.500g, jika terjadi ruptur uteri dan dilakukan persalinan normal dapat menyebabkan perdarahan. Beberapa komplikasi yang terjadi dapat menyebabkan terhambatnya jalan lahir dan tidak memungkinkan jika dilakukannya persalinan secara normal karena dapat menimbulkan risiko yang dapat membahayakan ibu dan janin. Oleh karena itu, diharuskan melakukan persalinan secara tidak normal berupa proses pembedahanya itu sectio caesarea.

D. Publikasi Terkait

Tabel 2.2
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No	Peneliti	Judul Peneliti	Metode Peneliti	Hasil
1.	Siti Ulpiah (2020).	Asuhan keperawatan pada pasien post partum sectio caesarea dengan gangguan kebutuhan mobilitas fisik.	Jenis penelitian ini dikatakan deskriptif dengan metode pendekatan kasus studi kasus.	Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi, studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan yang mengalami post partum sectio caesarea pada pasien ini yang dilakukan pada tanggal 15 juli 2020 pukul 10.00 di Ruang Bougenville subjek bernama Ny.R dengan usia 25 tahun hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh lemah, nyeri pada perut dan gerakan terbatas.
2.	Herdiana (2019)	Asuhan keperawatan pada pasien post partum sectio caesarea dengan gangguan kebutuhan mobilitas fisik.	Jenis penelitian ini dikatakan deskriptif dengan metode pendekatan kasus studi kasus.	Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi, studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan yang mengalami post partum sectio caesarea pada pasien yang dilakukan pada tanggal 15 juli 2020 pukul 10.00 di Ruang Bougenville hasil pengkajian 2 pasien dilakukan pada tahun 2019 pukul 09.00 wib pasien satu pada tanggal 30 januari 2019 pukul 09.00 pada pasien dua pada tanggal 5 februari 2019 pukul 14.00 wib subjek bernama Ny.D dan Ny.R dengan usia 24 tahun dan 26 tahun hasil pengkajian didapatkan dari data kedua pasien untuk pasien satu mengeluh lemah, dan gerakan terbatas pada pasien dua mengeluh nyeri, sulit menggerakkan ekstremitas.