

**IMPLEMENTASI RANGE OF MOTION PADA PASIEN POST
OP SECTIO CAESAREA INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DENGAN MASALAH INTOLERENSI AKTIVITAS DI RUANG
MAHMUDAH MAWARDI RUMAH SAKIT ISLAM NU
DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Ikhtiar Eka Saputri
40902200028**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

**IMPLEMENTASI RANGE OF MOTION PADA PASIEN POST
OP SECTIO CAESAREA INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DENGAN MASALAH INTOLERENSI AKTIVITAS DI RUANG
MAHMUDAH MAWARDI RUMAH SAKIT ISLAM NU
DEMAK**

**Karya Tulis Ilmiah
Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Disusun Oleh :

Ikhtiar Eka Saputri

40902200028

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 09 Mei 2025



(Ikhtiar Eka Saputri)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 09 Mei 2025

Semarang, 09 Mei 2025

Pembimbing

Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN. 06-0209-8503

UNISSULA

جامعة سلطان أبوبنح الإسلامية



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jumat, 16 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 16 Mei 2025

Tim Penguji,

Penguji I



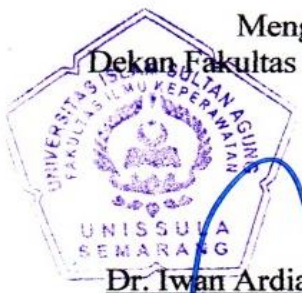
Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN.06-1804-8901

Penguji II



Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep
NIDN.06-0209-8503

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep
NIDN. 06-2208-7403

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr.wb

Dengan mengucap puji syukur kehadiran Allah SWT, telah memberikan rahmat, hidayah serta karunia-Nya, sehingga penulis berkesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul: " Implementasi reange of motion pada pasien post sectio caesarea indikasi ketuban pecah dini dengan masalah intoleransi aktivitas diruang mahmudah mawardi RSI NU Demak". Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Dalam segala rintangan dan kesulitan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, Tetapi semuanya dapat selesai dan teratasi berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kekuatan, serta kemudahan dalam mengerjakan tugas, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Bapak Dr. Iwan Ardian, S.KM., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

4. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ibu Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep selaku pembimbing yang sangat sabar dan berkenan banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan yang baik, motivasi, semangat pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepala ruang dan seluruh bidan di Ruang Mahmudah Mawradi Rumah Sakit Islam NU Demak yang telah mengizinkan saya untuk mengambil dan melakukan pengkajian kasus Karya Tulis Ilmiah di ruang tersebut.
7. Kepada orang tua saya Bapak Eko Siswanto dan Ibu Sarmini yang tidak pernah lelah memberi motivasi, dukungan, semangat, perhatian, dan kasih sayang serta mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
8. Teman satu pembimbing Cheryl Maitsa R dan Indah Novita S yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabat yang saya miliki Fadhilah Salsabila Hanan, Anis Widya Oktavia, Cheryl Maitsa Rizqiva yang saya kenal baik dari perkuliahan semester awal hingga berjalan sampai selesai yang telah saling menyemangati satu sama lain, memberikan dukungan, motivasi dan kenangan yang berharga bagi saya.
10. Muhammad Sirril Wafa, yang telah menjadi rumah, pendamping dalam segala hal yang menemani, mendukung ataupun menghibur dalam kesedihan, mendengar keluh kesah, member semangat untuk pantang menyerah.

11. Terakhir, saya ingin mengucapkan terimakasih kepada diri saya sendiri Ikhtiar Eka Saputri yang periang, ceria karena berhasil melalui proses panjang perkuliahan keperawatan hingga menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Terimakasih sudah mampu sabar, tetap bertahan, sehat dalam menyelesaikan sampai dengan proses pendewasaan ini.

Serta semua pihak yang terlibat yang tidak bisa penulis sebutkan satupersatu. Terimakasih banyak atas segala kebaikan dan dukungan kalian semua, semoga kebaikan yang telah kalian berikan dapat dibalas oleh Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, baik dari segi materi maupun teknik dalam penulisan.

Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan juga saran dari segala pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Aamiin yaa rabbal'aalamiin.

Wassalamualaikum wraahmatullahi wabarakatuh.

Semarang, 09 Mei 2025

Penulis

Ikhtiar Eka Saputri
40902200028

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
KTI, MEI 2025**

ABSTRAK

Ikhtiar Eka Saputri

Implementasi Terapi Range Of Motion (ROM) Pada Ibu Post Sectio Caesarea

Latar belakang: Mobilisasi sangat mempengaruhi proses penyembuhan terhadap ibu post sectio caesarea. Penyebab ibu tidak mau melakukan mobilisasi dini karena merasa takut terjadi sesuatu yang tidak diinginkan terhadap luka post sectio caesarea. **Tujuan penelitian.** Untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini serta pemberian terapi Range Of Motion (ROM) terhadap proses penyembuhan pada ibu post sectio caesarea. **Metode:** Karya tulis ilmiah yang disusun menggunakan metode descriptive study. Penulis mengelola masalah cara mengatasi gangguan mobilisasi pada pasien post sectio caesarea dengan menerapkan terapi Range Of Motion (ROM). **Hasil:** Pasien dapat mengikuti latihan mobilisasi dini serta terapi Range Of Motion dengan baik dan mampu berjalan dan beraktifitas secara mandiri. **Kesimpulan:** Latihan mobilisasi dini dan terapi Range Of Motion (ROM) yang diajarkan seperti latihan gerakan tunas, latihan uuring kanan dan kiri, latihan duduk, latihan berjalan,

Kata kunci mobilisasi dini, terapi Range Of Motion (ROM) ibu post sectio caesarea

**DIPLOMA IN NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY
MAY, 2025**

ABSTRACT

Ikhtiar Eka Saputri

Implementation Of Early Mobilization and Range Of Motion (ROM) Therapy Post-Section Caesarean Mothers With Physical Mobility Disorders

Background: Mobilization greatly influences the healing process, towards post cesarean section mother, the reason why the mother does not want to mobilize early is because she is afraid that something untoward will happen to the post cesarean section wound. **Objective:** To determine the effect of early mobilization and the provision of Range of Motion (ROM) therapy on the healing process in post-caesarean section mothers. **Method:** Scientific written work prepared using the descriptive study method. The author manages the problem of how to overcome mobility disorders in post-caesarean section patients by applying Range of Motion (ROM) therapy. **Results:** The patient was able to participate in early mobilization exercises and Range of Motion therapy well and was able to walk and carry out activities independently. **Conclusion:** Early mobilization exercises and Range of Motion (ROM) therapy are taught such as heel movement exercises, right tilt and kiri exercises, sitting exercises walking practice.

Keywords: early mobilization, Range of Motion therapy for mothers after caesarean section

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Studi Kasus.....	8
D. Manfaat Studi Kasus.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Konsep Dasar.....	11
1. Konsep Dasar Penyakit	11
a. Definisi Sectio Caesarea.....	11
b. Etiologi Sectio caesarea	11
c. Klasifikasi Sectio Caesarea	13
d. Komplikasi Sectio Caesarea.....	15
e. Manifestasi Klinis	16

f. Patofisiologi	17
g. Penatalaksanaan	18
h. Pemeriksaan Penunjang.....	20
i. Pathway	21
j. Adaptasi Fisologis dan Psikologis Post Partum	22
2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	39
a. Pengkajian	40
b. Diagnosa.....	47
c. Intervensi	48
d. Implementasi	55
e. Evaluasi	55
3. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI (Range Of Motion)..	56
a. Pengertian.....	56
b. Indikasi Rom	57
c. Prinsip Dasar Latihan ROM.....	58
d. Tujuan Latihan Rom.....	59
e. Manfaat Latihan Rom.....	59
f. Prosedur Rom	60
BAB III METODE PENELITIAN	69
A. Desain atau rancangan studi kasus	69
B. Subyek Studi Kasus	69
C. Fokus Studi.....	69
D. Definisi Oprasional.....	70
E. Tempat dan Waktu	70
F. Instrument Studi Kasus.....	71

G. Metode Pengumpulan Data	72
H. Analisa Dan Penyajian Data	73
I. Etika Studi Kasus	74
BAB IV HASIL STUDI DAN PEMBAHASAN	76
A. Pengkajian Keperawatan	76
B. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)	82
C. Pengkajian Kebutuhan Khusus	86
D. Pemeriksaan Penunjang	87
E. Analisa Data	89
F. Diagnosa Keperawatan	91
G. Intervensi Keperawatan	93
H. Implementasi keperawatan	97
I. Evaluasi Keperawatan	104
J. Pembahasan	111
K. Keterbatasan	130
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	132
A. Kesimpulan	132
B. Saran	133
DAFTAR PUSTAKA	135
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Pathway	21
Gambar 2.2	Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu	60
Gambar 2.3	Gerakan menekuk dan meluruskan siku	61
Gambar 2.4	Gerakan memutar pergelangan tangan	61
Gambar 2.5	Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan	62
Gambar 2.6	Gerakan memutar ibu jari	62
Gambar 2.7	Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan	62
Gambar 2.8	Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha	63
Gambar 2.9.	Gerakan menekuk dan meluruskan lutut	63
Gambar 2.10	Gerakan latihan pangkal paha	64
Gambar 2. 11	Gerakan memutar pergelangan kaki	64
Gambar 2.12	Latihan I (Suratun, 2020).	64
Gambar 2.13.	Latihan II	65
Gambar 2.14	Latihan III	65
Gambar 2.15	Latihan IV	66
Gambar 2.16	Latihan V	66
Gambar 2.17	Latihan VI	67
Gambar 2.18.	Latihan VII	67
Gambar 2.19.	Latihan VIII	68

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 2. SOP *Range of Motion*
- Lampiran 3. Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 4. Surat Izin Studi Kasus
- Lampiran 5. Laporan Asuhan Keperawatan Klien 1
- Lampiran 6. Laporan Asuhan Keperawatan Klien 2
- Lampiran 7. Bimbingan KTI
- Lampiran 8. Hasil uji *Turn it in*



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan mengeluarkan janin melalui tindakan pembedahan, tindakan ini pasti akan menyisakan bekas sayatan pada bagian perut luar ibu. Proses ini akan berpengaruh pada kondisi ibu, dampaknya yaitu rasa nyeri luar biasa setelah tindakan ini dilakukan. (Morita et al.,2020).

Sectio Caesarea (SC) merupakan proses persalinan dengan melalui tindakan pembedahan yang dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Purwoastuti et al.,2020).

Metode pengeluaran janin yang dikenal sebagai sectio caesarea melibatkan sayatan pada dinding uterus melalui depan perut untuk mengeluarkan janin dari dalam Rahim (Ayuningtyas, 2020).

Menurut World Health Organization (WHO), tingkat persalinan sectio caesarea rata-rata meningkat setiap tahun sekitar 5–15 persen per 1000 persalinan di seluruh dunia. Rumah Sakit swasta mencapai lebih dari 30%, sedangkan Rumah Sakit pemerintah sekitar 11% (Gibbson, 2020).

Tingkat persalinan sectio caesarea di Indonesia telah mencapai 15,3% dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancarai di 33 provinsi, melampaui batas maksimal standar WHO yaitu 5-15%. Resiko ibu saat melahirkan atau di operasi caesar adalah sebagai

berikut: 13,4 persen karena ketuban pecah dini, 5,49 persen karena preeklampsia, 5,14 persen karena perdarahan, 4,4 persen karena jalan lahir tertutup, dan 2,3 persen karena rahim sobek (Suryati Tati, 2020).

Di Jawa Tengah, proporsi persalinan sectio caesarea lebih tinggi dari rata-rata proporsi nasional, yaitu 9,9%, menurut angka persalinan sectio caesarea. Pola persalinan melalui operasi Caesar biasanya memiliki proporsi tertinggi pada indeks kepemilikan teratas (18,9%), tinggal di perkotaan (13,8%), pekerjaan sebagai pegawai (20,9%), dan pendidikan tinggi (25,1%).

Profil Kesehatan Kabupaten Demak (2023) menunjukkan bahwa masyarakat Kabupaten Demak lebih memilih penolong kelahiran yang dilakukan oleh profesional medis. Persentase calon ibu yang melakukan persalinan normal sebesar 55,91% lebih suka persalinan normal daripada persalinan sectio caesarea (42,76%).

SC adalah kasus nomor satu dari delapan besar kasus rawat inap di Rumah Sakit NU Demak dari April hingga Juni 2022, total 163 kasus (Safi'i, Akhmad et al., 2023).

Ada beberapa faktor risiko yang menyebabkan operasi caesar dilakukan. Di antara tanda-tanda patologi bagian caesar adalah 13,4% ketuban pecah dini (KPD), 5,49% preeklamsia, 5,14% perdarahan, 4,400 persen jalan lahir tertutup, dan 2,3 persen karena rahim sobek. Untuk kasus non-patologis, seperti tanda sosial, disarankan untuk melakukan persalinan melalui operasi caesar. Waktu kelahiran dikaitkan dengan nasib dan keberuntungan anak, dan diharapkan bahwa anak yang lahir pada tanggal tertentu akan memiliki rezeki dan kehidupan yang baik (Sugianto et al. 2023).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah salah satu penyebab persalinan tanpa SC. Pada usia kehamilan cukup bulan, 8% hingga 10% KPD terjadi, dan 1% terjadi pada usia kehamilan kurang bulan. Persalinan yang terjadi dalam waktu yang lama pada kala II fase laten dan dengan ketuban sudah pecah dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi. Ketuban pecah dini dilaporkan pada ibu hamil ketika pembukaan jalan lahir kurang dari 5 cm (Rahayu,2020).

Indikasi persalinan sectio caesarea berdasarkan faktor ibu terdiri dari tulang panggul sempit (CPD) sebesar 47.1%, riwayat SC sebesar 16.8%, dan ketuban pecah dini (KPD) sebesar 10.3%, jika dihitung secara keseluruhan. Indikasi persalinan sectio caesarea berdasarkan faktor janin terdiri dari kelainan letak bayi (10.3%), faktor plasenta (5.8%), dan ancaman persalinan sectio caesarea (Saridewi Mulyainuningsih et al., 2021).

Nyeri setelah sectio caesar adalah masalah yang sering dialami ibu setelah operasi. Nyeri ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan berdampak pada sistem pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, imonologi, dan stres, sehingga sulit untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Napisah 2022) Setelah operasi caesar, nyeri yang disebabkan oleh luka menyebabkan ibu memilih untuk berbaring dan enggan untuk bergerak, yang mengakibatkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, dan nyeri tekan jika tidak dilakukan mobilitas segera (Solekhudin et al., 2022). Salah satu cara untuk mengurangi kaku persendian adalah dengan melakukan latihan pergerakan sendi sesuai dengan rentang gerak yang dapat dilakukan (Roro Brilianti Chrisnajyantie, Prabowo, and Harmilah 2021).

Jika dibandingkan dengan persalinan secara spontan per vagina, ibu yang menjalani operasi sectio caesarea sering mengalami anemia dan penurunan hemoglobin dalam darah. Anemia mengurangi tingkat oksigen arteri dalam kapiler dan menghambat perbaikan jaringan, yang berarti waktu penyembuhan luka lebih lama (Ratih et al. 2024).

Mobilisasi sangat penting bagi ibu yang telah menjalani operasi caesar karena sangat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Mobilisasi sebelum operasi caesar adalah gerakan atau aktivitas posisi yang dilakukan ibu setelah beberapa jam persalinan dengan caesarea (Heryani and Denny 2020).

Perawat harus memastikan bahwa pasien yang telah menjalani operasi sectio caesarea menerima nutrisi yang cukup dari pasien. Jumlah waktu yang dihabiskan untuk mendapatkan nutrisi yang cukup akan sangat mempengaruhi seberapa cepat penyembuhan mereka berjalan. Perawat juga bertanggung jawab untuk memberikan terapi Range Of Motion dan mobilisasi dini agar tidak terjadi masalah atau komplikasi lebih lanjut. Mereka juga secara teratur merawat luka setelah operasi section caesarea agar jaringan yang rusak dapat sembuh lebih cepat dan infeksi tidak muncul.

Beberapa efek yang dapat dialami ibu setelah prosedur sectio caesarea adalah infeksi, trauma pada kandung kemih, dan juga rasa sakit dan luka sayatan di perut. Aktivitas ibu akan dipengaruhi oleh rasa sakit selama operasi caesar. Sakit ini dapat menyebabkan berbagai masalah, salah satunya adalah kesulitan menyusui. Laporan Yulia (2023) menyatakan bahwa karena keterbatasan dalam bergerak, ibu yang baru melahirkan melalui sectio caesarea mengalami kesulitan dalam merawat bayinya.

Mobilisasi yang cukup diperlukan untuk mempercepat pemulihan ibu. Ibu yang memiliki riwayat persalinan pasca sectio caesarea disarankan untuk bangun dari tempat tidur tidak lebih dari 24 sampai 48 jam setelah melahirkan. Selain itu, jangan lupa bahwa ibu harus memulai mobilitas dini, seperti miring kiri atau kanan, duduk, dan berjalan. Namun, ibu yang melahirkan setelah SC akan mengalami sedikit kesulitan untuk bergerak karena nyeri yang lebih besar (Irmadhanı Firdha, 2021).

Infeksi baik intrapartum maupun postpartum, yang terjadi dalam waktu cukup bulan, dan sebanyak 1% terjadi pada usia kehamilan kurang bulan, adalah efek KPD yang umum pada persalinan. Persalinan yang terjadi dalam waktu yang lama pada kala II fase laten dan dengan ketuban sudah pecah dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi. Ketuban pecah dini dilaporkan pada ibu hamil ketika pembukaan jalan lahir kurang dari 5 cm (Rahayu, 2020).

Pembedahan adalah tindakan yang sering menyebabkan nyeri. Setelah pembedahan, pasien dapat mengalami berbagai masalah keperawatan, termasuk keterbatasan fungsi, keterbatasan gerak, dan ketidakmampuan. Keterbatasan fungsi terdiri dari nyeri akut di area lokasi operasi, ketakutan, dan keterbatasan gerak. Ketidakmampuan gerak terdiri dari ketidakmampuan melakukan aktivitas yang terganggu karena nyeri dan komplikasi operasi (Nugroho, 2020).

Mobilisasi dini harus dilakukan secara bertahap untuk mengurangi risiko bagi pasien. Latihan mobilisasi awal akan meningkatkan sirkulasi darah, yang berarti nyeri akan berkurang lebih cepat dan lebih cepat selama

penyembuhan luka. Untuk mempercepat pemulihan fungsi tubuh secara keseluruhan, terapi mobilisasi dan latihan adalah langkah awal yang sangat baik. Untuk meningkatkan kemampuan untuk melakukan aktivitas mandiri dalam kegiatan sehari-hari, terapi latihan termasuk latihan aktif dan pasif (Smeltzer, 2020).

Untuk menghindari hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi terkait organ lainnya, prosedur farmakologi sectio caesarea memerlukan pemberian cairan intavena yang cukup dan mengandung elektrolit. Ini karena pasien harus puasa selama 24 jam pertama setelah operasi. Pada awalnya, DS 10%, garam fisiologi, dan RL ditambahkan ke dalam air dalam jumlah tetesan yang berbeda sesuai kebutuhan. Jika kadar Hb rendah, transfusi darah diberikan sesuai kebutuhan, dan prosedur non-farmakologi sectio caesarea, yaitu pemberian cairan per infus, dihentikan setelah penderita flatus, dan makanan dan minuman diberikan per oral.

Saat enam sampai delapan jam setelah operasi, minum sedikit air putih dan air sudah boleh diberikan. Mobilisasi Serra secara bertahap dilakukan. Misalnya, miring kiri dan kanan dapat dimulai enam hingga sepuluh jam setelah operasi. Pada hari kedua setelah operasi, pasien diberi bantuan untuk duduk selama lima menit dan diajarkan untuk relaksasi. Kemudian, posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semi fowler). Ini dilakukan secara bertahap setiap hari. Pada hari ketiga dan keempat setelah operasi, pasien diminta untuk belajar berjalan dan duduk setiap hari. Kemudian, mereka belajar berjalan sendiri pada hari ketiga dan kelima setelah operasi (menurut Ramandanty, 2020).

Manajemen Farmakologi: Obat-obatan dapat menurunkan nyeri dengan berbagai cara, dan tiap obat dapat menurunkan nyeri dengan cara yang berbeda. Untuk mengurangi nyeri, memblokir transmisi stimuli untuk mengubah persepsi dan mengurangi respons kortikal. Analgesik, NSAID, anestesi, dan opioid adalah tiga kelompok obat nyeri, bersama dengan pengobatan non-farmakologi. Dengan menggunakan proses alami (pernafasan, pikiran dan konsentrasi, sentuhan ringan, pergerakan, dll.), banyak terapi dan metode medis yang berbeda dan komplementer digunakan. Untuk mengatasi nyeri, terapi non-farmakologi seperti distraksi, terapi spiritual, dan relaksasi dapat digunakan (Potter dan Perry, 2020).

Obat analgetik seperti morphine sublimaze, Demerol, dan stadol, antara lain, dapat digunakan untuk mengatasi penatalaksanaan farmakologi (Akhlaghi et al., 2020). Penatalaksanaan nyeri farmakologis memiliki kelebihan, yaitu nyeri dapat berkurang dengan cepat. Namun, penggunaan obat kimia yang lebih lama dapat menyebabkan efek samping berbahaya pada pasien, seperti gangguan ginjal (Batubara, 2008). Beberapa contoh terapi non-farmakologi adalah terapi placebo, terapi musik, teknik relaksasi nafas dalam, dan Benson relaksasi dengan aromaterapi (Warsono, 2020).

Terapi farmakologis adalah metode pengobatan nyeri yang menggunakan analgetik narkotik dan non narkotik yang diberikan secara intravena atau intramuskuler (Latifah, 2014). Terapi nonfarmakologis yang biasa diberikan oleh perawat salah satunya yaitu mobilisasi dini.

Terapi rentang gerakan adalah salah satu bentuk perawatan non-farmakologi yang dapat diberikan kepada pasien pasca operasi sectio caesarea. Perawat harus memastikan bahwa pasien menerima terapi rentang gerakan sejak awal agar tidak terjadi masalah atau komplikasi lebih lanjut.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Implementasi Latihan Range Of Motion Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea Indikasi Ketuban Pecah Dini Dengan Intoleransi Aktivitas”.

B. Rumusan Masalah

Seringkali pasien post sectio caesarea mengalami berbagai masalah, diantaranya yang sering terjadi yaitu keluhan sulit bergerak. merasa cemas saat bergerak sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik, serta kebingungan menghadapi kondisi yang sedang dialami, dengan demikian maka perumusan masalahnya dalam penelitian ini yaitu bagaimana implementasi pemberian terapi ROM dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik post sectio caesarea serta asuhan keperawatan pada pasien post SC di RS Islam NU Demak.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Maternitas dan perbandingan perkembangan pada dua pasien dengan Post Op sectio caesarea dengan memberikan implementasi yang sama yaitu Range Of Motion (ROM).

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk melakukan pengkajian pada dua pasien dengan post op sectio caesarea.
- b. Untuk menegakan diagnosa keperawatan pada dua pasien dengan post op sectio caesarea.
- c. Untuk menentukan perencanaan keperawatan pada dua pasien dengan post op sectio caesarea.
- d. Untuk melaksanakan implementasi pada dua pasien dengan post op sectio caesarea.
- e. Untuk melakukan evaluasi dan membandingkan perkembangan respon pasien yang telah diberikannya latihan range of motion.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan maternitas pada pasien post op sectio caesarea.

2. Bagi Klien

Dapat mempercepat pemulihan dan tidak membuat sendi sendi klien kaku.

3. Bagi tempat penelitian

Dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan buat menaikkan pengetahuan serta kualitas pelayanan maksimal tentang asuhan keperawatan pada pasien post op sectio caesarea.

4. Bagi perkembangan Ilmu Pengetahuan

Dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan mengenai teori Asuhan Keperawatan pada pasien post op sectio caesarea.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Konsep Dasar Penyakit

a. Definisi Sectio Caesarea

Sectio caesarea merupakan suatu tindakan persalinan dengan membuat sayatan melalui dinding depan perut atau vagina atau sectio caesarea adalah suatu histerotomia untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2020).

Sectio Caesarea merupakan cara melahirkan dengan cara buatan dimana janin dikeluarkan melalui insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim tetapi ada ketentuan rahim harus dengan keadaan utuh (Rahmayanti, 2020).

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Purwoastuti et al.,2020).

b. Etiologi Sectio caesarea

Seorang wanita yang akan melakukan persalinan maka perlu dilakukan tindakan persalinan dengan sectio caesarea harus berdasarkan indikasi medis pada pasien antara lain karena ibu maupun bayinya beresiko tinggi, bukan karena alasan pribadi dari ibu sendiri/elektif (Solehati&Kokasih, 2020).

Indikasi dilakukannya sectio caesarea sebagai berikut:

- 1) Panggul sempit.
- 2) Preeklamsi.
- 3) Ketuban pecah dini.
- 4) Bayi kembar.
- 5) Gangguan pada jalan lahir.
- 6) Kelainan Letak Janin.
 - a) Kelainan pada letak kepala bayi.
 - b) Letak Sungsang.
 - c) Kelainan letak lintang.

Ada beberapa faktor dari sisi ibu yang dapat menyebabkan pelaksanaan sectio caesarea, seperti riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, panggul sempit, plasenta previa terutama pada wanita yang hamil pertama kali, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan dengan penyakit tambahan seperti jantung atau diabetes mellitus, serta gangguan dalam perjalanan persalinan seperti kista ovarium dan mioma uteri. Selain itu, ada beberapa indikasi medis untuk melakukan sectio caesarea, termasuk CPD (Cepalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), dan faktor-faktor yang menghambat. Etiologi yang berasal dari Janin Kondisi seperti gawat janin, presentasi atau posisi janin yang tidak normal, prolapsus tali pusat dengan dilatasi serviks yang terbatas, serta kegagalan dalam

menggunakan alat vakum atau forceps untuk ekstraksi jalan lahir (Razak, 2023).

c. Klasifikasi Sectio Caesarea

Menurut (Sagita, 2020) terdapat tiga klasifikasi sectio caesarea yaitu:

1) Sectio caesarea transperitonealis profunda

Sectio caesarea ini yaitu dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Kelebihan dari prosedur pembedahan ini :

- a) Perdarahan pada luka insisi tidak banyak
- b) Risiko peritonitis kecil
- c) Umumnya bagian uterus kuat sehingga risiko terjadinya ruptur uteri dikemudian hari kecil karena saat nifas segmen bawah uterus tidak begitu banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2) Sectio caesarea korporal / klasik

Pada Sectio caesarea ini tindakan pembedahannya dengan membuat insisi di bagian tengah korpus uteri sekitar 10-12 cm dengan ujung bawah diatas batas plika vasio uterine. Pembedahan ini dilakukan apabila ada kendala untuk melakukan sectio caesarea transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat sectio caesarea sebelumnya.

3) Sectio caesarea ekstra peritoneal

Sectio caesarea ini dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi puerpureal, akan tetapi dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini sekarang jarang dilakukan, karena proses pembedahannya sulit.

Klasifikasi Sectio Caesarea menurut (Wahyuningsi et al., 2021) :

1) Sectio Caesarea Histerektomi

Sectio Caesarea Histerektomi adalah prosedur setelah melahirkan janin dengan Sectio Caesarea, setelah itu diikuti dengan pengangkatan rahim.

2) Sectio Caesarea Klasik

Operasi caesar klasik adalah operasi yang tidak dianjurkan melahirkan secara normal untuk kehamilan berikutnya setelah operasi ini, kecuali jika keadaan ibu dan bayi memungkinkan. dilakukan secara longitudinal dari bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan membujur kurang lebih sepanjang 10 cm di badan rahim. Pembedahan jenis ini memiliki kekurangan, resiko peritonitis lebih besar dan ruptur uteri empat kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya (Warsono et al., 2020).

3) Sectio Caesarea Extraperitoneal

Sectio Caesarea Extraperitoneal merupakan tindakan yang dilakukan dengan sayatan dinding perut dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

4) Sectio Caesarea Transperitonel Profunda

Sectio Caesarea Transperitonel Profunda juga dikenal sebagai sayatan memanjang di bagian bawah rahim yaitu serviks bagian bawah, Jenis sayatan ini dibuat jika bagian bawah rahim tidak tumbuh atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan celah horizontal. Celah memanjang sebagian dilakukan untuk otot-otot di bawah rahim. Kelemahan pembedahan ini dapat menimbulkan pendarahan.

d. Komplikasi Sectio Caesarea

Komplikasi pada pasien post section caesarea menurut (Ratih et al. 2024) antara lain:

- 1) Nyeri pada daerah insisi
- 2) Infeksi pada luka operasi
- 3) Trauma invasi bakteri saat pembedahan maupun terjadi setelah pembedahan
- 4) Endometritis
- 5) Kemerahan, bengkak disekililing luka
- 6) Osteomyelitis, bakteremia, sepsis
- 7) Peningkatan suhu
- 8) Peningkatan sel darah putih

Komplikasi pada ibu bersalin post seksio caesarea menurut (Nisma et al. 2022) antara lain:

- 1) Risiko infeksi,
- 2) pendarahan post SC,
- 3) syok perdarahan,
- 4) cedera organ dalam dan lain-lain.

Sedangkan pada janin dapat berisiko gangguan pernafasan dan kulit tergores. Hal ini akan berakibat meningkatnya angka mortalitas dan mordibitas.

e. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada ibu Post Sectio Caesarea menurut Silaen, dkk (2020) adalah:

- 1) Kehilangan darah selama dilakukan pembedahan 600-800 ml
- 2) Terpasang kateter, urin jernih dan pucat
- 3) Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- 4) Tidak terdapat bising usus
- 5) Tidak nyaman dalam menghadapi situasi baru
- 6) Balutan pada luka post SC tampak terdapat sedikit noda darah
- 7) Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

Menurut (Martowirjo 2020) dan (Agustina 2020) manifestasi klinis pada pasien section caesarea yaitu:

- 1) Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- 2) Terpasangnya kateter, urin tampak jernih serta pucat
- 3) Abdomen lunak dan tidak terdapat distensi
- 4) Suara bising usus tidak ada
- 5) Ketidaknyamanan dalam menghadapi situasi baru
- 6) Terdapat sedikit noda pada balutan abdomen
- 7) Aliran lochia sedang, bebas bekuan, berlebihan serta banyak.

f. Patofisiologi

Section caesarea merupakan proses melahirkan melalui pembuatan sayatan dibagian perut dan rahim dengan syarat rahim dengan keadaan utuh. Indikasi melahirkan secara SC disebabkan pada faktor ibu dan janin. Setiap operasi Sectio Caesarea anestesi spinal lebih sering digunakan karena lebih aman untuk janin. anestesi yang diberikan dapat mempengaruhi tonus otot pada kandung kemih sehingga akan mengalami penurunan yang menyebabkan gangguan eliminasi urin (Ainuhikma, 2020).

Insisi pada perut dan rahim akan membuat trauma pada jaringan dan terputusnya inkontinensia jaringan, pembuluh darah, dan saraf di sekitar daerah insisi. Hal tersebut dapat merangsang keluarnya histamin dan prostaglandin. Histamin dan prostaglandin ini dapat menyebabkan nyeri pada daerah sayatan. Nyeri yang dirasakan dapat memunculkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Selanjutnya hambatan mobilisasi fisik yang dialami oleh ibu nifas dapat memunculkan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Terdapat jaringan terbuka juga akan menyebabkan munculnya risiko tinggi terhadap masuknya bakteri dan virus yang akan menyebabkan infeksi apabila tidak dilakukan tindakan perawatan luka yang baik (Potter & Perry, 2020).

Dalam proses persalinan, terdapat kendala yang bisa menghalangi bayi untuk dilahirkan secara normal, seperti: plasenta

provia sentral dan lateral, panggul sempit, akan terjadinya ruptur uteri, persalinan yang lama, persalinan nonprogresif, preeklampsia, distosia serviks, malformasi janin dll. Kondisi seperti ini memerlukan adanya tindakan pembedahan section caesarea. Dalam proses pembedahan, dilakukan tindakan insisi/sayatan pada area dinding perut sehingga dapat mengakibatkan terganggunya diskontinuitas jaringan pada area sekitar sayatan.

Hal ini dapat merangsang pelepasan histamin dan prostaglandin yang menutup serta menimbulkan rasa nyeri. Dalam proses operasi dilakukan tindakan anestesi yang membuat pasien mengalami kelemahan serta kesulitan dalam bergerak, sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Akibat gangguan mobilitas fisik terganggu, pada abdomen mengalami kelemahan sehingga mempengaruhi pencernaan dan menurunkan mobilitas usus yang menyebabkan konstipasi. Pada pembedahan section caesarea mengakibatkan jaringan kontinuitas terputus juga dapat memberi rangsangan pada arka sensorik sehingga menimbulkan rasa nyeri. Hal inilah yang membuat pasien tidak bisa melakukan Activity Daily Living secara mandiri (Lara 2022).

g. Penatalaksanaan

1) Farmakologi

- a) Penatalaksanaan farmakologi section caesarea yaitu pemberian cairan intravena harus cukup dan mengandung

elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ-organ tubuh lainnya karena 24 jam pertama penderita puasa setelah melakukan operasi. Cairan yang awalnya diberikan DS 10%, garam fisiologi dan RL dengan cara bergantian dan jumlah tetesan sesuai kebutuhan. Jika kadar Hb rendah maka diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan (menurut Ramandanty, 2020).

- b) Manajemen Farmakologi, Obat-obatan dapat menurunkan nyeri dengan berbagai cara, tiap obat yang diberikan dapat mengurangi nyeri. Nyeri dapat dikurangi dengan memblokir transmisi stimuli agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon kortikal. Terdapat tiga kelompok obat nyeri, yaitu analgesik, NSAID, obat anestesi dan golongan opioid, serta manajemen non-farmakologi. Beberapa terapi dan teknik medis alternatif serta komplementer bersifat umum menggunakan proses alami (pernafasan, pikiran dan konsentrasi, sentuhan ringan, pergerakan dll) (Potter dan Perry, 2020).

2) Non- farmakologi

- a) Terapi nonfarmakologis yang biasa diberikan oleh perawat salah satunya yaitu mobilisasi dini. Salah satu penatalaksanaan non-farmakologi pada post op sectio caesarea adalah dengan terapi range of motion. Perawat

berperan memberikan terapi Range Of Motion serta mobilisasi dini agar tidak menimbulkan komplikasi atau masalah lebih lanjut (Latifah, 2020).

- b) Dalam mengatasi nyeri dapat diberikan terapi non-farmakologi yaitu distraksi, terapi spiritual dan relaksasi (Potter dan Perry, 2020).

h. Pemeriksaan Penunjang

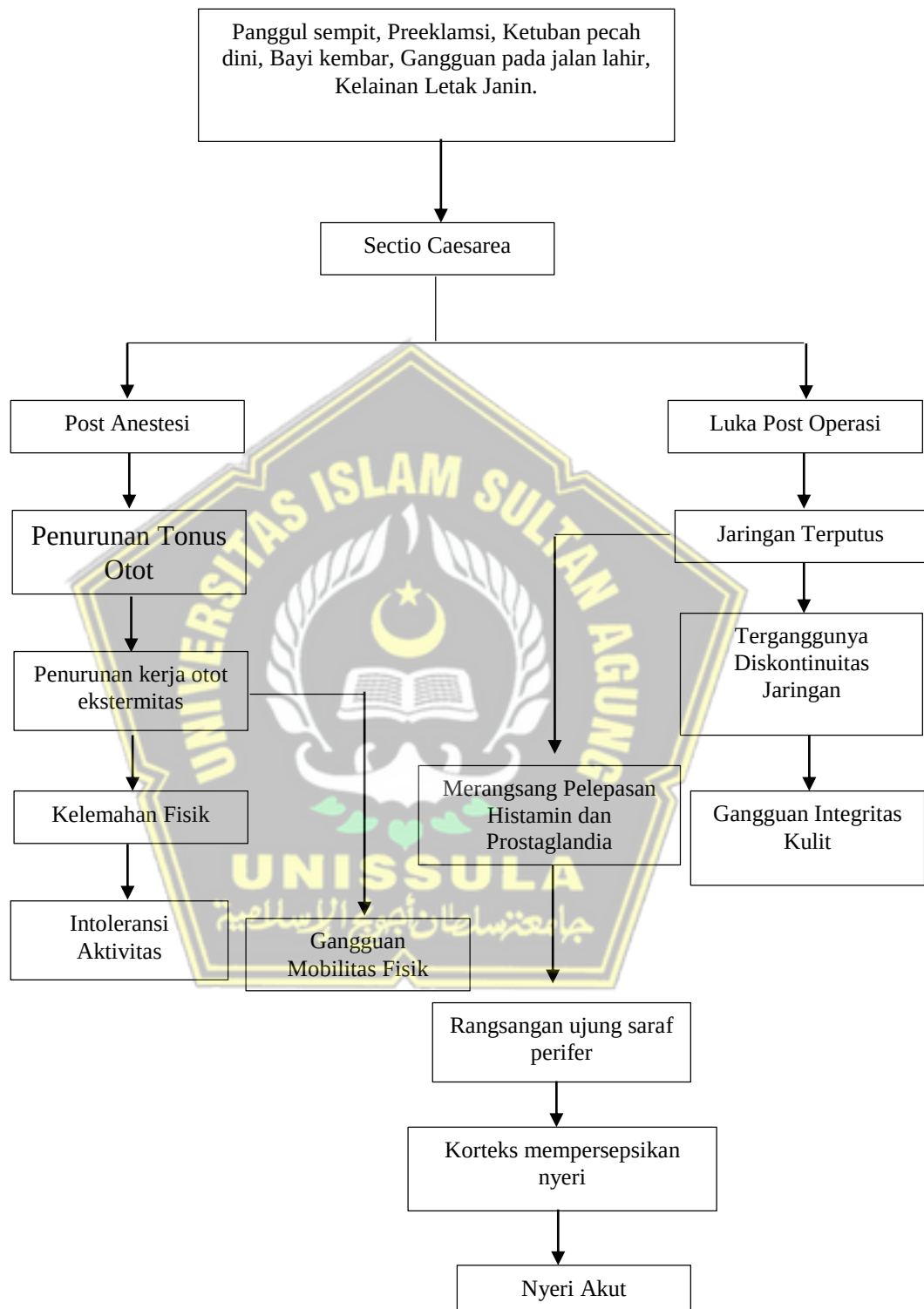
Menurut (Martowirjo 2020) dan (Agustina 2020) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada ibu section caesarea yaitu:

- 1) Hitung darah lengkap
- 2) Golongan darah
- 3) Urinalisis yaitu menentukan kadar dalam albumin/glukosa
- 4) Ultasonografi melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin

Menurut (tucker, susan martin, 2020. Dalam buku aplikasi Nanda, 2015) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada ibu section caesarea yaitu:

- 1) Pemeriksaan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Golongan darah dan Urinalis
- 3) Ultrasound susai pesanan
- 4) Pemantauan EKG

i. Pathway



Gambar 2.1. Pathway

Sumber : SDKI 2017 ; Solehati&Kokasih,2020 ; Lara 2022

j. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

1) Adaptasi Fisiologis

Masa nifas adalah masa perubahan seluruh organ reproduksi menjadi seperti semula saat sebelum hamil. Berikut adaptasi fisiologis menurut (Machmudah, 2020) antara lain:

a) Sistem Reproduksi

(1) Uterus

Bagian rahim akan mengalami perubahan menjadi normal sama ketika sebelum hamil, dimana proses ini akan terjadi sesaat ketika plasenta telah lahir.

(2) Serviks

Masa peralihan pada bagian mulut rahim dimulai pada saat plasenta telah lahir, dimana ketika plasenta lahir mulut rahim akan terbuka semacam corong, 2 jam nifas membuka dan dapat dilewati sekitar dua sampai dengan tiga jari, dan 7 jam nifas hanya dapat dilewati oleh satu jari saja. Maka dari itu, jika terdapat permasalahan dalam persalinan seperti retensio plasenta, maka dapat dilaksanakan manual plasenta sebagai bentuk pembersihan uterus.

(3) Tempat Plasenta

Pada tahap ini saat plasenta dan ketuban telah keluar, peregang vaskular menurun sampai ketempat

plasenta pada bagian yang menjulang tinggi serta tidak teratur. Perkembangan lapisan otot rahim bagian dalam ke atas dapat mengakibatkan lepasnya jaringan saraf serta menangkai pembuatan jaringan parut sebagai ciri khas dalam pemulihan ketika mengalami cedera.

(4) Lokhea

Lokhea merupakan cairan secret yang bersumber dan keluar dari rahim dan jalan lahir setelah proses melahirkan selama periode post partum. Lokhea dibagi menjadi 3 antara lain:

(a) Lokhea Rubra Warna lokhea ini adalah merah tua yang terdapat pada hari pertama sampai hari ketiga setelah saat persalinan.

(b) Lokhea Serosa Lokhea ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-14, berwarna merah muda atau kekuningan.

(c) Lokhea Alba, pada lokhea alba merupakan tahap pemulihan, cairan yang keluar berwarna putih atau bening. Pada tahapan ini diawali pada hari ke-14 hingga 1-2 minggu berikutnya.

(5) Vagina dan Perenium

Vagina dan Perinium yang awalnya begitu kencang bisa kembali ke tahap semula seukuran

sebelum hamil, 6-8 minggu setelah bayi lahir, dan rugae bisa kembali tampak di minggu keempat.

b) Abdomen

Pada ibu post partum, abdomen terlihat menonjol (seperti ketika masih hamil) di awal waktu kelahiran. Dinding abdomen akan kembali ke bentuk normal sebelum hamil akan membutuhkan waktu selama 6 minggu.

c) Sistem Perkemihan

Sistem perkemihan akan terjadi penekanan oleh bagian terdepan janin pada saat bersalin. Pada 24 jam pertama nifas, ibu akan mengalami peningkatan volume urin akibat dari pengaruh hormon estrogen yang meningkat ketika hamil, dimana volume ini akan disekresikan bersamaan saat periode nifas.

d) Sistem pencernaan

Sistem pencernaan pada saat masa nifas adalah terdapat masalah ketika defekasi akibat dari pengaruh hormon progesteron yang menurun, dan juga adanya rasa nyeri di bagian perinium yang mengakibatkan ibu khawatir untuk buang air besar sehingga pada umumnya keinginan untuk defekasi ini tertunda hingga 2 sampai 3 hari masa nifas.

e) Payudara

1) Ibu tidak menyusui, pada ibu tidak menyusui payudaranya akan mengalami pembengkakan, karena adanya proses pengeluaran kolostrum yang terus berlangsung beberapa hari setelah persalinan. Payudara yang bengkak ketika di raba keras, nyeri saat di tekan dan terasa hangat.

2) Ibu menyusui ketika saat menyusui terjadi suatu massa (tonjolan), tapi karung susu penuh dengan perubahan letak setiap hari. Sebelum menyusui dilakukan, payudara menjadi lunak dan kolostrum akan disekresikan dari payudara. Setelah saat menyusui, payudara akan terasa kencang dan hangat ketika disentuh. Rasa sakit bisa bertahan sekitar 48 jam. kolostrum bisa dikeluarkan dari puting.

f) Sistem Kardiovaskular

Hingga waktu 2 minggu setelah persalinan, kerja jantung dan volume plasma akan menurun secara bertahap menjadi normal, ketika penurunan ini akan berpengaruh pada berat badan ibu yang akan mengalami penurunan pula.

g) Sistem Neurologi

Perubahan saraf selama post partum adalah perubahan dari kebiasaan saraf yang terjadi selama kehamilan dan akibat dari adanya cedera yang diperoleh wanita selama persalinan.

h) Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu selama mengandung terjadi secara reversibel pada periode saat setelah kelahiran. Penyesuaian ini termasuk hal yang sangat membantu ibu untuk bisa rileks karena rahim yang membesar dan berubah.

i) Hematologi

Leukosit akan meningkat hingga 15.000 sepanjang saat proses persalinan berlangsung, sedangkan pada ibu yang mengalami partus lama kenaikan leukosit mencapai 25.000 – 30.000. Selain itu, hingga waktu 2 minggu setelah persalinan, kerja jantung dan volume plasma akan mengalami penurunan secara bertahap hingga menjadi normal, penurunan ini akan mempengaruhi berat badan ibu yang akan mengalami penurunan pula.

j) Tanda-tanda vital

Pada vital sign seperti nadi akan turun menjadi 50-70 kali menit. Suhu badan ibu akan meningkat sebesar

0,50C akibat dari keluarnya cairan secara berlebihan pada saat persalinan dan mengakibatkan meningkatnya volume urin pada masa nifas. Namun, ketika suhu badan ibu meningkat hingga $> 38^{\circ}\text{C}$ maka diindikasikan telah terjadi infeksi nifas. Sedangkan jika tekanan darah sistolik ketika ibu merubah posisi tidur ke duduk akan berkurang 15-20 mmHg, dimana kondisi ini disebut dengan hipotensi orthostatik.

k) Endokrin

Pada sistem ini, akan mengalami penyusutan hormon progesteron dan estrogen secara tiba-tiba dalam jumlah yang cukup banyak yang mana akan mempengaruhi hambatan hormon progesteron dalam produksi oktabumin oleh retikulum endoplasma kasar. Laktalbumin yang meningkat akan bermanfaat dalam mendorong sintesa laktosa untuk menambah volume laktosa ASI. Kadar progesteron yang menurun juga akan mengakibatkan prolaktin mendorong produksi laktalbumin dengan bebas tanpa halangan apapun.

2) Adaptasi Fisiologis

a) Perubahan Sistem Reproduksi

(1) Involusi uterus

Involusi uterus merupakan keadaan dimana uterus kembali pada posisi semula saat belum hamil.

Perubahan uterus bisa dideteksi dengan dilakukan pemeriksaan berupa palpasi yang bertujuan untuk meraba letak TFU(Sunarsih, Tri, Dewi, & Vivian, 2020).

(2) Lokhea

Lokhea adalah pengeluaran pada vagina selama masa nifas atau post partum terdiri atas darah, jaringan, dan lendir. Diawali dengan berwarna merah yang terang setelahnya berubah menjadi merah muda kemudian menjadi kecoklatan. Warna dan jumlah lokhea menurun seiring dengan periode post partum dan umumnya menurun diminggu ke 4-6 setelah melahirkan.

Lokhea merupakan kotoran yang dikeluarkan melalui liang senggama yang berupa jaringan-jaringan dan lendir yang berasal dari rahim sang ibu (buku panduan lab). Karakteristik lokhea berdasarkan volume darah yang keluar:

(a) Scan

Lokhea scan yaitu lokhea yang dikeluarkan sekitar 5cm pada pembalut, volume darah lokhea yang dikeluarkan kurang lebih 10ml.

(b) Small

Lokhea small yaitu lokhea yang keluar kurang dari 4 inchi atau sekitar 10 cm pada pembalut, volume darah yang dikeluarkan kurang lebih 10-50 ml.

(c) Moderat

Lokhea moderat yaitu lokhea yang keluar kurang dari 6 inchi atau sekitar 15 cm yang diukur pada pembalut, volume darah yang dikeluarkan sekitar 25-50 ml.

(d) Large

Kurang dari 8 inchi atau sekitar 20 cm dalam pembalut, volume darah yang keluar 50-80 ml.

Karakteristik lokhea berdasarkan warna dan baunya:

(a) Lokhea rubra

Lokhea ini berwarna merah muda, yang terdiri dari lendir dan darah, lokhea ini terjadi selama 3-4 hari masa nifas, berbentuk darah dan gumpalan, berbau amis khas darah.

(b) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kecoklatan, terjadi selama 9-10 hari, darah yang keluar memiliki

kandungan serum, leukosit dan sis-sisa jaringan, bau amis.

(c) Lokhea alba

Lokhea ini berwarna kekuningan hingga putih, hal ini berlangsung sekitar 2-6 minggu masa nifas, berupa leukosit, sel epitel, mukoservik bakteri/kuman. Bau lokhea seperti bau darah yang dikeluarkan saat menstruasi, apabila bau yang keluar adalah bau tidak sedap maka hal tersebut menandakan adanya infeksi pada saluran reproduksi.

b) Perubahan Vagina

Vagina biasanya terlihat tertarik, membusung, dan memar pembukaan vagina terdapat peningkatan tekanan serta intrabdominal. Pada minggu ketiga post partum selaput membran vagina mulai putih.

(1) Perubahan Perineum

Perineum setelah melahirkan akan membusung Perineum mungkin robek saat melahirkan atau ketika asang ibu dilakukan sayatan bedah (episiotomy) pada perineum. Meskipun sayatan yang didapatkan sangat kecil namun rasa sakit yang dirasakan sangat besar. Wasir dapat terjadi saat kehamilan dan setelah melahirkan.

c) Perubahan serviks

Bentuk servik seperti corong setelah melahirkan, bentuk tersebut dikarenakan corpus uterus yang berkontraksi sedangkan servik tidak terjadi kontraksi, sehingga pada perbatasan antara corpus uterus dengan servik uteri berbentuk seperti cincin.

Servik memiliki warna agak hitam karena terdapat pembuluh darah dan memiliki konsistensi lunak, setelah melahirkan tangan pemeriksa masih dapat dimasukan kedalam kavum uteri, setelah 2 jam melahirkan sekitar 2-3 jari pemeriksa dapat masuk dan setelah seminggu hanya bisa dimasukkan I jari pada kavum uteri. hal tersebut dapat digunakan untuk mengenal kala III (uri) (Saleha, 2020).

d) Perubahan payudara

Proses laktasi terjadi secara alami pada semua wanita yang telah melahirkan. Laktasi merupakan tahapan pembuatan dan pengeluaran asi Pada proses melahirkan estrogen, progesteron dan semua agen yang menghambat prolaktin menurun dengan drastis, hal ini dapat menyebabkan peningkatan secara cepat pengeluaran prolaktin. Pada wanita yang setelah melahirkan menyusui dapat membuat involusi lebih efisien yang dapat meningkatkan aliran oksitosin, meningkatkan kontraksi, retraksi, serat otot uterus.

Di hari ketiga post partum, efek prolaktin pada jaringan payudara akan mulai nampak sehingga mengakibatkan pembesaran payudara. Payudara menjadi besar, padat, lembut dan hangat. Saat seperti ini menandakan susu yang encer dan dalam jumlah yang banyak mulai menggantikan kolostrum.

Pembengkakan payudara dapat terjadi karena adanya kumpulan vena dan limfatik, pembengkakan ini umumnya akan sembuh dengan sendirinya, dan biasanya ketidaknyamanan akan teratasi dalam waktu 24-36 jam. Cara agar dapat meredakan ketidaknyamanan biasanya dengan penggunaan bra yang nyaman dan kuat selama 72 jam, melakukan pengompresan menggunakan es (Joyce, 2020).

e) **Perubahan Sistem Pencernaan**

Pencernaan akan segera aktif setelah melahirkan. Setelah melahirkan pasien akan merasakan ingin minum dan ingin makan hal tersebut dikarenakan besarnya tenaga yang dikeluarkan saat proses persalinan dan lamanya waktu yang digunakan dalam persalinan.

Pada ibu yang melahirkan secara Sectio Caesarea fungsi saluran cerna dan nafsu makan akan kembali seperti semula membutuhkan waktu kurang lebih 103 hari.

f) Perubahan Sistem Perkemihan

Ibu akan sulit melakukan BAK selama 24 jam, urin dihasilkan dalam jumlah besar dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Kondisi ini dapat menjadikan diureses, dilatasi ureter ini akan kembali normal seperti semula pada 6 minggu setelah melahirkan. Hal ini menyebabkan ibu yang telah melahirkan memerlukan kateteisasi karena organ perkemihan belum berfungsi normal.

g) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang terletak pada anyaman otot uterus bisa terjepit, hal ini dapat menyebabkan pendarahan berhenti Mobilisasi dini sangat membantu dalam pecegahan komplikasi dan dapat mempercepat prose involusi. Biasanya mobilisasi dini dimulai 4-6 jam setelah melahirkan.

h) Perubahan Sistem Hematologi

Kadar protein dalam darah, plasma darah, serta faktor pembeku darah meningkat pada minggu terakhir kehamilan. Kadar protein dalam darah dan kadar plasma darah akan sedikit menurun pada post partum hari pertama, tetapi diwaktu yang bersamaan darah menjadi kental dengan peningkatan vi kositas yang menyebabkan peningkatan faktor yang dapat membekukan darah.

i) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama proses kehamilan terdapat kurang lebih 40%-50% sirkulasi darah mengalami peningkatan volume, hal ini memungkinkan pasien menoleransi kehilangan darah pada saat proses melahirkan tanpa adanya efek akut. Sebagian besar perempuan yang melahirkan normal mengalami kehilangan darah sekitar 400-500ml dan berlipat ganda saat melahirkan melalui Sectio Caesarea.

Terjadi penurunan volume plasma darah dalam jumlah yang besar daripada jumlah sel darah pada 72 jam setelah melahirkan. Hal ini yang mengakibatkan terjadinya peningkatan kadar sel darah merah dalam darah dan hemoglobin pada hari ke-17 setelah melahirkan. Sel darah merah akan kembali dalam batas normal pada minggu ke 8 setelah melahirkan.

j) Perubahan Sistem Endokrin

Setelah pengeluaran plasenta terjadi penurunan tingkat ekstrogen dan progesteron. Apabila ibu menyusui menggunakan botol tingkat ekstrogen akan meningkat sampai tingkat folikel sekitar 2-3 minggu post partum, yang mungkin ibu dapat mengalami menstruasi kembali. Bagi ibu yang memberikan ASI pemulihan kadar ekstrogen dan progesteron akan lebih lambat, seiring meningkatnya

pemberian ASI prolaktin cepat meningkat. Level prolaktin akan menurun dan mencapai tingkat sebelum kehamilan dalam waktu 3 minggu post partum bagi ibu yang tidak melakukan pemberian ASI.

k) Perubahan Tanda-tanda Vital

Nadi, pernafasan, suhu tubuh dan tekanan darah merupakan tanda vital yang sering mengalami gangguan setelah proses melahirkan. Pada proses persalinan biasanya nadi akan meningkat dan kembali normal pada saat memasuki masa nifas, nadi normalnya berkisar 60-80 kali permenit. Keadaan pernafasan biasanya dipengaruhi oleh nadi dan suhu, frekuensi normal untuk pernafasan berkisar 18-24 kali permenit, setelah persalinan biasanya pernafasan kembali normal. Nilai normal untuk suhu tubuh berkisar 36,0-37,5°C. Suhu tubuh dapat mengalami peningkatan sekitar 0,5°C dari keadaan normalnya tersebut dikarenakan adanya peningkatan metabolisme tubuh saat proses persalinan sehingga mengakibatkan peningkatan suhu tubuh.

3) Adaptasi Psikologis

Adaptasi psikologis merupakan perubahan psikologis ibu pasca persalinan dimulai saat seorang ibu mulai merawat bayinya. Hal ini adalah tanggung jawab baru bagi seorang ibu

setelah melahirkan. Berikut fase psikologis ibu post partum menurut (Machmudah, 2020). antara lain:

a) Fase taking in / ketergantungan

Fase ini terjadi pada 1-2 hari pertama post partum, dimana ibu sangat bergantung kepada orang lain. Saat fase ini, ibu mempunyai harapan kalau segala keperluannya bisa dicukupi oleh orang lain, dan ibu mentransformasikan seluruh emosionalnya kepada bayinya.

b) Fase taking hold / ketergantungan

Tidak ketergantungan Pada fase ini, ibu memerlukan penangan dan sikap tenggang rasa dari orang lain dan ibu juga memiliki keinginan supaya dapat melakukan kewajibannya secara mandiri. Pada fase ini, ibu juga akan memberikan perhatian dengan sangat semangat guna untuk mendapatkan peluang belajar dan berproses mengenai upaya dalam merawat bayi.

c) Fase letting go / saling ketergantungan

Pada fase ini, ibu beserta keluarga berproses sebagai satu kesatuan yang saling berkomunikasi. Fase ini adalah fase dimana ketika emosional ibu di uji yaitu perasaan senang dan sedih yang terjadi pada ibu fase ini bercampur menjadi satu. Ibu dan suami wajib saling beradaptasi sesuai dengan perannya masing-masing dalam

hal mengasuh anak, pengaturan rumah tangga serta pembinaan karir.

4) Adaptasi Psikologis

(Walyani & Purwoastuti, 2020) mengatakan perubahan psikologis post partum yaitu:

a) Fase taking in

Fase taking in yaitu fase saat sang ibu mengalami ketergantungan dengan bantuan orang lain atau biasanya disebut fase ketergantungan, fase ini berlangsung setelah melahirkan sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini sang ibu akan lebih fokus pada keadaan dirinya sendiri, dan pada fase ini umumnya sang ibu akan terus menceritakan pengalamannya melahirkannya kepada orang lain.

b) Fase taking hold

Fase ini berlangsung 3-10 hari post partum, pada fase tersebut akan menimbulkan perasaan khawatir yang dialami ibu terhadap ketidakmampuannya dan tanggungjawab dalam mengasuh sang bayi.

c) Fase letting go

Fase dimana sang ibu mulai menerima tugas barunya dan tanggungjawab dalam merawat bayinya. Adaptasi psikologis lain yang dialami oleh ibu setelah (Walyani & Purwoastuti, 2020) antara lain:

(1) Abandonment

Abandonment merupakan perasaan tidak berarti dan dikeampingkan, hal ini terjadi setelah sang ibu melahirkan, ibu akan menjadi pusat perhatian karena semua orang akan perhatian dan menanyakan keadannya. Beberapa jam setelahnya, perhatian orang-orang akan berubah dan teralihkan kepada sang bayi dan disaat yang bersamaan sang ibu merasa cemburu dan merasa tidak diperhatikan.

Perawat dalam hal ini harus membicarakan kepada sang ibu dan suaminya untuk menjelaskan bahwasanya peran orang tua dalam merawat bayinya memiliki kedudukan yang sama. Melakukan perawatan bayi secara bersamaan akan membantu orang tua dalam memiliki tugas yang sama dalam perawatan bayinya.

(2) Disappointment

Disappointment merupakan respon emosi merasa kecewa yang dialami orang tua terhadap keadaan bayi yang tidak sesuai dengan keinginannya. Perawat diharapkan dapat membantu orang tua dalam penerimaan terhadap bayinya dengan menunjukkan kelebihan yang dimiliki bayinya.

(3) Postpartal blues

80% wanita setelah melahirkan mengalami perasaan sedih tanpa alasan bahkan terkadang ibu lebih sensitif dan mudah menangis. Postpartal blues atau biasa disebut dengan baby blues merupakan kejadian yang disebabkan karena adanya penurunan kadar estrogen dan progesteron. Pada beberapa wanita biasanya disebabkan karena respon dari ketergantungan orang lain akibat kelelahan dan ketidaknyamanan secara fisik. Apabila hal tersebut terjadi secara berkelanjutan maka keluarga harus mengkonsultasikan pada psikiatri karena dapat menyebabkan depresi.

2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan kegiatan praktik keperawatan langsung yang dilakukan oleh perawat pada klien dipelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti dari praktik keperawatan (Ali, 2020).

Asuhan keperawatan adalah suatu proses aktivitas seperti praktik yang dilakukan secara sistematis dan dalam pelaksanaan ini perawat harus teliti untuk membuat pengkajian status pasien. Perawat harus membuat penilaian, diagnosa pada pasien. Perawat melakukan hal tersebut agar mendapatkan hasil yang baik pula terhadap pasien dan

disini perawat juga harus bisa memberikan asuhan keperawatan yang tepat dan jelas pada pasien-pasiennya sesuai dengan ilmu yang diperolehnya (Rahayu Anggit et al, 2022).

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan salah satu proses keperawatan yang dilakukan untuk mengumpulkan data objektif dan subjektif serta peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien ataupun keluarga pasien, bisa juga ditemukan dalam rekam medis pasien yang memiliki tujuan untuk menghimpun data maupun informasi terkait kondisi pasien agar dapat menegakan masalah kesehatan, mengidentifikasi serta mengetahui kebutuhan kesehatan pasien dan keperawatan pasien (Herdman & Kamitsuru, 2020).

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data, perumusan kebutuhan. Data yang dikumpulkan berupa data biologis, psikologis, sosial, serta spiritual (Wijaya 2021).

Pengkajian atau anamnesa adalah langkah pertama yang dilakukan untuk meinggali informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan terkait keluhan dan kondisi pasien. Anamnesa dilakukan untuk meimperoleh data pasien secara langsung. anamnesa juga dapat dilakukan kepada keluarga pasien untuk meimperoleh data tentang pasien. Hal ini dapat dilakukan

pada keadaan darurat ketika pasien tidak memungkinkan lagi untuk memberikan data yang akurat. (Nurul Azizah, 2020).

1) Identitas,

Isi dari identitas yaitu nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, serta tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis (Clara, 2020).

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab (Mansyur & Dahlan, 2020).

Untuk biodata bisa ditanyakan langsung ke pasien atau ke keluarga. Dengan isian nama, umur, agama, Pendidikan, pekerjaan, suku/ras, alamat, dll (Nurul Azizah, 2020).

2) Keluhan Utama,

Pada ibu dengan Post Sectio Caesarea sering mengeluh nyeri pada daerah luka pasca operasi. Karakteristik nyeri pasien dikaji dengan menggunakan istilah PQIRST (Nurfarida , 2022).

Keluhan utama dinyatakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan (Nurul Azizah, 2020).

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang,

Pada ibu dengan Post Sectio Caesarea akan merasakan nyeri di bagian luka pasca pembedahan. Hal-hal

yang dipelajari saat ini ialah mengenai apa yang dirasa pasien pada saat itu, ciri khas rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu diidentifikasi menggunakan metode PQRST (Amin et al., 2020).

Data dari riwayat kesehatan dapat digunakan sebagai acuan kemungkinan adanya penyulit pada masa nifas. Adanya perubahan fisik secara fisiologis pada masa nifas yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan/penyulit. (Nurul Azizah, 2020).

b) Riwayat menstruasi

Data yang diperoleh dari Riwayat menstruasi adalah Menarche, Siklus menstruasi, Lama menstruasi, Keluhan saat menstruasi (Nurul Azizah, 2020).

c) Riwayat Obstetri,

Pada riwayat obstetri yang dikaji meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid ataupun gangguan haid lainnya (Farah Dilla et al., 2020).

d) Riwayat Kontrasepsi,

Dalam riwayat kontrasepsi hal yang perlu di pelajari di antaranya guna untuk mendapat kan informasi mengenai apakah ibu sempat mengikuti program KB, jenis

kontrasepsi yang pernah digunakan, apakah terdapat masalah ketika menggunakan jenis kontrasepsi tersebut, dan rencana setelah post partum apakah pasien memiliki keinginan untuk memakai alat kontrasepsi lagi atau tidak (Aulia et al., 2022).

4) Pemeriksaan Head To Toe

- a) Tanda- tanda vital, meliputi tekanan darah, suhu, nadi, respirasi.
- b) Keadaan umum, meliputi bagaimana kita melihat keadaan pasien lemah, pucat, lemas .
- c) Kepala, meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, warna rambut, dan biasanya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.
- d) Leher, meliputi kelenjar tiroid serta vena jugularis.
- e) Payudara, Inspeksi ukuran dan bentuk puting. Puting mempunyai ukuran yang bervariasi, tetapi dalam hal ini tidak menunjukkan arti khusus. Kesiapan ibu dalam proses menyusui sangat dipengaruhi oleh bentuk puting seperti tenggelam, datar, panjang atau normal, apakah terdapat lecet, lesi ataupun luka. Palpasi, untuk mengetahui apakah ada pembengkakan pada payudara atau tidak, untuk mengetahui apakah ada massa atau tidak. Memeriksa payudara terhadap pengeluaran kolostrum, biasanya pada

hari kedua dan ketiga akan mengalami peningkatan.
(Wahyuni, 2020).

- f) Abdomen, Kaji luka pada persalinan sectio caeisarea, apakah luka terdapat tanda tanda infeksi, apakah ada lineia alba dan striae, apakah keras atau lembek, adanya kontraksi uterus yang bagus dapat meminimalkan risiko perdarahan dan hal ini menunjukkan bahwa keadaan abdomen keras, Ukur dan kaji diastatis abdominis (DRA). Diastasis rektus abdominis merupakan otot yang meregang disebabkan karena meimb besarnya rahim. Mintalah ibu untuk tidur dengan posisi telentang tanpa menggunakan bantal, kemudian letakkan jari tangan pemeriksa dibawah PX (Proseisus Xiphoideius) dan mintalah ibu untuk meingangkat kepala, lalu selanjutnya palpasi abdomen dari bawah PX ke umbilikus. Hasilnya adalah terdapat regangan yang menyerupai celah memanjang setelah itu lalu diukur lebar dan panjang dari diastasis reiktus abdominis, Fundus uteri dipalpasi dari umbilikus ke bawah, lalu ukur tinggi fundus uteri (TFU) (Wahyuni, 2020).
- g) Genitalia, Inspeiksi apakah ada edema pada tractus urinarius, jika ada hal ini dapat menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensi urin, kaji eiliminasi urin atau BAK, kandung kemih dapat kehilangan sensitivitas, hal ini

karena proses persalinan, Periksa lochea atau discharge, yaitu suatu pengeluaran cairan yang keluar dari jalan lahir. Lokheia mengandung jaringan-jaringan dan lendir, monitor lochea setiap 4-8 jam, hitung jumlah atau dapat dilihat dari frekuensi penggantian pembalut. Klasifikasi lochea berdasarkan volume darah yang keluar sebagai berikut :

- (1) Lokhea keluar kurang dari 5 cm dan volume darah kira-kira 10 ml dalam pembalut disebut Scant.
- (2) Lokheia keluar kurang dari 10 cm dan volume darah kira-kira 10- 15 ml dalam pembalut disebut Small.
- (3) Lokheia keluar kurang dari 15 cm dan volume darah kira-kira 25- 50 ml dalam pembalut disebut Moderat.
- (4) Lokheia keluar lebih dari 15 cm dan volumei darah kira-kira 50- 80 ml dalam peimbabut disebut Largei.

Kaji warna dan bau locheia. Lokheia dibagi meinjadi 3, yaitu :

- (1) Lokheia rubra, beirwarna meirah dan meirah muda, lokheia ini beirisi darah, beikuan darah, dan leindir yang beirlangsung seilama 9-10 hari post partum, seirta beirbau amis.
- (2) Lokheia seirosa, beirwarna keicoklatan, beirbau agak amis, mengandung leiukosit, seirum dan sisa jaringan. Beirlangsung seilama 9-10 hari post partum.

(3) Lokheia alba, terjadi pada minggu kedua sampai enam post partum. Lokheia ini berisi leukosit, mukoserviks, sel epitel dan bakteri/kuman serta berwarna kuning sampai putih. Bau darah menstruasi mirip dengan bau lokheia, adanya infeksi pada saluran reproduksi, akan membuat bau lokheia tidak sedap/bau busuk (Wahyuni,2020).

h) Perineum, kaji keutuhan perineum, apakah utuh, terdapat luka episiotomy atau luka laserasi/rupture, mengkaji luka episiotomi dan keadaan jahitan, kaji tanda REEDA (redness, edema, echymosis, discharge, approximation). Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka, mengkaji adanya laserasi, tingkat 1 : kulit dan strukturnya dari permukaan sampai otot. tingkat 2 : meluas sampai otot perineal. Tingkat 3 : meluas sampai otot spinkter. Tingkat 4 : melibatkan dinding anterior rektal, mengkaji adanya hemoroid, hemoroid derajat 1 normal pada ibu post partum (Wahyuni,2020).

i) Ekstremitas, Pada pengamatan ekstremitas pada kaki apakah terdapat varises, pembengkakan, reflek patella, terdapat nyeri tekan atau panas pada betis. Cara mengecek apakah terdapat ciri homan dengan metode meletakkan satu tangan pada lutut ibu serta berikan tekanan ringan pada lutut dan

posisikan kaki tetap lurus, apabila ibu merasakan perih pada betis dengan aksi tersebut, berarti tanda Homan (+) (D. Aulia et al., 2021).

b. Diagnosa

Menurut SDKI DPP PPNI (2016), diagnosa keperawatan adalah masalah keperawatan yang ditegakan berdasarkan data pengkajian pasien, berikut ini beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut (PPNI, 2016):

- 1) Intoleransi aktivitas (D.0056) berkaitan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga.

Data subyektif : pasien mengatakan aktivitasnya masih di bantu

Data obyektif : terlihat lemah, aktivitas masih dibantu keluarga.

- 2) Nyeri akut (D.0077) berkaitan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh sakit pada bagian pasca pembedahan.

Data subyektif : pasien mengeluh sakit, nyeri saat beraktivitas

Data obyektif : tampak meringis, gelisah, posisi menghindari nyeri.

- 3) Resiko infeksi (D.0142) berkaitan dengan ketidakaduketan pertahanan tubuh primer ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah.

Data subyektif : pasien mengatakan lukanya masih basah dan terasa gatal

Data obyektif : luka operasi terdapat kemerahan

- 4) Menyusui Tidak Efektif berkaitan dengan Ketidakadekuatan Suplai Asi ditandai dengan pasien mengatakan ia merasa cemas karena asi yang keluar hanya sedikit, tampak asi keluar tidak memancar, bayi tidak mau melekat pada payudara ibu.

Data subyektif : Pasien mengatakan ia merasa cemas karena asi yang keluar hanya sedikit

Data Obyektif : tampak asi keluar memancar, tampak bayi tidak mau melekat dengan payudara ibu

- 5) Menyusui Efektif berkaitan dengan hormon oksitosin dan prolaktin adekuat ditandai dengan ibu merasa percaya diri selama proses menyusui, bayi melekat pada payudara ibu dengan benar, berat badan bayi meningkat, asi menetes/memancar.

Data Subyektif : Ibu mengatakan merasa percaya diri selama proses menyusui,

Data Obyektif : Posisi ibu dalam menyusui sudah tepat, perlekatan bayi tepat

c. Intervensi

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dilakukan oleh perawat yang berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang memuaskan yang diharapkan PPNI (2019).

1) Intoleransi aktivitas (D.0056) berkaitan dengan imobilitas ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga.

a) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x8 jam maka diharapkan hasil aktivitas mengalami peningkatan.

b) Kriteria hasil:

(1) Mudah dalam mengerjakan aktivitas sehari-hari meningkat

(2) Kecepatan berjalan meningkat

(3) jarak berjalan meningkat

c) Intervensi Keperawatan :

Manajemen Energi (1. 05178)

Observasi

(1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

(2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

(3) Monitor pola dan jam tidur

(4) Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas

Teraupetik

(1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)

(2) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif

- (3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- (4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- (1) Anjurkan tirah baring
- (2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- (3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- (4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
- 2) Nyeri akut (D.0077) berkaitan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh sakit pada bagian pasca pembedahan.
 - a) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x8 jam maka diharapkan hasil nyeri akut berkurang

b) Kriteria hasil:

- (1) Perasaan nyeri berkurang
- (2) Meringis menurun
- (3) Gelisah menurun

c) Intervensi Keperawatan :

Manajemen Nyeri(I.08238)

Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik
- (10) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain)
- (11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- (12) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (5) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

3) Resiko infeksi (0142) berkaitan dengan rangkaian invasif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah.

a) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x8 jam maka diharapkan hasil integritas kulit dan jaringan mengalami peningkatan.

b) Kriteria hasil :

- (2) Nyeri menurun
- (3) Penyatuan kulit meningkat
- (4) Resiko infeksi menurun

c) Intervensi Keperawatan :

Pencegahan Infeksi (1.14539)

Observasi

- (1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- (1) Memberikan perawatan di bagian kulit pada daerah luka
- (2) Mencuci tangan ketika melakukan kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- (3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien

Edukasi

- (1) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
- (2) Ajarkan cara memeriksa luka
- (3) Anjurkan mengganti balutan 2 hari sekali

4) Menyusui Tidak Efektif berkaitan dengan Ketidakadekuatan Suplai

Asi ditandai dengan pasien mengatakan ia merasa cemas karena asi yang keluar hanya sedikit, tampak asi keluar tidak memancar, bayi tidak mau melekat pada payudara ibu.

- a) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x8 jam maka diharapkan status menyusui meningkat
- b) Kriteria hasil :
 - (1) Kelelahan maternal menurun
 - (2) Kecemasan maternal menurun
 - (3) Lecet pada puting menurun
 - (4) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
 - (5) Tetesan/pelancaran ASI meningkat
 - (6) Suplai ASI adekuat meningkat

c) Intervensi Keperawatan :

Edukasi Menyusui (I.12393)

Observasi :

- (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- (2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik
- (3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

- (4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (5) Berikan kesempatan untuk bertanya
- (6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- (7) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat

Edukasi

- (1) Berikan konseling menyusui
 - (2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
 - (3) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar
 - (4) Ajarkan perawatan payudara nifas (akupresur)
 - 5) Menyusui Efektif berkaitan dengan hormon oksitosin dan prolaktin adekuat ditandai dengan ibu merasa percaya diri selama proses menyusui, bayi melekat pada payudara ibu dengan benar, berat badan bayi meningkat, asi menetes/memancar.
- a) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x8 jam maka diharapkan hasil
 - b) Kriteria hasil :
 - (1) Tetesan atau Pancaran ASI membaik
 - (2) Perlekatan bayi pada payudara ibu membaik
 - (3) Intake Bayi meningkat

c) Intervensi Keperawatan :

Konseling Laktasi (I.03093)

Observasi

(1) Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui

(2) Identifikasi permasalahan ibu selama proses menyusui
Terapeutik

(3) Gunakan teknik mendengarkan aktif

(4) Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar

Edukasi

(5) Ajarkan teknik menyusui yang benar

d. Implementasi

Implementasi yang merupakan proses tindakan dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan (Potter & Perry, 2020).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan (Suwignjo et al., 2022).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan

keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022).

Evaluasi keperawatan dibagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Perbedaan dari kedua evaluasi yaitu evaluasi proses (formatif) evaluasi yang dilakukan setiap selesainya tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Evaluasi hasil (sumatif) evaluasi yang dilakukan setelah akhir dari tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan (Elda Yanti Syafitri Rkt, 2020).

3. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI (Range Of Motion)

Salah satu diagnosa keperawatan pada pasien post sc itu adalah intoleransi aktivitas, salah satu intervensi dari intoleransi aktivitas adalah manajemen energi, di dalam intervensi manajemen energi bagian terapeutik ada latihan gerak pasif dan/aktif.

a. Pengertian

ROM adalah pergerakan maksimum yang dapat dilakukan pada sendi pasien, disalah satu dari tiga bidang yaitu sagital, frontal dan transversal (Potter & Perry, 2020).

ROM merupakan gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan (Suratun, 2020).

ROM dibagi menjadi dua jenis yaitu :

- 1) ROM pasif adalah latihan pada klien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki yaitu berupa latihan pada tulang dan sendi di mana klien tidak dapat melakukan gerakan sendiri, sehingga klien memerlukan bantuan perawat atau keluarga.
- 2) ROM aktif adalah semua klien yang dirawat dan dapat melakukan ROM secara mandiri dan kooperatif (Suratun, 2002).

b. Indikasi Rom

Indikasi dilakukan latihan ROM menurut Suratun (2020) antara lain:

- 1) Penurunan kesadaran.
- 2) Kelemahan otot.
- 3) Fase rehabilitasi fisik.
- 4) Klien dengan tirah baring yang lama

Indikasi latihan ROM adalah dilakukan pada klien yang dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya, baik dengan atau tanpa bantuan, klien mengalami kelemahan otot namun tidak mampu menggerakkan persendian sepenuhnya. Disamping itu dapat juga dilakukan klien yang menjalani program latihan aerobik maupun yang memelihara mobilisasi ruas diatas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak (Arif F, 2020).

c. Prinsip Dasar Latihan ROM

Prinsip dasar latihan ROM menurut Suratun, (2020):

- 1) ROM dapat diulang sebanyak 8 kali dan dapat dikerjakan minimal 2 kali.
- 2) ROM dilakukan secara perlahan-lahan dan hati-hati sehingga tidak dapat membuat lelah klien.
- 3) Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur, diagnosis, tanda vital dan lamanya tirah baring.
- 4) ROM sangat sering diprogramkan oleh dokter dan akan dilakukan oleh fisioterapi maupun perawat.
- 5) Bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM yaitu leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki atau pergelangan kak.
- 6) ROM dapat dilakukan pada seluruh persendian atau hanya pada bagian-bagian tertentu yang dicurigai mengalami proses penyakit.

Prinsip dasar latihan ROM (Range Of Motion) menurut (Suratun et al, 2020), yaitu sebagai berikut :

- 1) ROM harus diulang sekitar 2 kali dalam 1 hari dengan masing – masing tindakan dilakukan sebanyak 8 kali.
- 2) ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan Responden
- 3) ROM sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh ahli fisioterapi

- 4) Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki dan pergelangan kaki
- 5) ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit
- 6) Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan

d. Tujuan Latihan Rom

Tujuan penerapan range of motion (ROM) menurut

(Anisa et al, 2021) adalah

- 1) Meningkatkan kekuatan otot
- 2) Mengatasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik

Tujuan ROM adalah menurut (Ikke Widyawati et al, 2020) adalah.

- 1) Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot,
- 2) Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi.

e. Manfaat Latihan Rom

Manfaat latihan ROM menurut (Ikke Widyawati et al, 2020)

adalah

- 1) Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan,
- 2) Memperbaiki tonus otot,
- 3) Memperbaiki toleransi otot untuk latihan,

- 4) Mencegah terjadinya kekakuan sendi,
- 5) Memperlancar sirkulasi darah dengan dilakukannya latihan ROM pada pasien

Menurut (Nurhidayat et al, 2020) menyatakan bahwa manfaat ROM adalah:

- 1) Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- 2) Mengkaji ulang tulang sendi dan otot
- 3) Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- 4) Memperlancar sirkulasi darah
- 5) Memperbaiki tonus otot
- 6) Meningkatkan mobilitas sendi
- 7) Memperbaiki toleransi otot untuk latihan

f. Prosedur Rom

- 1) Latihan pasif pada anggota gerak atas
 - a) Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu
 - b) Tangan satu penolong memegang siku, tangan yang satunya digunakan untuk memegang lengan pasien.
 - c) Luruskan siku, naik dan turunkan lengan dengan siku.



Gambar 2.2 Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu (Suratun, 2020).

d) Gerakan menekuk dan meluruskan siku,

Pegang lengan atas pasien dengan tangan satu, tangan yang satunya digunakan untuk menekuk dan meluruskan siku.



Gambar 2.3 Gerakan menekuk dan meluruskan siku (Suratun, 2020).

e) Gerakan memutar pergelangan tangan

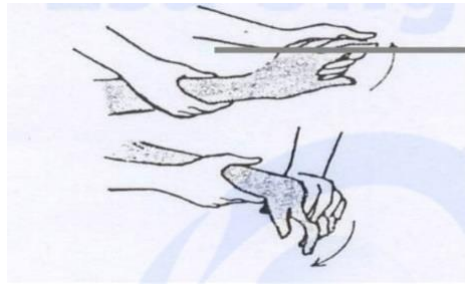
- (1) Pegang lengan bawah pasien dengan satu tangan, tangan yang satunya digunakan
- (2) Putar pergelangan tangan pasien ke arah luar dan ke arah dalam.



Gambar 2.4 Gerakan memutar pergelangan tangan (Suratun, 2020).

f) Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan

- (1) Pegang lengan bawah pasien dengan satu tangan, tangan yang satunya digunakan untuk memegang pergelangan tangan pasien.
- (2) Tekuk pergelangan tangan pasien ke atas dan ke bawah.



Gambar 2.5 Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan
(Suratun, 2020).

g) Gerakan memutar ibu jari

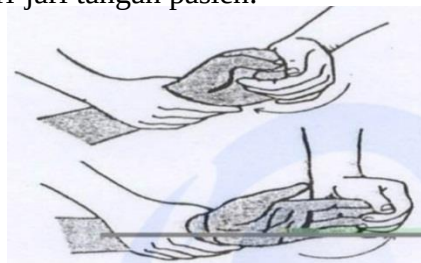
Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan satu tangan, tangan yang satunya digunakan untuk memutar ibu jari tangan.



Gambar 2.6 Gerakan memutar ibu jari
(Suratun, 2020).

h) Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan

Pegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan yang satunya digunakan untuk menekuk dan meluruskan jari-jari tangan pasien.



Gambar 2.7 Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan
(Suratun, 2020).

2) Latihan pasif anggota gerak bawah

a) Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha

- (1) Pegang lutut dengan satu tangan, tangan yang satunya digunakan untuk memegang tungkai pasien.
- (2) Naik dan turunkan kaki pasien dengan lutut tetap lurus.



Gambar 2.8 Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha
(Suratun, 2020).

b) Gerakan menekuk dan meluruskan lutut

- (1) Pegang lutut pasien dengan satu tangan, tangan yang satunya digunakan untuk memegang tungkai pasien.
- (2) Lakukan gerakan menekuk dan meluruskan lutut.



Gambar 2.9. Gerakan menekuk dan meluruskan lutut
(Suratun, 2020).

c) Gerakan latihan pangkal paha

Gerakkan kaki pasien menjauh dan mendekati badan atau kaki satunya.



Gambar 2.10 Gerakan latihan pangkal paha (Suratun, 2020).

d) Gerakan memutar pergelangan kaki

Pegang tungkai pasien dengan menggunakan satu tangan, tangan yang satu digunakan untuk memutar pergelangan kaki.



Gambar 2. 11 Gerakan memutar pergelangan kaki (Suratun, 2020).

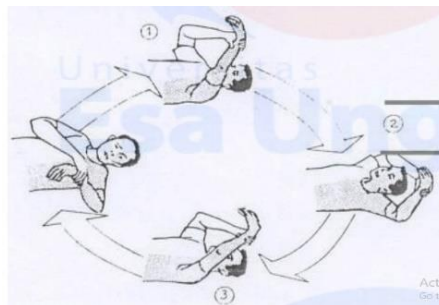
3) Latihan aktif pada anggota gerak atas dan bawah

a) Latihan I

(1) Anjurkan pasien untuk mengangkat tangan yang lemah dibantu dengan menggunakan tangan yang sehat ke arah atas.

(2) Letakkan kedua tangan di atas kepala.

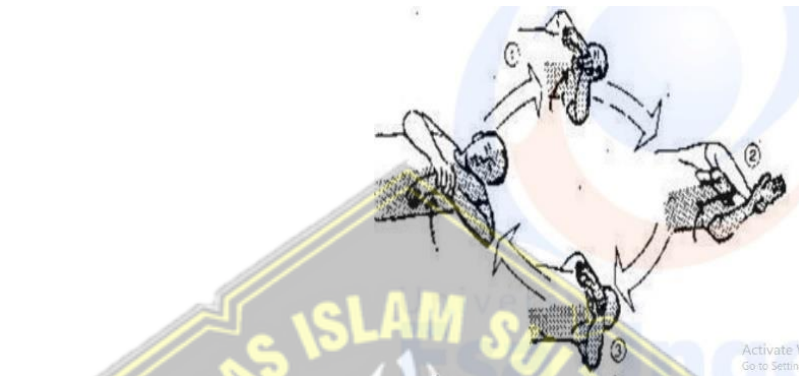
(3) Kembalikan tangan ke posisi semula.



Gambar 2.12 Latihan I (Suratun, 2020).

b) Latihan II

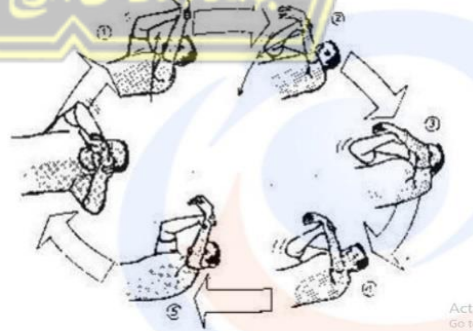
- (1) Anjurkan pasien untuk mengangkat tangan yang lemah atau lumpuh melewati dada ke arah tangan yang sehat.
- (2) Kembali ke posisi semula



Gambar 2.13. Latihan II
(Suratun, 2020).

c) Latihan III

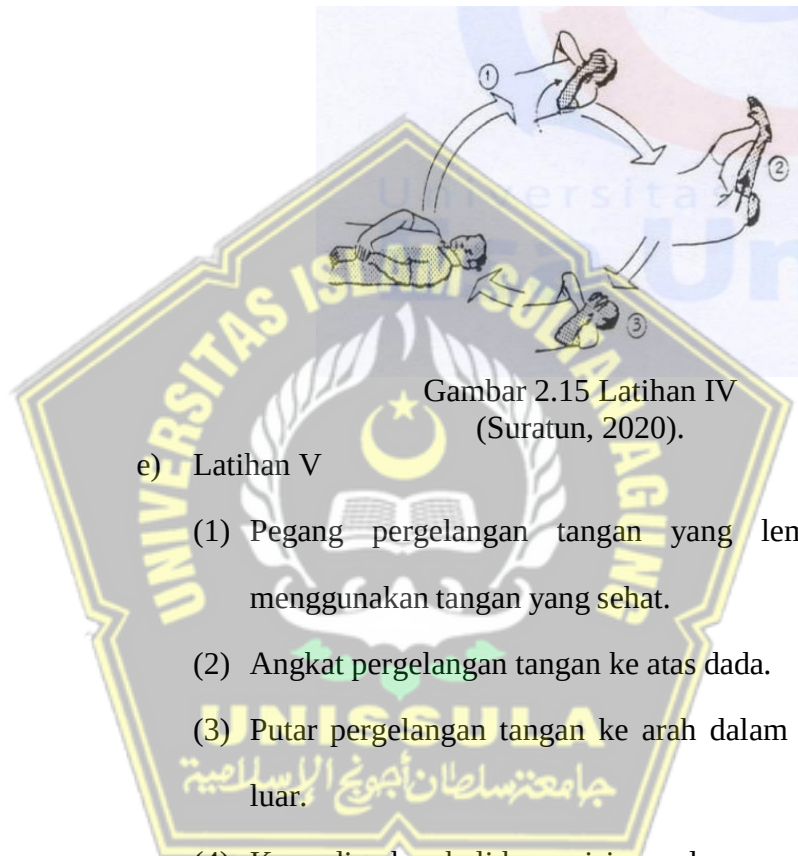
- (1) Anjurkan pasien untuk mengangkat tangan yang lemah ke atas kepala.
- (2) Kembali ke posisi semula.



Gambar 2.14 Latihan III
(Suratun, 2020).

d) Latihan IV

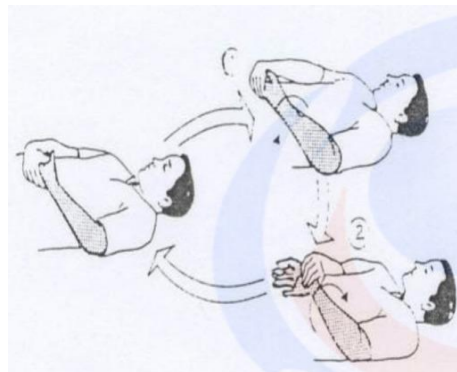
- (1) Tekuk siku yang lemah dibantu dengan menggunakan tangan yang sehat.
- (2) Luruskan siku kemudian angkat ke atas.
- (3) Letakkan kembali tangan yang lemah di tempat tidur.



Gambar 2.15 Latihan IV
(Suratun, 2020).

e) Latihan V

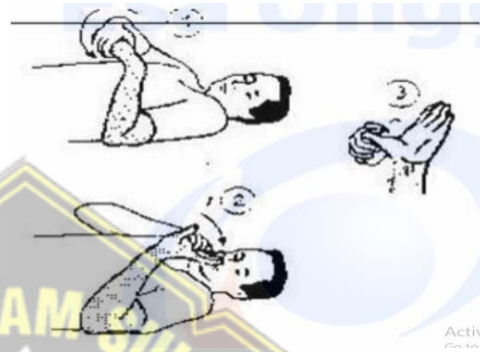
- (1) Pegang pergelangan tangan yang lemah dengan menggunakan tangan yang sehat.
- (2) Angkat pergelangan tangan ke atas dada.
- (3) Putar pergelangan tangan ke arah dalam dan ke arah luar.
- (4) Kemudian kembali ke posisi semula.



Gambar 2.16 Latihan V
(Suratun, 2020)

f) Latihan VI

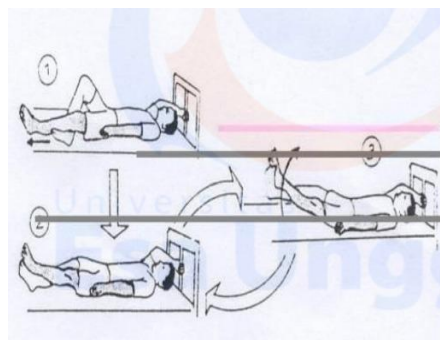
- (1) Tekuk serta luruskan jari-jari yang lemah dengan menggunakan tangan yang sehat.
- (2) lakukan gerakan memutar ibu jari yang terasa lemah.



Gambar 2.17 Latihan VI
(Suratun, 2020).

g) Latihan VII

- (1) Anjurkan pasien meletakkan kaki yang sehat di bawah kaki yang lemah.
- (2) Turunkan kaki yang sehat sehingga punggung kaki yang sehat menyentuh pergelangan kaki yang lemah.
- (3) Angkat kedua kaki ke atas dengan dibantuan kaki yang sehat, kemudian turunkan perlahan-lahan.



Gambar 2.18. Latihan VII
(Suratun, 2020).

h) Latihan VIII

- (1) Angkat kaki yang lemah dengan menggunakan kaki yang sehat diangkat ke atas sekitar 3 cm.
- (2) Ayunkan kaki sejauh mungkin ke arah satu sisi, kemudian ke sisi satunya.
- (3) Kembalikan ke posisi semula dan diulangi lagi.



Gambar 2.19. Latihan VIII
(Suratun, 2020).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain atau rancangan studi kasus

Dalam karya ilmiah ini, studi kasus ini dirancang sebagai studi kasus deskriptif dengan menggunakan pendekatan analisis yang mendalam. Pendekatan deskriptif yang mendalam menekankan pada penelitian yang menyeluruh, mendalam, dan terperinci tentang suatu kasus. Pendekatan ini juga lebih menekankan pada data faktual daripada kesimpulan, sehingga data disajikan sebagaimana adanya tanpa diubah. Penelitian ini dirancang dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang judul “Implementasi Range Of Motion Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea Indikasi Ketuban Pecah Dini Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas Di Ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit Islam NU Demak”.

B. Subyek Studi Kasus

Pasien Ny. A dan Ny. I di Ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit Islam NU Demak menjadi subjek studi kasus ini, yang dikaji secara menyeluruh.

C. Fokus Studi

Peneliti dalam studi kasus ini berkonsentrasi pada terapi latihan jalur gerakan untuk mengatasi kekakuan otot dan meningkatkan kekuatan otot.

D. Definisi Oprasional

1. Sectio caesarea adalah histerotomia untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim melalui sayatan di dinding depan perut atau vagina (Mochtar, 2012).
2. Intoleransi aktivitas adalah ketika seseorang tidak memiliki energi yang diperlukan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI, 2016)
3. Manajemen energi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menemukan dan mengontrol jumlah energi yang digunakan untuk mengurangi atau mencegah kelelahan dan memastikan proses pemulihan yang optimal (Tim Pokja SIKI, 2016).
4. ROM adalah pergerakan sendi pasien yang paling besar yang dapat dilakukan di salah satu dari tiga bidang—sagital, frontal, atau transversal (Potter & Perry, 2020).

E. Tempat dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan pada dua pasien di ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit Islam NU Demak selama tiga hari. Dimulai untuk pasien pertama pada tanggal 12–14 februari 2025, dan dilanjutkan untuk pasien kedua pada tanggal 12–14 februari 2025. Terapi latihan range of motion ini dilakukan satu kali setiap hari. Pasien pertama dimulai pukul 13.10 WIB pada hari pertama, pada hari kedua pukul 10.00 WIB, dan pada hari ketiga pukul 09.35 WIB. Pasien kedua dimulai pukul 13.35 WIB pada hari

pertama, pada hari kedua pukul 09.00 WIB, dan untuk pasien ketiga dimulai pukul 08.40 WIB pada hari ketiga, dengan durasi 15-20 menit.

F. Instrument Studi Kasus

Dalam hal ini, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) digunakan untuk mengukur aktivitas fisik seseorang. Kuesioner ini terdiri dari dua versi: International Physical Activity Questionnaire Long Form (IPAQ LF) dan International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ). Jenis, durasi, dan frekuensi dari aktivitas fisik seseorang dihitung dalam kuesioner ini. Menurut Ipaq, ada tiga tingkat aktivitas fisik: ringan, sedang, dan berat. IPAQ membagi aktivitas fisik menjadi lima kategori: aktivitas fisik yang terkait dengan pekerjaan di luar rumah, aktivitas fisik yang terkait dengan transportasi, aktivitas fisik yang terkait dengan pekerjaan dan perawatan di rumah, aktivitas fisik yang terkait dengan waktu senggang (rekreasi olahraga), dan aktivitas fisik yang terkait dengan waktu luang (rekreasi olahraga), dan aktivitas fisik yang terkait dengan lamanya duduk keuntungan pengukuran.

Ipaq sangat akurat dan mudah digunakan, terutama bagi responden yang lebih tua. Ini diukur dengan mengukur jumlah energi yang dikeluarkan setiap menit. Standar untuk skor aktivitas fisik pada IPAQ adalah MET/minggu, yang merupakan jumlah energi yang dilepaskan oleh tubuh saat istirahat, yang dihitung dalam satuan tugas selaras metabolisme (MET). MET/minggu adalah jumlah MET (jenis aktivitas) dibagi dengan jumlah

menit aktivitas jumlah hari dalam seminggu. Berikut ini adalah klasifikasi IPAQ:

1. Ringan (<600 METs/minggu)
2. Sedang (600-3000 METs/minggu).
3. Berat (>3000 METs/minggu (Heryana, 2020).

G. Metode Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan oleh peneliti selama ini dikumpulkan melalui wawancara dan observasi langsung pasien. Hasil pemeriksaan laboratorium, saran dokter, dan rekomendasi pengobatan dari catatan medis pasien juga merupakan bagian dari data tambahan. Proses penyusunan data terdiri dari beberapa tahap, seperti berikut:

1. Penulis mengajukan surat permohonan kepada pihak Fakultas Ilmu Keperawat sebagai izin untuk melakukan studi kasus di RSI NU Demak.
2. Setelah mendapatkan surat izin dari pihak fakultas, penulis menyerahkan surat izin tersebut kepada pihak diklat RSI NU Demak untuk mengajukan permohonan izin melakukan studi kasus.
3. Selanjutnya, penulis menerima surat persetujuan dari pihak departemen diklat dan penulis mengonfirmasi untuk melakukan studi kasus di ruangan Mahmudah Mawardi kepada penanggung jawab ruangan tersebut.
4. Setelah penulis mendapatkan persetujuan izin dari penanggung jawab ruangan, penulis dapat memilih pasien yang sesuai karakteristik sebagai

responden, yaitu pasien post op sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini.

5. Penulis mendapat dua pasien yang memenuhi karakteristik sebagai responden yang dapat dijadikan sebagai subjek studi kasus. Sebelum memulai, penulis telah mendapatkan persetujuan dari keluarga pasien terlebih dahulu. Setelah itu, penulis menjelaskan manfaat dan tujuan serta prosedur dari terapi yang akan dilakukan selama tiga hari ke depan
6. Apabila pasien dan keluarga menyetujui untuk menjadi subjek studi, Penulis dapat memulai proses pengkajian dan pengumpulan data dengan wawancara serta observasi langsung yang dialami pasien terhadap gangguan jalan napas sebelum terapi tersebut dilakukan.
7. Setelah mengumpulkan semua data dan informasi, penulis dapat memulai penerapan terapi latihan range of motion yang diberikan tiga hari berturut dari hari pertama hingga hari ketiga. Selama periode tiga hari ini penulis dapat mengevaluasi adanya peningkatan kepada pasien.

H. Analisa Dan Penyajian Data

Penulis menegakan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil penelitian yang disajikan dalam bentuk dokumentasi asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Mereka menegakan diagnosa berdasarkan beberapa sumber terkait.

Analisis deskriptif adalah jenis penelitian atau analisis data yang bertujuan untuk menggambarkan atau menjelaskan bentuk data yang dikumpulkan. Analisis deskriptif dapat digunakan dalam proses data.

Data yang dianalisis dari karya tulis ilmiah ini dapat digunakan untuk mengetahui proses penyusunan rencana keperawatan untuk dua pasien setelah operasi sectio caesarea dengan ketuban pecah dini. Hasil dari analisis data ini dapat digunakan untuk menentukan proses penyusunan rencana keperawatan untuk pasien tersebut.

I. Etika Studi Kasus

Etika studi kasus adalah kumpulan prinsip moral yang membantu peneliti bertindak dan berperilaku secara bertanggung jawab, etis, dan tidak merugikan subjek penelitian. Berikut ini adalah beberapa hal yang mendasari karya ilmiah ini:

1. Menghormati orang (*Respect for People*) adalah etika yang melibatkan dua hal: menghormati otonomi subjek penelitian, yang berarti peneliti menghargai kebebasan mereka untuk memilih subjek untuk penelitian mereka, dan melindungi subjek penelitian (*Protecting Subjects*), yang berarti peneliti harus melindungi subjek penelitian agar tidak mengalami bahaya atau ketidaknyamanan fisik atau mental.
2. Etik kemanfaatan dan tidak merugikan (*benefit dan non-maleficence*) digunakan untuk memaksimalkan keuntungan dan meminimalkan kerugian bagi subjek penelitian.

3. Tanpa nama (*Anonymity*): Etika penelitian mewajibkan peneliti untuk menghindari memberikan nama responden dan hanya menulis nama subjek dari hasil penelitian.
4. Berkeadilan (*Distributive Justice*) adalah etika yang mengimbangi keuntungan dan kerugian berpartisipasi dalam penelitian, atau setiap orang harus diperlakukan secara adil.



BAB IV

HASIL STUDI DAN PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Sebagai hasil dari studi kasus yang dilakukan pada 12 Februari 2025 pukul 09.00 WIB di Ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit Islam NU Demak, informasi berikut dikumpulkan dari dua pasien:

1. Identitas

a. Identitas Klien 1

Pada tanggal 12 februari 2025 pukul 09.00 WIB dilakukan pengkajian di Ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit Islam NU Demak pasien bernama Ny.A berusia 36 tahun berjenis kelamin perempuan. Pasien merupakan seorang muslim yang bertempat tinggal di Tlogoboyo 05/02 Bonang Demak, pasien merupakan seorang karyawan swasta. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA. Pasien di bawa ke rumah sakit dengan G3P2A1 karena mengalami masalah ketuban pecah dini sejak tanggal 11 Februari 2025 pukul 20.00 WIB, pasien di antar oleh kakaknya Ny.N dan mengharuskan pasien untuk dilakukan tindakan operasi section caesarea dengan nomor rekam medik 3696xx.

b. Identitas Klien 2

Pada tanggal 12 februari 2025 pukul 10.00 WIB dilakukan pengkajian di Ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit Islam NU

Demak pasien bernama Ny.I berusia 28 tahun berjenis kelamin perempuan. Pasien merupakan seorang muslim yang bertempat tinggal di Mranak 07/03 Wonosalam Demak, pasien merupakan seorang perawat puskesmas. Pendidikan terakhir pasien adalah S1 Keperawatan Universitas Islam Muhammadiyah Semarang yang baru pertama memiliki anak. Pasien di bawa ke rumah sakit dengan G1P1A0 karena mengalami masalah ketuban pecah dini sejak tanggal 11 Februari 2025 pukul 01.00 WIB, pasien diantar oleh suaminya Tn.P dan mengharuskan pasien untuk dilakukan tindakan operasi section caesarea dengan nomor rekam medik 3708xx.

c. Identitas Penanggung Jawab Klien 1

Pada saat pengkajian didapatkan data dari penanggung jawab pasien yaitu kakaknya yang bernama Ny.N berusia 43 tahun yang berjenis kelamin Perempuan. kakaknya merupakan seorang muslim yang bertempat tinggal di Tridonorejo 01/05 Bonang Demak, kakaknya merupakan seorang karyawan swasta.

d. Identitas Penanggung Jawab Klien 2

Pada saat pengkajian didapatkan data dari penanggung jawab pasien yaitu suaminya yang bernama Tn.P berusia 25 tahun yang berjenis kelamin laki-laki. suaminya merupakan seorang muslim yang bertempat tinggal di Mranak 07/03 Wonosalam Demak, suaminya merupakan seorang karyawan swasta.

2. Status Obstetrik

a. Klien 1

Nifas hari ke 1 P2A1 post section caesarea merupakan persalinan ke dua, BB lahir 2700 gr, bayi dengan keadaan sehat ketika lahir tidak ada masalah seperti komplikasi saat nifas, umur sekarang 1 hari.

b. Klien 2

Nifas hari ke 1 P1A0 post section caesarea merupakan persalinan pertama, BB lahir 2400 gr, bayi dengan keadaan sehat ketika lahir tidak ada masalah seperti komplikasi saat nifas, umur sekarang 1 hari.

3. Keluhan Utama

a. Klien 1

Pasien mengatakan kencang dan merasa nyeri dibagian luka post sectio caesarea dengan data Paliatif: nyeri muncul ketika badan di gerakkan miring kanan dan kiri, Kualitas: nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region: merasakan nyeri dibagian luka jahit akibat tindakan sectio caesarea, Skala:8, Time: Hilang Timbul. Pasien juga mengatakan badannya terasa lemas, lelah dan kaku karena terlalu lama berbaring dan karena nyeri sehingga menyebabkan pasien enggan untuk bergerak. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah.

b. Klien 2

Pasien mengatakan nyeri dibagian luka post sectio caesarea dengan data Paliatif: nyeri muncul ketika badan di gerakkan miring kanan dan kiri, Kualitas: nyeri seperti ditusuk-tusuk Region: merasakan nyeri dibagian luka jahit akibat tindakan sectio caesarea, Skala: 7, Time: Hilang Timbul. Pasien juga mengatakan badannya terasa lemas, lelah dan kaku karena terlalu lama berbaring dan karena nyeri sehingga menyebabkan pasien enggan untuk bergerak. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah. Pasien mengatakan jahitan tengah pasien basah.

4. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Klien 1

Pasien hamil G3P2A1 mengatakan pada tanggal 10 Februari 2025 mengeluh ada cairan yang keluar dari kemaluannya pada pukul 15.00 WIB dimana perkiraan lahir jatuh pada tanggal 21 Maret 2025 sehingga pasien mengabaikannya dan membiarkan. Kemudian pasien merasa perutnya nyeri dan kencang pada tanggal 10 Februari 2020 pukul 20.00 WIB lalu kakaknya mengantarkan ke Rumah Sakit Islam NU Demak, saat diruang rawat inap kakak pasien diberi informasi jika pasien akan dilakukan tindakan operasi sectio caesarea pada hari selasa, 11 Februari 2025 pukul 08.00 WIB untuk mengeluarkan bayi.

b. Klien 2

Pasien hamil G1P1A0 mengatakan pada tanggal 10 Februari 2025 mengeluh ada cairan yang keluar dari kemaluannya pada pukul 22.00 WIB dimana perkiraan lahir jatuh pada tanggal 02 Maret 2025 sehingga pasien mengabaikannya dan membiarkan. Kemudian pasien merasa perutnya nyeri pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 01.00 WIB lalu suaminya mengantarkan ke Rumah Sakit Islam NU Demak, saat diruang rawat inap suami pasien diberi informasi jika pasien akan dilakukan tindakan operasi sectio caesarea pada hari selasa, 11 Februari 2025 pukul 09.00 WIB untuk mengeluarkan bayi.

5. Masalah Kehamilan

a. Klien 1

Pasien mengatakan pada kehamilan ke tiga pasien dari trimester satu pasien tidak memiliki masalah dalam kehamilan, pasien tidak merasakan perbedaan pada saat hamil maupun saat tidak hamil. Pasien mengatakan semuanya normal-normal saja.

b. Klien 2

Pasien mengatakan pada saat trimester pertama sampai dengan trimester kedua pasien mengalami mual, muntah, pusing, dan nafsu makan pasien menurun. Kemudian pada saat trimester ketiga pasien sering ingin BAK dan tidak nyaman pada perutnya terkadang merasakan kencang– kencang.

6. Riwayat Menstruasi

c. a. Klien 1

Pasien mengatakan pertama kali menstruasi kelas satu SMA atau pada usia 15 tahun dengan siklus menstruasi yang teratur dalam 1 bulan sekali selama 7 hari. Pasien mengatakan pada saat menstruasi tidak ada gangguan dalam menstruasi semuanya normal, tidak ada gumpalan darah.

d. b. Klien 2

Pasien mengatakan pertama kali menstruasi kelas satu SMP atau pada usia 13 tahun dengan siklus menstruasi yang teratur dalam 1 bulan sekali selama 5 hari. Pasien mengatakan pada saat menstruasi tidak ada gangguan dalam menstruasi semuanya normal, tidak ada gumpalan darah.

7. Riwayat KB (Keluarga Berencana)

a. Klien 1

Pasien mengatakan belum pernah mengikuti program keluarga berencana (KB), dan setelah pasien mempunyai anak yang ketiga pasien tidak memiliki rencana untuk mengikuti KB.

b. Klien 2

Pasien mengatakan belum pernah mengikuti program keluarga berencana (KB), dan setelah pasien mempunyai anak yang pertama pasien tidak memiliki rencana untuk mengikuti KB.

B. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1. Pemeriksaan pada ibu :

a. Klien 1

Kesadaran pasien composmentis, keadaan umum pasien pucat dan lemas. Pada pemeriksaan TTV (tanda – tanda vital) dengan hasil Tekanan darah: 105/60 mmHg, Nadi: 92 x/menit, RR: 24 x/menit, Suhu: 36,6°C dan pemeriksaan GCS dengan hasil E4M6V5.

Bentuk kepala mesocephal, rambut panjang lurus, berwarna hitam, bersih dan tidak terdapat luka. Mata dengan keadaan simetris kanan dan kiri, konjungtiva keadaan anemis, sclera tidak ikterik, penglihatan normal dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Hidung simetris, bersih, tidak ada polip, tidak terdapat cuping hidung. Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi, bersih tidak ada serumen dan tidak menggunakan alat bantu dengar. Gigi berwarna putih kekuningan, bibir tampak simetris atas bawah dan mukosa bibir kering. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada leher, tidak terdapat nyeri. Pemeriksaan thorax, inspeksi: pengembangan dada simetris kanan kiri, palpasi: tidak ada nyeri tekan, perkusi: sonor pada bagian paru – paru, auskultasi: vesikuler. Pada pemeriksaan jantung, inspeksi: tidak tampak ictus cordis, palpasi: ictus cordis teraba pada ICS ke 5, perkusi: pekak, auskultasi: irama jantung regular. Pada pemeriksaan abdomen keadaanya

terdapat luka jahitan operasi sectio caesrea berbentuk horizontal diperut bagian bawah, tertutup balutan, dan fundus uteri tingginya posisinya 2 jari dibawah pusar. Pada pemeriksaan payudara keadaannya simetris antara kiri dan kanan, aerola berwarna cokelat, putting susu menonjol, ASI kanan dan kiri keluarnya normal, kolostrum sudah keluar dan tidak ada nyeri tekan pada payudara.

Pemeriksaan genetalia: terdapat rambut pada kemaluannya, jumlah lochea dalam sehari 120cc. Berwarna merah konsistensi cair terkadang ada gumpalannya, berbau anyir menyerupai darah menstruasi. Perineum tampak utuh terdapat REEDA, tidak ada luka episiotomy, tidak terdapat hemoroid, terpasang selang kateter.

Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah: kuku berwarna merah muda, bersih, turgor kulit baik, tidak terdapat luka dan edema. Terpasang infus RL 20tpm pada tangan kanan, kulit berwarna sawo matang, tidak terdapat varises, tidak terdapat homan.

b. Klien 2

Kesadaran pasien composmentis, keadaan umum pasien pucat dan lemas. Pada pemeriksaan TTV (tanda – tanda vital) dengan hasil Tekanan darah: 130/80 mmHg, Nadi: 89 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 36oC dan pemeriksaan GCS dengan hasil E4M6V5.

Bentuk kepala mesocephal, rambut panjang lurus, berwarna hitam, bersih dan tidak terdapat luka. Mata dengan keadaan simetris

kanan dan kiri, konjungtiva keadaan anemis, sclera tidak ikterik, pengeihan normal dan tidak menggunakan alat bantu pengelihan. Hidung simetris, bersih, tidak ada polip, tidak terdapat cuping hidung. Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi, bersih tidak ada serumen dan tidak menggunakan alat bantu dengar. Gigi berwarna putih kekuningan, bibir tampak simetris atas bawah dan mukosa bibir kering. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada leher, tidak terdapat nyeri. Pemeriksaan thorax, inspeksi: pengembangan dada simetris kanan kiri, palpasi: tidak ada nyeri tekan, perkusi: sonor pada bagian paru – paru, auskultasi: vesikuler. Pada pemeriksaan jantung, inspeksi: tidak tampak ictus cordis, palpasi: ictus cordis teraba, perkusi: pekak, auskultasi: irama jantung regular.

Pada pemeriksaan abdomen keadaanya terdapat luka jahitan operasi sectio caesrea berbentuk horizontal diperut bagian bawah, tertutup balutan, dan fundus uteri posisinya 2 jari dibawah pusar. Pada pemeriksaan payudara keadaannya simetris antara kiri dan kanan, aerola coklat pekat, puting susu menonjol, ASI kanan dan kiri keluarnya normal, kolostrum sudah keluar dan tidak ada nyeri tekan pada payudara.

Pemeriksaan genetalia: terdapat rambut pada kemaluannya, jumlah lochea dalam sehari bisa ganti pembalut 2 sampai 3 kali, pembalut berisi penuh. Berwarna merah konsistensi cair terkadang

ada gumpalannya, berbau anyir menyerupai darah menstruasi. Perineum tampak utuh tidak terdapat REEDA, tidak ada luka episiotomy, tidak terdapat hemoroid, terpasang selang kateter.

Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah: kuku berwarna merah muda, bersih, turgor kulit baik, tidak terdapat luka dan edema. Terpasang infus RL 20tpm pada tangan kanan, kulit berwarna sawo matang, tidak terdapat varises, tidak terdapat homan.

2. Pemeriksaan pada bayi :

a. Bayi klien 1

Keadaan bayi hidup pada saat lahir menangis kencang, kepala berbentuk mesocephal, rambut warna hitam tipis, berat badan 2700 gram, lingkar kepala 35 cm, ubun – ubun datar, mata simetris kanan dan kiri, lingkar dada 31 cm, lingkar lengan 12 cm dan panjang 52 cm, berjenis kelamin laki – laki terdapat scrotum dan penis, memiliki anus, turgor kulit baik, reflek rooting dan hisap kurang untuk menetek ASI.

b. Bayi klien 2

Keadaan bayi hidup pada saat lahir menangis kencang, kepala berbentuk mesocephal, rambut warna hitam tipis, berat badan 2400 gram, lingkar kepala 32 cm, ubun – ubun datar, mata simetris kanan dan kiri, lingkar dada 32 cm, lingkar lengan 12 cm dan panjang 47 cm, berjenis kelamin laki – laki terdapat scrotum dan penis, memiliki anus, turgor kulit baik, reflek rooting dan hisap kurang untuk menetek ASI.

C. Pengkajian Kebutuhan Khusus

1. Klien 1

a. Oksigen

Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas.

b. Nutrisi

Pasien mengatakan asupan makanan pasien berupa nasi, sayur serta lauk dari rumah sakit.

c. Cairan

Setelah menjalani operasi Sectio Caesarea pasien minum air putih 1 liter dengan berbaring menggunakan sedotan.

d. Eliminasi

Pasien tidak ada keluhan keringat berlebih, pasien terpasang kateter dan belum BAB setelah menjalani operasi.

2. Klien 2

a. Oksigen

Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas.

b. Nutrisi

Pasien mengatakan asupan makanan pasien berupa nasi, sayur serta lauk.

c. Cairan

Setelah menjalani operasi Sectio Caesarea pasien minum air putih 600 ml dengan berbaring menggunakan sedotan.

d. Eliminasi

Pasien tidak ada keluhan keringat berlebih, pasien terpasang kateter dan belum BAB setelah menjalani operasi.

D. Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil Laboratorium

a. Klien 1

Pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Februari 2025 pukul 21:00 WIB dengan hasil :

1) Hematologi Rutin

Hemoglobin 11.4 (11.7-15.5), Leukosit 12,260 (3,600-11,000), Trombosit 373,000 (150-440), Hematokrit 33,0 (35-47).

2) Hitungan Jenis (diff)

Eosinofil 0 (1-3), Basofil 0 (0-1), Limfosit 22 (20-40), Monosit 8 (2-8), Golongan darah B.

3) Imunoserologi

HBsAG Kualitatif non reaktif.

b. Klien 2

Pemeriksaan laboratorium tanggal 11 Februari 2025 pukul 01.26 WIB dengan hasil :

1) Hematologi Rutin

Hemoglobin 10.1 (11.7-15.3), Leukosit 17,380 (3,600-11,000), Trombosit 328,000 (150,000-440,000), Hematokrit 30.1 (35-47).

2) Hitungan Jenis (diff)

Eosinofil 0 (1-3), Basofil 0 (0-1), Limfosit 26 (20-40),

Monosit 8 (2-8), Golongan darah A.

3) Imunoserologi

HBsAG Kualitatif non reaktif.

2. Therapy

a. Klien 1

1) Infus

a) RL 20 tpm

2) Injeksi

a) Keterolac 3x2

3) Oral

a) Asam mefenamat 3x1

b) Donperidone 3x2

b. Klien 2

1) Infus

a) RL 20 tpm

2) Injeksi

a) Keterolac 3x2

3) Oral

a) Asam mefenamat 3x1

b) Donperidone 3x2



E. Analisa Data

1. Klien 1

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan pada 12 sampai 15 Februari di Ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak di dapatkan data sebagai berikut:

Data pertama, terdapat Data Subyektif yaitu, pasien mengatakan lelah karena berbaring terlalu lama sehingga pasien menjadi lemah dan sendi terasa kaku. Data obyektif yaitu, pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, sendi pasien tampak kaku, pasien tampak enggan untuk bergerak.

Data kedua, terdapat data subyektif yaitu, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi. Data obyektif yaitu, pasien tampak gelisah, meringis kesakitan menahan nyeri pada luka post sectio caesarea dan terdapat luka post operasi sectio caesarea dimana jahitan berbentuk horizontal dibagian perut bawah kiri. Pada pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif(P): nyeri muncul ketika badan digerakkan, Kualitas(Q): nyeri seperti ditusuk-tusuk Region(R): nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala(S): 8 dan Time(T): hilang timbul.

Data ketiga, terdapat Data Subyektif yaitu, Pasien mengatakan pada bagian luka post operasi terasa kencang. Data obyektif yaitu, tampak terdapat kemerahan, terdapat luka post operasi sectio caesarea dimana jahitan berbentuk horizontal dibagian perut bawah kiri.

2. Klien 2

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan pada 12 sampai 15 Februari 2025 di Ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak didapatkan data sebagai berikut:

Data pertama, terdapat Data Subyektif yaitu, pasien mengatakan lelah karena berbaring terlalu lama sehingga pasien menjadi lemah. Data obyektif yaitu, pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, sendi pasien tampak kaku, pasien tampak enggan untuk bergerak.

Data kedua, terdapat data subyektif yaitu, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi. Data obyektif yaitu, pasien tampak gelisah, meringis kesakitan menahan nyeri pada luka post sectio caesarea dan terdapat luka post operasi sectio caesarea dimana jahitan berbentuk horizontal dibagian perut bawah kiri. Pada pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif(P): nyeri muncul ketika badan digerakkan, Kualitas(Q): nyeri seperti disayat-sayat Region(R): nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala(S): 7 dan Time(T): hilang timbul.

Data ketiga, terdapat Data Subyektif yaitu, Pasien mengatakan jahitan tengah pasien basah. Data obyektif yaitu, jahitan tengah pasien tampak basah.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Klien 1

Dari hasil data diatas yang di ambil dari Ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak dapat disimpulkan bahwa urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

Diagnosa pertama, terdapat Data Subyektif yaitu, pasien mengatakan lelah karena berbaring terlalu lama sehingga pasien menjadi lemah dan sendi terasa kaku. Data obyektif yaitu, pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, sendi pasien tampak kaku, pasien tampak enggan untuk bergerak. Jadi dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul yaitu **Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)**.

Diagnosa kedua, terdapat data subyektif yaitu, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi. Data obyektif yaitu, pasien tampak gelisah, meringis kesakitan menahan nyeri pada luka post sectio caesarea dan terdapat luka post operasi sectio caesarea dimana jahitan berbentuk horizontal dibagian perut bawah kiri. Pada pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif(P): nyeri muncul ketika badan digerakkan, Kualitas(Q): nyeri seperti ditusuk-tusuk Region (R): nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala(S): 8 dan Time(T): hilang timbul. Jadi dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul yaitu **Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)**.

Diagnosa ketiga, terdapat Data Subyektif yaitu, Pasien mengatakan pada bagian luka post operasi terasa kencang. Data obyektif yaitu, tampak terdapat kemerahan, terdapat luka post operasi sectio caesarea dimana jahitan berbentuk horizontal dibagian perut bawah kiri. Jadi dapat disimpulkan bahwa diagnose yang muncul yaitu, **Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (0142).**

2. Klien 2

Dari hasil data diatas yang di ambil dari Ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak dapat disimpulkan bahwa urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

Diagnosa pertama, terdapat Data Subyektif yaitu, pasien mengatakan lelah karena berbaring terlalu lama sehingga pasien menjadi lemah dan sendi terasa kaku. Data obyektif yaitu, pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, sendi pasien tampak kaku, pasien tampak enggan untuk bergerak. Jadi dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul yaitu **Intoleransi**

Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056).

Diagnosa kedua, terdapat data subyektif yaitu, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi. Data obyektif yaitu, pasien tampak gelisah, meringis kesakitan menahan nyeri pada luka post sectio caesarea dan terdapat luka post operasi sectio caesarea dimana jahitan berbentuk horizontal dibagian perut bawah kiri. Pada pengkajian nyeri didapatkan

data Paliatif(P): nyeri muncul ketika badan digerakkan, Kualitas(Q): nyeri seperti ditusuk-tusuk Region(R): nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala(S): 8 dan Time(T): hilang timbul. Jadi dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul yaitu **Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077).**

Diagnosa ketiga, terdapat Data Subyektif yaitu, Pasien mengatakan pada bagian luka post operasi terasa kencang. Data obyektif yaitu, tampak terdapat kemerahan, terdapat luka post operasi sectio caesarea dimana jahitan berbentuk horizontal dibagian perut bawah kiri. Jadi dapat disimpulkan bahwa diagnose yang muncul yaitu, **Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (0142).**

G. Intervensi Keperawatan

1. Klien 1

Masalah keperawatan yang muncul pada tanggal 12 sampai 15 2025 di Ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit Islam NU Demak. Kemudian disusunlah rencana tindakan selanjutnya untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien.

Intervensi yang dapat dilakukan untuk diagnose yaitu, **Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)**, dimana memiliki tujuan setelah dilakukannya tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pasien mampu meningkatkan kekuatan tubuh bagian atas dan bawah, keluhan lelah menurun, perasaan lemah

menurun, kecepatan jalan meningkat, jarak berjalan bertambah. Intervensi pertama yang dilakukan yaitu, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan yang rasionalnya adalah agar mengetahui tingkat perubahan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Intervensi kedua yaitu monitor pola dan jam tidur yang rasionalnya adalah agar mengetahui penyebab gangguan fungsi tubuh. Intervensi ketiga yaitu lakukan rentang gerak pasif atau aktif yang rasionalnya adalah agar mengurangi kekakuan sendi dan meningkatkan kekuatan otot. Intervensi keempat yaitu, berikan teknik distraksi yang menyenangkan yang rasionalnya agar mengalihkan rasa tidak nyaman. Intervensi kelima yaitu, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap yang rasionalnya agar kembali ke tingkat aktivitas normal secara aman,

Intervensi yang dilakukan untuk diagnose kedua yaitu, **Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)**. yang memiliki tujuan setelah dilakukannya tindakan asuhan keperawatan Selama 3 x 8 jam diharapkan pasien mampu mengalami perubahan dengan kriteria hasil keberhasilan mengontrol nyeri, pasien mampu mengenali kapan terjadi nyeri, mampu mengenali penyebab nyeri, mampu menggunakan tindakan pencegahan. Intervensi pertama yang dilakukan yaitu, pengkajian nyeri yang rasionalnya adalah agar mengetahui tingkat perubahan nyeri yang dirasakan pasien. Intervensi kedua yaitu ajarkan teknik relaksasi nafas dalam yang rasionalnya adalah

agar mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien. Intervensi ketiga yaitu edukasi penyebab nyeri rasionalnya agar pasien mampu mengetahui apa saja yang memicu terjadinya nyeri yang dirasakan. Intervensi keempat yaitu kolaborasi pemberian analgetik yang rasionalnya adalah untuk pengurang nyeri dalam bentuk obat dari pihak farmasi..

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa keperawatan ketiga yaitu, **Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142)** yang memiliki tujuan setelah dilakukan selama 3 x 8 jam diharapkan status resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut kemerahan menurun, nyeri menurun, Gangguan kognitif menurun, nafsu makan membaik. Intervensi pertama yaitu, monitor tanda-tanda infeksi, intervensi kedua lepaskan balutan secara perlahan, intervensi ketiga bersihkan dengan NACL, intervensi keempat berikan salep yang sesuai, intervensi kelima ganti balut sesuai jumlah eksudat, intervensi keenam jelaskan tanda dan gejala infeksi, intervensi ketujuh ajarkan prosedur perawat luka secara mandiri, intervensi kedelapan kolaborasi pemberian analgetik dalam bentuk obat dari pihak farmasi .

2. **Klien 2**

Intervensi yang dapat dilakukan untuk diagnose yaitu, **Intoleransi Aktivitas** berhubungan **dengan Kelemahan (D.0056)**, dimana memiliki tujuan setelah dilakukannya tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pasien mampu meningkatkan kekuatan tubuh bagian atas

dan bawah, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, kecepatan jalan meningkat, jarak berjalan bertambah. Intervensi pertama yang dilakukan yaitu, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan yang rasionalnya adalah agar mengetahui tingkat perubahan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Intervensi kedua yaitu monitor pola dan jam tidur yang rasionalnya adalah agar mengetahui penyebab gangguan fungsi tubuh. Intervensi ketiga yaitu lakukan rentang gerak pasif atau aktif yang rasionalnya adalah agar mengurangi kekakuan sendi dan meningkatkan kekuatan otot. Intervensi keempat yaitu, berikan teknik distraksi yang menenangkan yang rasionalnya agar mengalihkan rasa tidak nyaman. Intervensi kelima yaitu, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap yang rasionalnya agar kembali ke tingkat aktivitas normal secara aman.

Intervensi yang dilakukan untuk diagnose kedua yaitu, **Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)**. yang memiliki tujuan setelah dilakukannya tindakan asuhan keperawatan Selama 3 x 8 jam diharapkan pasien mampu mengalami perubahan dengan kriteria hasil keberhasilan mengontrol nyeri, pasien mampu mengenali kapan terjadi nyeri, mampu mengenali penyebab nyeri, mampu menggunakan tindakan pencegahan. Intervensi pertama yang dilakukan yaitu, pengkajian nyeri yang rasionalnya adalah agar mengetahui tingkat perubahan nyeri yang dirasakan pasien. Intervensi

kedua yaitu ajarkan teknik relaksasi nafas dalam yang rasionalnya adalah agar mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien. Intervensi ketiga yaitu edukasi penyebab nyeri rasionalnya agar pasien mampu mengetahui apa saja yang memicu terjadinya nyeri yang dirasakan. Intervensi keempat yaitu kolaborasi pemberian analgetik yang rasionalnya adalah untuk pengurang nyeri dalam bentuk obat dari pihak farmasi..

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa keperawatan ketiga yaitu, **Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142)** yang memiliki tujuan setelah dilakukan selama 3 x 8 jam diharapkan status resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut kemerahan menurun, nyeri menurun, Gangguan kognitif menurun, nafsu makan membaik. Intervensi pertama yaitu, monitor tanda-tanda infeksi, intervensi kedua lepaskan balutan secara perlahan, intervensi ketiga bersihkan dengan NACL, intervensi keempat berikan salep yang sesuai, intervensi kelima ganti balut sesuai jumlah eksudat, intervensi keenam jelaskan tanda dan gejala infeksi, intervensi ketujuh ajarkan prosedur perawat luka secara mandiri, intervensi kedelapan kolaborasi pemberian analgetik dalam bentuk obat dari pihak farmasi .

H. Implementasi keperawatan

Intervensi ini sudah disusun sesuai dengan masalah, kemudian dilakukan implementasi pada tanggal 12 sampai 15 februari 2025 sebagai tindak lanjut dari proses asuhan keperawatan pada pasien.

1. Klien 1

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056), tanggal 12 februari 2025 yaitu, Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan pada pukul 10.00 WIB, pasien memberikan respon mengatakan lelah karena berbaring terus, pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga.

Selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) yaitu, Mengkaji nyeri dengan komperhensif meliputi PQRST pada pukul 10.10 WIB, pasien memberikan respon bersedia dan hasil pengkajian nyeri yang didapatkan yaitu data Paliatif(P): Nyeri muncul apabila badan digerakkan (miring kanan kiri), Kualitas(Q): Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala(S): 8 ,Time(T): Hilang timbul. Selanjutnya

Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142), penulis memonitor karakteristik luka pada pukul 10.20 WIB terdapat luka post op sepanjang 12 cm, posisi luka pasien horizontal. Selanjutnya penulis memonitor tanda-tanda infeksi pada pukul 10.25 WIB, terdapat kemerahan pada luka post op pasien. Selanjutnya Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) penulis menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri pada pukul 10.35 WIB, pasien memberi respon paham. Selanjutnya Intoleransi

Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056), penulis Mengajarkan latihan gerak pasif pukul 13.10 WIB, Pasien merespon bersedia untuk diajarkan teknik tersebut tetapi luka post op nya masih nyeri dan hasil pasien tampak mengerti dan melakukan teknik gerak pasif. Selanjutnya penulis Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap pada pukul 13.23 WIB dengan respon pasien masih takut untuk banyak gerak, pasien tampak enggan untuk bergerak. Selanjutnya Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) penulis menjelaskan strategi meredakan nyeri pasien merespon paham dengan penjelasan yang dijelaskan.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142), tanggal 13 februari 2025 yaitu, Mengganti balut luka post SC pada pukul 08.20 WIB terdapat kemerahan, luka masih basah. Selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) Mengkaji nyeri dengan komperhensif meliputi PQRST pada pukul 08.27 WIB dengan respon pasien bersedia, pasien masih merasakan nyeri tetapi tidak seperti kemarin dan hasil dari pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif(P): Nyeri dirasakan apabila badan digerakkan (miring kanan kiri), Kualitas(Q): Rasa nyeri seperti di tusuk – tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala: skala nyeri 6, Time: hilang timbul. Selanjutnya penulis menyuntikan obat keterolak pada pukul

08.38 WIB dengan respon keterolak masuk melalui iv dan pasien tampak meringis ketika reaksi obat telah hilang. Selanjutnya Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056), penulis melatih rentang gerak aktif pada pukul 10.00 WIB, dengan respon pasien bersedia dan tampak melakukan gerak aktif. Selanjutnya menganjurkan aktivitas secara bertahap pada pukul 10.30 WIB, respon pasien bersedia untuk belajar berjalan ke kamar mandi.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142), tanggal 14 februari 2025 yaitu, Mengganti balut luka post SC pada pukul 09.20 WIB tampak kemerahan di luka post SC sudah sedikit memudar. Selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) Mengkaji nyeri dengan komprehensif meliputi PQRST dengan respon pasien bersedia, terkadang nyeri sudah menghilang akan tetapi terkadang muncul dan hasil dari pengkajian yang dilakukan untuk nyeri mendapatkan data Paliatif(P): Nyeri timbul apabila badan di gerakkan (kanan kiri), Kualitas(Q): Rasa nyeri seperti tertusuk – tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post operasi sectio caesarea, Skala: skala nyeri 2, Time: hilang timbul. Selanjutnya Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056) penulis melatih rentang gerak aktif pada pukul 09.35 WIB, dan pasien merespon bersedia dan sendinya sudah merasa tidak kaku dan hasil pasien melakukan rentang gerak aktif dan

dapat bergerak bebas. Selanjutnya Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142) penulis mengajarkan prosedur perawatan luka pada pukul 09.53 WIB dan pasien merespon paham.

2. Klien 2

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056), tanggal 12 februari 2025 yaitu, Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan pada pukul 09.00 WIB, pasien

memberikan respon mengatakan lelah karena berbaring terus, pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga.

Selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) yaitu, , Mengkaji nyeri dengan komperhensif meliputi PQRST pada pukul 09.15 WIB , pasien memberikan respon bersedia dan hasil pengkajian nyeri yang didapatkan yaitu data Paliatif(P): Nyeri muncul apabila badan digerakkan (miring kanan kiri), Kualitas(Q): Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala(S): 7 ,Time(T): Hilang timbul. Selanjutnya Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142), penulis memonitor karakteristik luka pada pukul 09.30 WIB terdapat luka post op sepanjang 13 cm, posisi luka pasien horizontal. Selanjutnya penulis memonitor tanda-tanda infeksi pada pukul 09.35 WIB, terdapat luka

jahitan yang masih basah dan terdapat rembesan pada luka post op pasien. Selanjutnya Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) penulis menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri pada pukul 09.45 WIB, pasien memberi respon sangat nyeri jika bergerak sedikit saja hasilnya pasien tampak meringis. Selanjutnya Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056), penulis Mengajarkan latihan gerak pasif pukul 13.30 WIB, Pasien merespon bersedia untuk diajarkan teknik tersebut dan sendinya sudah sedikit mendingan tidak kaku. Selanjutnya penulis Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap pada pukul 13.52 WIB dengan respon pasien masih takut untuk banyak gerak, pasien tampak belum leluasa dalam bergerak. Selanjutnya Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) penulis menjelaskan strategi meredakan nyeri pasien merespon paham dengan penjelasan yang dijelaskan.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142), tanggal 13 februari 2025 yaitu, Mengganti balut luka post SC pada pukul 08.00 WIB luka masih basah. Selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) Mengkaji nyeri dengan komperhensif meliputi PQRST pada pukul 08.18 WIB dengan respon pasien bersedia, pasien masih merasakan nyeri tetapi tidak seperti kemarin dan hasil dari pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif(P): Nyeri dirasakan apabila

badan digerakkan (miring kanan kiri), Kualitas(Q): Rasa nyeri seperti di tusuk – tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala: skala nyeri 6, Time: hilang timbul. Selanjutnya penulis menyuntikan obat keterolak pada pukul 08.30 WIB dengan respon keterolak masuk melalui iv dan pasien tampak meringis ketika reaksi obat telah hilang. Selanjutnya Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056), penulis melatih rentang gerak aktif pada pukul 09.00 WIB, dengan respon pasien bersedia dan tampak melakukan gerak aktif. Selanjutnya menganjurkan aktivitas secara bertahap pada pukul 09.20 WIB, respon pasien bersedia untuk belajar berjalan. Selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) Melakukan Teknik relaksasi nafas dalam pada pukul 09.23 WIB, pasien berespon nyerinya sedikit berkurang.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142), tanggal 14 februari 2025 yaitu, Mengganti balut luka post SC pada pukul 08.17 WIB luka pasien sudah tidak terlalu basah, tidak ada rembesan di balutan. Selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077) Mengkaji nyeri dengan komperhensif meliputi PQRST dengan respon pasien bersedia, terkadang nyeri sudah menghilang akan tetapi terkadang muncul dan hasil dari pengkajian yang dilakukan untuk

nyeri mendapatkan data Paliatif(P): Nyeri timbul apabila badan di gerakkan (kanan kiri), Kualitas(Q): Rasa nyeri seperti tertusuk – tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post operasi sectio caesarea, Skala: skala nyeri 3, Time: hilang timbul. Selanjutnya Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056) penulis melatih rentang gerak aktif pada pukul 08.40 WIB, dan pasien merespon bersedia dan sendinya sudah merasa tidak kaku dan hasil pasien melakukan rentang gerak aktif dan dapat bergerak bebas. Selanjutnya penulis mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan pada pukul 09.00 WIB pasien berespon paham. Selanjutnya Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (0142) penulis mengajarkan prosedur perawatan luka pada pukul 09.10 WIB dan pasien merespon paham. Selanjutnya penulis memberikan obat oral cefadroxil pada pukul 09.15 WIB hasilnya pasien meminum obat cefadroxil.

I. Evaluasi Keperawatan

1. Klien 1

Evaluasi merupakan tindakan mengukur respon pasien terhadap tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan demi kemajuan pasien. Diagnosa keperawatan pertama, Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan yaitu, Pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 14.00 WIB dilakukan evaluasi subyektif, pasien mengatakan lelah karena karena terlalu lama berbaring, sendi-sendi pasien kaku dan masih takut untuk bergerak, evaluasi obyektifnya pasien tampak lemah,

aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, sendi pasien tampak kaku. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 februari 2025 dengan diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan yang dilakukan pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu pasien mengatakan sendi sudah sedikit tidak kaku, pasien mengatakan bisa berjalan ke kamar mandi, dan evaluasi obyektifnya yaitu pasien tampak berlatih berjalan ke kamar mandi. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 14 februari 2025 dengan diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan yang dilakukan pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu pasien mengatakan sendinya sudah tidak kaku dan sudah bisa berjalan bebas dan evaluasi obyektifnya pasien tampak dapat bergerak bebas, aktivitas pasien sudah bisa dilakukan secara mandiri. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan teratasi dan penulis akan menghentikan intervensi.

Diagnosa keperawatan kedua, Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik yaitu pada tanggal 12 februari 2025 pukul 14.00 WIB dilakukan evaluasi Subyektif dimana pasien mengatakan nyeri, evaluasi subyektif pasien yaitu, Paliatif(P): Nyeri muncul apabila badan

digerakkan (miring kanan kiri), Kualitas(Q): Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala(S): 8, Time(T): Hilang timbul dan evaluasi obyektifnya, wajah pasien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah dan pasien tampak enggan untuk bergerak. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 februari 2025 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik yang dilakukan pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang, Paliatif(P): Nyeri dirasakan apabila badan digerakkan (miring kanan kiri), Kualitas(Q): Rasa nyeri seperti di tusuk – tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala: skala nyeri 6, Time: hilang timbul. Evaluasi obyektif pasien yaitu pasien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah dan pasien tampak enggan untuk bergerak. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik hanya teratasi sebagian dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. evaluasi pada tanggal 14 februari 2025 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu, Pasien mengatakan Nyeri sudah menghilang. evaluasi obyektif pasien selalu melakukan teknik tarik nafas dalam ketika nyeri timbul. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah

Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik teratasi dan penulis akan menghentikan intervensi.

Diagnosa keperawatan ketiga, yaitu Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer pada tanggal 12 februari 2025 pukul 14.00 WIB dilakukan evaluasi subyektif, pasien mengatakan terdapat kemerahan dibagian luka dengan evaluasi obyektif, luka post op SC 12 cm, terdapat kemerahan, luka tampak masih basah. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 februari 2025 dengan diagnosa Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi obyektif luka masih terdapat kemerahan, luka tampak masih basah. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi pada tanggal 14 februari 2025 dengan diagnosa Resiko Infeksi berhubungan dengan

Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu, pasien mengatakan perut sudah tidak terasa kencang, dan evaluasi obyektifnya kemerahan tampak memudar, tidak tampak ada rembesan. Maka dapat disimpulkan bahwa

masalah Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer teratasi dan penulis akan menghentikan intervensi.

2. Klien

Evaluasi merupakan tindakan mengukur respon pasien terhadap tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan demi kemajuan pasien. Diagnosa keperawatan pertama, Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu, Pada tanggal 12 februari 2025 pukul 14.00 WIB dilakukan evaluasi subyektif, pasien mengatakan lelah karena karena terlalu lama berbaring, sendi-sendi pasien kaku dan masih takut untuk bergerak, evaluasi obyektifnya pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, sendi pasien tampak kaku, pasien enggan untuk bergerak. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 februari 2025 dengan diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan yang dilakukan pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu pasien mengatakan sendi masih kaku, dan evaluasi obyektifnya yaitu pasien tampak berlatih berjalan. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 14 februari 2025 dengan diagnosa

Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan yang dilakukan pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu pasien mengatakan sendinya sudah tidak kaku, sudah berani bergerak bebas, sudah tidak merasa lelah, dan evaluasi obyektifnya pasien tampak dapat bergerak bebas, aktivitas pasien sudah bisa dilakukan secara mandiri. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan teratasi dan penulis akan menghentikan intervensi.

Diagnosa keperawatan kedua, Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik yaitu pada tanggal 12 februari 2025 pukul 14.00 WIB dilakukan evaluasi Subyektif dimana pasien mengatakan nyeri, evaluasi subyektif pasien yaitu, Paliatif(P): Nyeri muncul apabila badan digerakkan (miring kanan kiri), Kualitas(Q): Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala(S): 7, Time(T): Hilang timbul dan evaluasi obyektifnya, wajah pasien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah dan pasien tampak enggan untuk bergerak. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 februari 2025 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik yang dilakukan pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang, Paliatif(P): Nyeri dirasakan apabila badan

digerakkan (miring kanan kiri), Kualitas(Q): Rasa nyeri seperti di tusuk – tusuk, Region(R): Nyeri pada luka jahit post sectio caesarea, Skala: skala nyeri 6, Time: hilang timbul. Evaluasi obyektif pasien yaitu pasien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik hanya teratasi sebagian dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. evaluasi pada tanggal 14 februari 2025 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi subyektif yaitu, Pasien mengatakan Nyeri sudah menghilang. evaluasi obyektif pasien selalu melakukan teknik tarik nafas dalam ketika nyeri timbul. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik teratasi dan penulis akan menghentikan intervensi.

Diagnosa keperawatan ketiga, yaitu Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer pada tanggal 12 februari 2025 pukul 14.00 WIB evaluasi obyektifnya yaitu, luka post op SC 13 cm, tampak masih basah, terdapat rembesan. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 februari 2025 dengan diagnosa Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi obyektif, luka tampak

masih basah, terdapat rembesan sedikit. Maka dapat disimpulkan bahwa problem dari Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer belum teratasi dan penulis akan melakukan rencana tindak lanjut pada hari berikutnya.

Evaluasi pada tanggal 14 februari 2025 dengan diagnosa Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer pada pukul 14.00 WIB dengan hasil evaluasi obyektifnya tidak tampak ada rembesan, luka pasien sudah tidak basah. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer teratasi dan penulis akan menghentikan intervensi.

J. Pembahasan

Dalam bab ini akan membahas dan menganalisa kasus dari asuhan keperawatan yang dibuat yaitu Asuhan Keperawatan Pada Ny.A dan Ny.I dengan Post Sectio Caesarea Indikasi KPD di Ruang Mahmudah Mawardi Rumah Sakit Islam NU Demak. Pembahasan berdasarkan beberapa bagian dalam asuhan keperawatan, meliputi pengkajian, penegakkan diagnosa, dan penegakkan diagnosa yang seharusnya ada dalam asuhan keperawatan ini, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dalam menyusun asuhan keperawatan disusun dalam jangka waktu 3 shift dari mulai tanggal 12 sampai 14 Februari 2025. Dalam asuhan keperawatan ini ditegakkan satu prioritas diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas. Dan diagnosa tambahan yakni nyeri akut, dan resiko infeksi.

1. Pengkajian

Tahap awal dalam menyusun asuhan keperawatan adalah penyelidikan keperawatan. Identitas pasien, keluhan utama, dan riwayat penyakit adalah contoh informasi pasien yang dikumpulkan. Observasi dan wawancara dapat digunakan untuk melakukan penelitian. (Nasution Sari, 2020).

a. Klien 1

Berdasarkan data yang diperoleh pasien Ny.A Klien mengatakan kencang dan merasa nyeri dibagian luka post sectio caesarea dengan data Paliatif: nyeri muncul ketika badan di gerakkan miring kanan dan kiri, Kualitas: nyeri seperti ditusuk-tusuk , Region: merasakan nyeri dibagian luka jahit akibat tindakan sectio caesarea, Skala:8, Time: Hilang Timbul. Pasien juga mengatakan badannya terasa lemas, lelah dan kaku karena terlalu lama berbaring dan karena nyeri sehingga menyebabkan pasien enggan untuk bergerak. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah..Klien dari Poli Obsgyn, kemudian dilakukan tindakan SC pada tanggal 11 Februari 2025 pukul 08.00 WIB disertai hamil 38 minggu dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD).

Setelah dilakukannya operasi, tepatnya pada tanggal 12 Januari 2025 klien mengatakan badannya terasa lemas, lelah dan kaku karena terlalu lama berbaring dan karena nyeri sehingga menyebabkan pasien enggan untuk bergerak

Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan laboratorium klinis. Hasil pemeriksaan laboratorium didapati hasil normal dan kadar trombosit pun tidak keluar dari hasil normal.

Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada tanggal 12 Februari 2025 WIB pada Ny.A post SC disertai indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak. Sectio caesarea (SC) atau biasa disebut operasi sesar merupakan suatu persalinan yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi dengan mengeluarkan sang bayi melalui pembedahan (sayatan) pada perut atau abdomen.

Beberapa indikasi terhadap tindakan sectio caesarea (SC), salah satunya yakni disertai indikasi ketuban pecah dini (KPD). Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan kondisi di mana selaput ketuban yang pecah saat sebelum waktunya persalinan. Ketuban pecah dini terjadi ketika kehamilan belum berumur 37 pekan sehingga dinamakan ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Dalam kondisi wajar atau normal 8-10% wanita hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. Ketuban Pecah Dini merupakan masalah yang dapat menimbulkan peradangan pada ibu serta balita dan akan menambah rasa sakit dan kematian pada bunda dan balita (Jannah, 2019).

Pada saat pengkajian di dapat kan data umur kehamilan pasien 38 minggu tetapi pasien merasakan kencangkencang pada perutnya dan pasien mengeluarkan cairan sehingga harus dilakukan tindakan operasi sectio caesarea.

Masalah keperawatan pada Ny. A yang dapat ditegakan dari hasil data pengkajian dan analisa data tersebut ialah Intoleransi aktivitas, nyeri akut dan resiko infeksi.

b. Klien 2

Berdasarkan data yang diperoleh pasien Ny.I Klien mengatakan nyeri dibagian luka post sectio caesarea dengan data Paliatif: nyeri muncul ketika badan di gerakkan miring kanan dan kiri, Kualitas: nyeri seperti ditusuk-tusuk , Region: merasakan nyeri dibagian luka jahit akibat tindakan sectio caesarea, Skala: 7, Time: Hilang Timbul. Pasien juga mengatakan badannya terasa lemas, lelah dan kaku karena terlalu lama berbaring dan karena nyeri sehingga menyebabkan pasien enggan untuk bergerak. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah. Pasien mengatakan jahitan tengah pasien basah.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan laboratorium klinis. Hasil pemeriksaan laboratorium didapati hasil normal dan kadar trombosit pun tidak keluar dari hasil normal.

Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada tanggal 12 Februari 2025 WIB pada Ny.I post SC disertai indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Mahmudah Mawardi RSI NU Demak.

Section caesarea (SC) atau biasa disebut operasi sesar merupakan suatu persalinan yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi dengan mengeluarkan sang bayi melalui pembedahan (sayatan) pada perut atau abdomen.

Beberapa indikasi terhadap tindakan section caesarea (SC), salah satunya yakni disertai indikasi ketuban pecah dini (KPD). Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan kondisi di mana selaput ketuban yang pecah saat sebelum waktunya persalinan. Ketuban pecah dini terjadi ketika kehamilan belum berumur 37 pekan sehingga dinamakan ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Dalam kondisi wajar atau normal 8-10% wanita hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. Ketuban Pecah Dini merupakan masalah yang dapat menimbulkan peradangan pada ibu serta balita dan akan menambah rasa sakit dan kematian pada bunda dan balita (Jannah, 2019).

Pada saat pengkajian di dapat kan data umur kehamilan pasien 37 minggu 4 hari tetapi pasien mengeluarkan cairan sehingga harus dilakukan tindakan operasi section caesarea.

Masalah keperawatan pada Ny. I yang dapat ditegakkan dari hasil data pengkajian dan analisa data tersebut ialah Intoleransi aktivitas, nyeri akut dan resiko infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Klien 1

1) Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan (D.0056)

Ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan disebut intoleransi aktivitas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Penulis menegakkan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas sebagai kelemahan dalam asuhan keperawatan ini. Data penelitian digunakan untuk menentukan penyebab intoleransi aktivitas. Pasien mengatakan bahwa sendinya kaku sehingga dia tidak bisa bergerak karena merasa nyeri, dan keluarga membantunya dalam semua aktivitasnya. Penulis menyusun intervensi utama dalam keperawatan, yaitu latihan rentang gerak pasif atau aktif.

Tujuan intervensi yang dilakukan setelah dilakukan selama 3x8 jam yaitu bertujuan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil, kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun (SLKI PPNI, 2019).

Penulis menggunakan latihan rentang gerak pasif atau aktif untuk mempertahankan fungsi tubuh, mencegah kemunduran, dan mengembalikan rentang gerak aktivitas tertentu agar penderita dapat kembali normal, yaitu ROM (SIKI

PPNI, 2018). Salah satu terapi untuk mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentak gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal yang dapat dilakukan secara diajarkan dan mandiri yaitu latihan rentang gerak pasif dan aktif

Pergerakan maksimal yang dapat dilakukan pada sendi pasien di salah satu dari tiga bidang sagital, frontal, atau transversal dikenal sebagai ROM (Potter & Perry, 2020). Rom dibagi menjadi dua yaitu rom pasif dan rom aktif.

Pada contoh ini, penulis melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif pada satu hari. Klien diminta untuk melakukan ROM, dan penulis membantu pasien melakukan rentang gerak pasif.

Selama tiga hari pertemuan, dalam asuhan keperawatan ini, setelah implementasi intervensi utama, latihan rentang gerak pasif atau aktif dilakukan. Pada hari evaluasi pertama dan kedua, sendi pasien masih kaku dan pasien masih bergerak dengan bantuan keluarga. Namun, pada hari evaluasi ketiga, sendi pasien sudah tidak kaku lagi dan pasien sudah tidak enggan bergerak.

Tidak ada hambatan untuk melakukan asuhan keperawatan ini karena pasien kooperatif dan bersedia.

2) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik
(D.0077)

Nyeri adalah suatu perasaan emosional dan sensori yang dikaitkan dengan indikasi jaringan fungsional yang rusak pada tubuh. Keluhan muncul secara bertahap atau tiba-tiba, dengan tingkat ringan sampai berat, dan berlangsung dalam waktu kurang dari tiga bulan. Ada tiga jenis agen yang dapat menyebabkan nyeri akut: agen pencedera fisik, seperti abses, trauma, terbakar, amputasi, latihan fisik berlebihan, angkat berat, dan terpotong; agen pencedera kimiawi, seperti terkena bahan kimiawi dan terbakar; dan agen pencedera fisiologis, seperti iskemia, neoplasma, dan peradangan. ditandai dengan gejala yang lebih besar dan lebih kecil. Gejala mayor terdiri dari keluhan nyeri dan secara objektif menunjukkan sikap gelisah, kesulitan tidur, ekspresi wajah yang meringis, berusaha menghindari nyeri, dan peningkatan frekuensi nadi. Gejala minor terdiri dari peningkatan tekanan darah, perubahan nafsu makan, diaforesis (keringat berlebih), perubahan pola napas, gangguan atau kurangnya fokus pada diri sendiri, menarik diri, dan gangguan perilaku (Pokja Tim SDKI DPP **PPNI, 2017**).

Dalam asuhan keperawatan ini, penulis menegaskan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan adanya luka post op sectio

caesarea diperut. Penyebab agen pencedera fisik didapatkan dari data pengkajian. Pasien mengeluh saat bergerak maupun tidak nyeri terasa tajam, skala nyeri 8, dan nyeri dirasakan secara terus menerus sejak 12 Februari 2025. Dalam intervensi keperawatan, penulis menyusun intervensi yaitu manajemen nyeri. Tujuan intervensi yang dilakukan setelah dilakukan selama 3x8 jam yaitu bertujuan mengurangi, memperbaiki dan menghilangkan rasa nyeri dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, meringis cukup menurun, sikap protektif cukup menurun dan kesulitan tidur menurun (SLKI PPNI, 2019).

Dalam implementasi yang dilakukan penulis yaitu manajemen nyeri dengan memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi (SIKI PPNI, 2018). Salah satu terapi komplementer non farmakologis untuk mengurangi nyeri yang dapat dilakukan secara diajarkan dan mandiri yaitu relaksasi nafas dalam.

Kementrian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (2022) mendefinisikan teknik relaksasi nafas dalam adalah tindakan asuhan keperawatan, dimana perawat akan mengajarkan klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan cara untuk menghembuskan nafas secara perlahan.

Teknik relaksasi nafas dalam berfungsi untuk meningkatkan ventilasi paru juga sebagai oksigenasi darah. Nyeri yang timbul pada masa post partum dapat memicu adanya hiperventilasi, meningkatkan konsumsi oksigen, menimbulkan alkalosis respiratorik, vasokonstriksi pembuluh darah dalam uterus dan asidosis pada fetus . Hasil observasi yang dilakukan di PMB D (2019) di dapatkan 5 ibu bersalin, dan terdapat (20%) ibu bersalin dapat menahan rasa nyeri sedangkan sebanyak (80%) ibu tidak dapat menahan rasa nyeri sampai berteriak. Penelitian terdahulu didapati 5 ibu bersalin yang mengalami nyeri ada 3 (60%) ibu yang merasa nyaman setelah dilakukan relaksasi napas dalam (Safitri dkk, 2020).

Pada kasus ini penulis memberikan implementasi teknik relaksasi nafas dalam pada hari ke satu, dimana klien diminta untuk melakukan nafas dalam selama 2 menit dilakukan berulang dengan cara penulis memeragakan terlebih dahulu cara melakukan nafas dalam kemudian pasien mengikuti dan melakukan nafas dalam yang diajarkan penulis.

Penanganan tepat cepat tanggap serta adekuat pastinya sangat diperlukan bagi ibu yang menderita nyeri, bukan hanya mampu meredakan nyeri namun juga dapat meningkatkan mutu kehidupan. Oleh karena itu, manajemen nyeri sangat diperlukan (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, 2022) Teknik relaksasi nafas dalam jika dilakukan dengan rutin dan berulang

serta didampingi pendekatan religious dapat merangsang rasa nyaman, hingga pada akhirnya akan meningkatkan toleransi persepsi dalam menurunkan rasa nyeri yang dialami. Toleransi terhadap nyeri sangatlah penting bagi setiap orang (Sunarno, 2021).

Dalam asuhan keperawatan ini, setelah dilakukan implementasi dengan intervensi manajemen nyeri menggunakan rencana tindakan terapeutiknya yaitu penggunaan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam selama 3 hari pertemuan. Pada evaluasi hari kedua skala nyeri pasien berkurang dari skala nyeri 8 menjadi skala nyeri 6 dan di hari terakhir dari skala 6 menjadi skala 2. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga, tidak ada kendala dalam pemberian tindakan keperawatan.

- 3) Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (0142).

Risiko Infeksi ialah keadaan atau situasi yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Dalam asuhan keperawatan ini, penulis menegakkan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. Penyebab resiko infeksi didapatkan dari data pengkajian, terdapat kemerahan pada area luka, luka masih tampak basah. Dalam intervensi keperawatan, penulis menyusun intervensi yaitu

perawatan luka. Tujuan intervensi yang dilakukan setelah dilakukan selama 3x8 jam yaitu bertujuan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil, nyeri menurun, gangguan kognitif menurun, nafsu makan membaik (SLKI PPNI, 2019).

Dalam implementasi yang dilakukan penulis yaitu perawatan luka untuk mempercepat penyembuhan, dan mencegah komplikasi (SIKI PPNI, 2018). Salah satu perawatan luka untuk mempercepat penyembuhan, dan mencegah komplikasi yang dapat dilakukan secara diajarkan.

Perawatan luka adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk merawat luka supaya mencegah terjadinya trauma pada kulit, membran mukosa, dan jaringan lain yang disebabkan oleh adanya trauma, fraktur, luka operasi yang dapat merusak permukaan kulit. Serangkaian kegiatan tersebut meliputi pembersihan luka, mengganti balutan, memasang balutan, pengisian luka, memfiksasi balutan, tindakan pemberian rasa nyaman yang meliputi membersihkan kulit pada daerah drainase, irigasi luka, pembuangan drainase, dan pemasangan perban (Menurut Bryant (2007)).

Pada kasus ini penulis memberikan implementasi perawatan luka pada hari ke dua, dimana penulis membantu pasien untuk melakukan perawatan luka.

Dalam asuhan keperawatan ini, setelah dilakukan implementasi dengan intervensi perawatan luka, selama 3 hari pertemuan. Pada evaluasi hari pertama dan kedua luka pasien masih terdapat kemerahan dan basah, dan di hari terakhir kemerahan di luka pasien sudah memudar dan tidak basah. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga, tidak ada kendala dalam pemberian tindakan keperawatan.

b. Klien 2

1) Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan (D.0056)

Intoleransi aktivitas didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Dalam asuhan keperawatan ini, penulis menegakkan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Penyebab intoleransi aktivitas didapatkan dari data pengkajian. Pasien mengeluh dan seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga. Dalam intervensi keperawatan, penulis menyusun intervensi utama yaitu latihan rentang gerak pasif atau aktif. Tujuan intervensi yang dilakukan setelah dilakukan

selama 3x8 jam yaitu bertujuan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasi, kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun menurun (SLKI PPNI, 2019).

Dalam implementasi yang dilakukan penulis yaitu latihan rentang gerak pasif atau aktif untuk mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentak gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal yaitu ROM (SIKI PPNI, 2018). Salah satu terapi untuk mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentak gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal yang dapat dilakukan secara diajarkan dan mandiri yaitu latihan rentang gerak pasif dan aktif

ROM adalah pergerakan maksimum yang dapat dilakukan pada sendi pasien, disalah satu dari tiga bidang yaitu sagital, frontal dan transversal (Potter & Perry, 2010). Rom dibagi menjadi dua yaitu rom pasif dan rom aktif.

Pada kasus ini penulis memberikan implementasi latihan rentang gerak pasif dan aktif pada hari ke satu, dimana klien diminta untuk melakukan ROM dengan cara penulis membantu pasien untuk melakukan rentang gerak pasif.

Dalam asuhan keperawatan ini, setelah dilakukan implementasi dengan intervensi utama latihan rentang gerak pasif atau aktif, selama 3 hari pertemuan. Pada evaluasi hari pertama dan kedua sendi pasien masih kaku-kaku dan aktivitas pasien masih dibantu dengan keluarga, dan di hari terakhir sendi pasien sudah tidak kaku, pasien sudah tidak enggan dalam bergerak. Dalam melakukan asuhan

keperawatan ini, pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga, tidak ada kendala dalam pemberian tindakan keperawatan.

2) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)

Nyeri adalah suatu perasaan menyangkut emosional dan sensori, berhubungan dengan adanya indikasi jaringan fungsional yang rusak pada tubuh, didampangi waktu munculnya keluhan secara lambat atau tiba-tiba, dengan tingkatan ringan sampai berat yang berlangsung dalam waktu kurang dari 3 bulan. Penyebab nyeri akut dapat disebabkan oleh 3 agen yaitu agen pencedera fisik contohnya prosedur operasi, abses, trauma, terbakar, amputasi, latihan fisik berlebihan, akibat mengangkat berat dan terpotong, agen pencedera kimiawi misalnya akibat terkena bahan kimiawi dan terbakar, dan agen pencedera fisiologis contohnya iskemia, neoplasma dan

inflamasi. Ditandai dengan gejala mayor dan minor. Gejala mayor secara subjektif terdapat keluhan nyeri. Secara objektif menunjukkan sikap gelisah, kesulitan tidur, ekspresi wajah meringis, bersikap menghindari nyeri dan peningkatan frekuensi nadi. Dalam gejala minor dengan data objektif yaitu peningkatan tekanan darah, perubahan nafsu makan, diaforesis (keringat berlebih), perubahan pola napas, terganggunya proses berpikir atau kurang fokus, fokus pada diri sendiri dan menarik diri (Pokja Tim SDKI DPP PPNI, 2017).

Dalam asuhan keperawatan ini, penulis menegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan adanya luka post op sectio caesarea diperut. Penyebab agen pencedera fisik didapatkan dari data pengkajian. Pasien mengeluh saat bergerak maupun tidak nyeri terasa tajam, skala nyeri 7, dan nyeri dirasakan secara terus menerus sejak 11 Februari 2025. Dalam intervensi keperawatan, penulis menyusun intervensi yaitu manajemen nyeri. Tujuan intervensi yang dilakukan setelah dilakukan selama 3x8 jam yaitu bertujuan mengurangi, memperbaiki dan menghilangkan rasa nyeri dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, meringis cukup menurun, sikap protektif cukup menurun dan kesulitan tidur menurun (SLKI PPNI, 2019).

Dalam implementasi yang dilakukan penulis yaitu manajemen nyeri dengan memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi (SIKI PPNI, 2018). Salah satu terapi komplementer non farmakologis untuk mengurangi nyeri yang dapat dilakukan secara diajarkan dan mandiri yaitu relaksasi nafas dalam.

Kementrian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (2022) mendefinisikan teknik relaksasi nafas dalam adalah tindakan asuan keperawatan, dimana perawat akan mengajarkan klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan cara untuk menghembuskan nafas secara perlahan.

Teknik relaksasi nafas dalam berfungsi untuk meningkatkan ventilasi paru juga sebagai oksigenasi darah. Nyeri yang timbul pada masa post partum dapat memicu adanya hiperventilasi, meningkatkan konsumsi oksigen, menimbulkan alkalosis respiratorik, vasokonstriksi pembuluh darah dalam uterus dan asidosis pada fetus . Hasil observasi yang dilakukan di PMB D (2019) di dapatkan 5 ibu bersalin, dan terdapat (20%) ibu bersalin dapat menahan rasa nyeri sedangkan sebanyak (80%) ibu tidak dapat menahan rasa nyeri sampai berteriak. Penelitian terdahulu didapati 5 ibu bersalin yang mengalami nyeri ada 3 (60%) ibu yang merasa nyaman setelah dilakukan relaksasi napas dalam (Safitri dkk, 2020).

Pada kasus ini penulis memberikan implementasi teknik relaksasi nafas dalam pada hari ke satu, dimana klien diminta untuk melakukan nafas dalam selama 2 menit dilakukan berulang dengan cara penulis memeragakan terlebih dahulu cara melakukan nafas dalam kemudian pasien mengikuti dan melakukan nafas dalam yang diajarkan penulis.

Penanganan tepat cepat tanggap serta adekuat pastinya sangat diperlukan bagi ibu yang menderita nyeri, bukan hanya mampu meredakan nyeri namun juga dapat

Meningkatkan mutu kehidupan. Oleh karena itu, manajemen nyeri sangat diperlukan (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, 2022) Teknik relaksasi nafas dalam jika dilakukan dengan rutin dan berulang serta didampingi pendekatan religious dapat merangsang rasa nyaman, hingga pada akhirnya akan meningkatkan toleransi persepsi dalam menurunkan rasa nyeri yang dialami. Toleransi terhadap nyeri sangatlah penting bagi setiap orang (Sunarno, 2021).

Dalam asuhan keperawatan ini, setelah dilakukan implementasi dengan intervensi manajemen nyeri menggunakan rencana tindakan terapeutiknya yaitu penggunaan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam selama 3 hari pertemuan. Pada evaluasi hari kedua skala nyeri pasien berkurang dari skala nyeri 7 menjadi skala nyeri 6 dan di hari terakhir dari skala 6

menjadi skala 3. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga, tidak ada kendala dalam pemberian tindakan keperawatan.

3) **Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (0142).**

Risiko Infeksi ialah keadaan atau situasi yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Dalam asuhan keperawatan ini, penulis menegakkan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. Penyebab resiko infeksi didapatkan dari data pengkajian, terdapat kemerahan pada area luka, luka masih tampak basah. Dalam intervensi keperawatan, penulis menyusun intervensi yaitu perawatan luka. Tujuan intervensi yang dilakukan setelah dilakukan selama 3x8 jam yaitu bertujuan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil, nyeri menurun, gangguan kognitif menurun, nafsu makan membaik (SLKI PPNI, 2019). Dalam implementasi yang dilakukan penulis yaitu perawatan luka untuk mempercepat penyembuhan, dan mencegah komplikasi (SIKI PPNI, 2018). Salah satu perawatan luka untuk mempercepat penyembuhan, dan mencegah komplikasi yang dapat dilakukan secara diajarkan. Perawatan luka adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk merawat luka supaya mencegah terjadinya

trauma pada kulit, membran mukosa, dan jaringan lain yang disebabkan oleh adanya trauma, fraktur, luka operasi yang dapat merusak permukaan kulit. Serangkaian kegiatan tersebut meliputi pembersihan luka, mengganti balutan, memasang balutan, pengisian luka, memfiksasi balutan, tindakan pemberian rasa nyaman yang meliputi membersihkan kulit pada daerah drainase, irigasi luka, pembuangan drainase, dan pemasangan perban (Menurut Bryant (2007).

Pada kasus ini penulis memberikan implementasi perawatan luka pada hari ke dua, dimana penulis membantu pasien untuk melakukan perawatan luka.

Dalam asuhan keperawatan ini, setelah dilakukan implementasi dengan intervensi perawatan luka, selama 3 hari pertemuan. Pada evaluasi hari pertama dan kedua luka pasien masih terdapat kemerahan dan basah, dan di hari terakhir kemerahan di luka pasien sudah memudar dan tidak basah. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga, tidak ada kendala dalam pemberian tindakan keperawatan.

K. Keterbatasan

Studi kasus terkait pemberian terapi latihan rentang gerak pasif dan aktif di RSI NU Demak yang dilakukan selama 3 hari mengalami beberapa keterbatasan saat melakukan studi kasus, yaitu sebagai berikut:

1. Saat melakukan pelaksanaan implementasi di RSI NU Demak. Keterbatasannya yaitu waktu karena waktu penelitiannya sangat singkat.
2. Keterbatasan komunikasi dengan tenaga kesehatan RSI NU Demak karena pasien yang ada di rumah sakit sangatlah banyak sehingga ketika kita mahasiswa yang sedang melakukan penelitian bertanya, terkadang tidak dijawab.
3. Setelah dikaji lebih dalam, seharusnya penulis mengganti diagnosa intoleransi aktivitas menjadi gangguan mobilitas fisik. Intoleransi Aktivitas lebih tepat pada pasien dengan heart failure atau di sebut juga gagal jantung yang disebabkan Jumlah darah yang tersisa pada ventrikel kiri pada akhir diastolik meningkat karena jantung tidak dapat mempertahankan sirkulasi yang cukup. Kapasitas ventrikel untuk menerima darah dari atrium kiri berkurang sebagai akibat dari peningkatan darah residual ini. Agar atrium kiri tidak dapat menerima semua darah yang masuk dari vena pulmonalis, atrium kiri harus bekerja lebih keras untuk mengejeksi, berdilatasi, dan membesar. Akibatnya, atrium kiri mengalami tekanan yang lebih tinggi, menyebabkan edema paru. Ini akan menyebabkan gagal ventrikel kiri. Klien mungkin lemas, lesu, dan mengalami masalah beraktivitas, atau intoleransi aktivitas, karena jaringan mengalami hipoksia dan pembuangan sampah metabolik yang lebih lambat. Dari penjelasan diatas, dapat di simpulkan bahwa diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik lebih tepat (Sand Failure, 2022).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Perawatan kesehatan ibu diberikan dari 12–14 Februari 2025. Penulis dapat mengambil kesimpulan dari kasus penerapan asuhan keperawatan pada Ny. A G3P2A1 Post Section Caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini dan Ny. I G1P2A0 Post Section Caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini. Mereka juga dapat membuat saran yang dapat membantu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, termasuk pengkajian, analisa data, diagnose, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Rekam medis pasien juga dapat ditemukan di mana proses keperawatan yang dilakukan untuk mengumpulkan data subjektif dan objektif serta tinjauan riwayat pasien dan keluarga mereka. Proses ini dilakukan untuk mengumpulkan data dan informasi tentang kondisi pasien untuk menangani masalah kesehatan.

2. Analisa Data

Analisa yang dihasilkan untuk mendukung diagnosa keperawatan. Hasil penelitian yang dikumpulkan untuk membuat kesimpulan tentang masalah keperawatan.

3. Diagnosa Keperawatan

Tiga diagnosa keperawatan diberikan kepada pasien Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini. Intoleransi aktivitas

dikaitkan dengan kelemahan, nyeri akut dikaitkan dengan agen pencederakan fisik, dan risiko infeksi dikaitkan dengan ketidakcukupan pertahanan tubuh primer.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dihasilkan dari tinjauan kasus dan tinjauan literatur sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil SIKI dan SLKI.

5. Implementasi

Selama tiga hari, implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Namun, keterbatasan waktu yang ditetapkan oleh penulis menghalangi pelaksanaan asuhan keperawatan.

6. Evaluasi

Evaluasi digunakan sesuai dengan catatan perkembangan SOAP. Masalah intoleransi aktivitas, nyeri akut, dan risiko infeksi telah ditangani.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

Karya Tulis Ilmiah dapat menjadi bahan referensi bagi institusi Pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien post section caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini. Saran untuk adek tingkat kalau mengambil kasus yang sama harus lebih didalami lagi dan dipelajari untuk menentukan diagnosa pasien .

2. Institusi Keperawatan

Penulis menyarankan dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk dijadikan sebagai bahan pembelajaran dasar ilmiah praktik keperawatan guna keefektifan intervensi dan asuhan keperawatan yang sesuai dengan SOP serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan tim kesehatan lain dalam pemberian asuhan keperawatan.

3. Bagi Masyarakat

Penulisan diharapkan masyarakat dapat mengenal dan mengatasi masalah keperawatan yang dihadapi dan meningkatkan kesehatan bagi masyarakat



DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, S. R. 1. 2020. "Literature Review: Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasisection Caesarea Yang Mengalami Nyeri Denganpenerapan Biologic Nurturing Baby Led Feedingdi Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2020"
- Amin. Dewita Rahmatul. 2024. "Efektifitas Konsumsi Telur Ayam Rebus Dan Tablet Fe Terhadap Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Anemia Di Klinik I Bekasi Tahun 2023 Effectiveness Of Consumption Of Bolled Chicken Eggs And Fe Tablets On Hemoglobin Levels in Anemia Pregnant Women At Clinic 12(1)
- Berman, Audrey, Shirlee Snyder, And G. Frandsen 2016. "Kozier & Erb's Fundamentals Of Nursing Concepts" *Process. And Practice*
- Bismar. Muhammad. 2020 "Langkah Langkah Merumuskan Rencana Asuhan Keperawatan.
- Heryani, Rent, And Ardeany Denny 2020 "Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Sectio Cacsana *Juraal Ipteks Terapan* 1111) 109 Dot. 10.22216/Jr 2017 V1111 661
- Idai. 2020 Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Kasus Post Operasi Secrio Caesarea Terharap Ny B. De Ruang Kebidanan Rsu Handayani Kota Bumi Lampang Utara Tanggal 20-22 Maret 2023 *Journal Of Chemical information And Modeling* 53(9) 1660
- Jaya, Herawati, Maliha Amin, Sumitro Adi Putro, And Zannati Zannati 2023. "Mobilisasi Dini Pasien Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik." *Jkm Jurnal Keperawatan Merdeka* 3(1):21-27. Dol: 10.36086/Jkm.V311.1563
- Kurnia, Dian, Widya Mariyana, And Mudy Oktiningrum. 2024 "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Proses Penyembuhan Luka Post Sc Di Rumah Sakit Permata Medika Kota Semarang" *Jurnal Ilmu Kesehatan Umum* 2(1):1-9
- Lara 2022 "Penerapan Teknik Mobilisasi Dini 5-200318.5.2017(78
- Martowirjo, L. A 2020 "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Nifas Rsu Dewi Sartika Kediri *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*

- Napisah, Pipih 2022. "Intervensi Untuk Menurunkan Nyeri Post Sectio Caesarea
Healthy Jurnal Inovasi Riser limo Kesehatan 1(2) 92-100 Doi
10.51878/Healthy V112 1113
- Ni Putu Eka Artam. 2020 Gambar Kaka *Range Of Motion*
- Novama Inggie. Angelica Novianti, Agnes Rekawati Zera Nepratiwi, And Reagan Darmawan, 2023 "Asuhan Keperawatan Anak Pasca Operasi Section Caesarea" *Jurnal ners* 70) 338-42
- Nurfiirt Azizab, Rin 2021 rektivitas Pemberian Telur Rebus Dan Ekstrak Ikan Gabus Terhadap Penyembuhan Perangan Luka Post Sortio Caesarea Di Rsud Sumbawa *Ejournal. Ummuba Ac.Id* 17): 46-52
- Patandung. Vina P. Mareyke YI Sepang, Kansia A. Terok, Stikes Gunung Maria Tomohon JI Florence, Lingkungan VII. Kel Kolongan. Kecamatan Tomohon Tengah, And Kota Tomohon 2023. "Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Sectio Caesarea Dengan Gangguan Mobilitas Fisik A Literature Review. *Journal Watson Journal Of Nursing* 2(1):49
- Putra, Suntama, M. Syahrani Jallani, And Faisal Hakim Nasution 2023 "Penerapan Prinsip Dasar Etika Penelitian Ilmiah *Jurnal Pendidikan Tambusai* 7(3):27876-81
- Ratih, Kartika Dewi, Di Rsud, H. Badaruddin Kasim. Tanjung Ratih, Elvine Ivana Kabuhung. And Nurul Hidayah 2024 "Hubungan Kadar Hb. Perawatan Luka Dan Dm Terhadap Kejadian Infeksi Luka Operasi (lo) Pada Pasien Pust Se2(11:164-82
- Revision, Final And Available Online 2023, "Mobiloasi Dini. Involusi Uteri Sectio Carsaria, Nifas C
- Roro Brilland Chrisonjayanti Raden, Tri Prabowo, And Harmilah. 2021 "Effectiveness Of Femoralis Warm Compress And Passive Towards The Achievement Of Bromage Score 2 Ca-Cesarean Section At Pka Muhanimadiyah *nethesda Nursing Journal* 11) 24-31
- SolekHUDIN. Arif Jamal, Anim Raudotul Ma And Tm Utaesi, 2022 "Asuhan Keperawatan Gangguza M Гла Pada Pav Pos Sectio Caesarea *Jouarnal Of Management Narsing* 2117 117-83 0 103801JV214.79
- Sugianto, Putri Mita, Anjar Nurrohmah. And Alfida Putri Hapsari. 2023. "Penerapan Teknik Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Rsud Dr. Moewardi Surakarta Anjar Nurrohmah" *Jurnal Medika Nusantara* 1(2):252-63

- Suryanti, Yull, Vera Yuanita, Fyzria Qudratullah, And Sri Emilda. 2023 "Mobilisasi Dini Untuk Penyembuhan Luka Post Operasi Sectio Caesaera (Studi Literatur) *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan* 14(27):170-75
- Tim Pokja, Sdki 2020. "Dpp Ppni (2018)" *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia 1*
- Wahyu Hidayah, Fert, Fian Fatma Nurfadilah, And Rahmaya Nova Hadayani 2022 "Implementasi Range Of Motin (Rom) Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (Snh) Dengan Masalah *Gangguan Aktivitas Dan Istirahat Jurnal Ilmiah Multidisiplin* 1(8) 2355-61
- Widyawati Elisa 2020. "Pelaksanaan Proses Diagnosa Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan, *J Majority* 4(1) 1689-99
- Wijaya, Leni, 2021 "Hubungan Motivasi Perawat Deogan Kelengkapan Dokumentasi Pengkajian Keperawatan "11(22)127 11125-127-36
- Yoon, Caral 2020 Pengaruh Mobilisasi *Ministry Of Health Of The Republic Of*

