

## BAB 2

### GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### 1.1 Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama

##### 1.1.1 Pengkajian

###### 1. Identitas Pasien

**Tabel 2.1 Identitas Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2 Klien pembanding	Klien 3 Klien pembanding
Tanggal MRS	15-11-2022 pukul 17:30 wib	22 Maret 2022	22 Maret 2022
Ruang	Gayatri		
No.RM	22113xxx	4172xxx	25112xxx
Diagnose medis	Post sc	Post sc	Post sc
Tanggal pengkajian	16-11-2022 pukul 09:40 wib	Klien pembanding	Klien pembanding
Nama	Ny.T	Ny. J	Ny. E
Umur	29 tahun	23 tahun	25 tahun
Suku/bangsa	Jawa/indonsia	Jawa/ inonesia	Jawa/ Indonesia
Bahasa	Jawa	Jawa/Indonesia	Jawa/indonesi
Pekerjaan	IRT	Swasta	IRT
Status	Kawin	Kawin	Kawin
Alamat	Sooko	Kabayan Kopo	Lontar Tirtayasa
Nama suami	Tn.A	Tn. F	Tn.D
Pekerjaan	Karyawan idustri pt	Swasta	Swasta
Alamat	Sooko		

###### 2. Status Kesehatan

**Tabel 2.2 Status Kesehatan Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

Pengkajian	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Keluhan utama	Keadaan umum klien post operasi dalam kondisi lemah, belum bisa menggerakkan ekstremitas bawah karena masih dalam pengaruh anestesi serta kondisi klien tirah baring. Setelah 6 jam post operasi klien merasakan nyeri di bagian abdomen area luka operasi, nyeri	Px mengatakan nyeri pada luka operasi dan sakit apa bila bergerak	Klien mengeluh tidak mampu melakukan pergerakan bebas

	seperti ditusuk – tusuk, nyeri saat bergerak, dengan		
Riwayat penyakit sekarang	<p>Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah yang terdapat luka post operasi terbungkus obsite yang bersih dan kering, nyeri saat bergerak, sulit melakukan pergerakan terutama dibagian kaki dan perut, klien mengatakan badannya terasa lemas, serta klien tampak meringis</p> <p>P : Nyeri timbul saat bergerak  Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk  R : Nyeri pada luka post operasi SC sampai ke daerah pusat  S : Skala nyeri 6  T : Nyeri dirasakan hilang timbul dan saat bergerak</p>	<p>Klien mengatakan ini merupakan kehamilan pertama, klien tidak menderita penyakit menular dan tidak ada alergi, masalah kehamilan klien mengatakan mengalami mual, muntah, pusing dan nafsu makan menurun pada trimester I dan sering BAK pada trimester III</p>	<p>klien mengeluh tidak mampu bergerak bebas karena terasa nyeri pada luka operasi. nyeri yang dirasakan menjalar ke punggung nyeri bertambah jika banyak pergerakan dan nyeri berkurang jika beristirahat</p>
Riwayat penyakit dahulu	<p>DS : Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit diabetes, hipertensi, asma, maupun penyakit menular sebelumnya</p> <p>DO : Dari data rekam medik dan informasi klien</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit diabetes, hipertensi, asma, maupun penyakit menular sebelumnya</p> <p>DO : Dari data rekam medik dan informasi klien</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit diabetes, hipertensi, asma, maupun penyakit menular sebelumnya</p> <p>DO : Dari data rekam medik dan informasi klien</p>
Riwayat persalinan yang lalu	<p><b>Anak 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lahir: 2018</li> <li>- Hamil: Aterm</li> <li>- Cara lahir: SC</li> <li>- Jenis kelamin : Perempuan</li> <li>- Keadaan anak sekarang: hidup</li> <li>- BB/PB: 3100/49</li> </ul>	<p>Kehamilan pertama kali  Anak pertama  Lahir 2022</p>	<p>Persalinan pertama kali</p>
Riwayat penyakit keluarga	<p>DS : Klien mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti yang dikeluhkan klien sekarang.</p> <p>DO: Dari data rekam medik dan informasi klien</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti yang dikeluhkan klien sekarang.</p> <p>DO: Dari data rekam medik dan informasi klien</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti yang dikeluhkan klien sekarang.</p> <p>DO: Dari data rekam medik dan informasi klien</p>
<b>Riwayat Obstetri</b>			
Riwayat menstruasi	<p>Klien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun, lama haid 7</p>	<p>DS : Klien mengatakan haid pertama pada usia</p>	<p>DS : Klien mengatakan haid</p>

	hari, teratur, dengan siklus haid 30 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali, keluhan saat haid nyeri perut	12 tahun, lama haid 4-6 hari, teratur, dengan siklus haid 28 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali, keluhan saat haid nyeri perut	pertama pada usia 12 tahun, lama haid 7 hari, teratur, dengan siklus haid 28 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali, tidak da keluhan
Riwayat perkawinan	Klien mengatakan sudah menikah sejak usia 25 tahun, saat ini pernikahan pertama	Klien mengatakan sudah menikah, saat ini pernikahan pertama	Klien mengatakan sudah menikah selama 7 bulan, saat ini pernikahan pertama
Riwayat KB	Klien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi sunik 1 bulan sebelumnya	Klien mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi atau KB	Klien mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi atau KB

### 3. Pengkajian 11 Pola Gordon

**Tabel 2. 3 Pengkajian 11 Pola Gordon Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

Pola	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Presepsi Kesehatan	Klien mengatakan apabila klien sakit, klien membeli obat dulu di apotek, jika tidak sembuh maka klien akan pergi ke Puskesmas atau Klinik	Klien mengatakan apabila klien sakit, klien langsung dibawa ke dokter atau Puskesmas oleh keluarganya	Klien mengatakan apabila klien sakit, klien langsung dibawa ke dokter atau ke rumah sakit terdekat oleh keluarganya
Nutrisi metabolik	Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya klien makan 3x sehari, porsi sedang, dengan menu nasi, sayuran, dan lauk pauk. Minum ± 8 gelas air putih/ hari, dan minuman bersoda 1 botol.  Selama hamil: 52x/hari 2-3 sendok makan nasi, sayuran, dan lauk pauk, buah setiap hari. Minum 8 gelas air putih/hari, dan 2 gelas susu pada pagi dan sore hari. Hari ini belum makan	- Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya klien makan 3x sehari, porsi sedang, dengan menu nasi, sayuran, dan lauk pauk. Minum ±7 gelas air putih/ hari  - Selama hamil: 3x/hari, porsi kecil dengan menu nasi, sayuran, dan lauk pauk. Minum 7 gelas air putih/hari, dan 1 gelas susu pada pagi hari. Hari ini makan 4 sendok nasi, sayur lauk	Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya klien makan 3x sehari, porsi sedang, dengan menu nasi, sayuran, dan lauk pauk. Minum 8 gelas air putih/ hari, dan biasanya 2 gelas air teh pada pagi dan sore hari.  Selama hamil : 2x/hari 3 sendok nasi, sayuran, dan lauk pauk. Minum 6 gelas air putih/hari, dan 1 gelas susu pada malam hari. Hari ini belum makan nasi sama sekali, perut terasa tidak nyaman, hanya makan buah
Istirahat tidur	Sebelum hamil : klien mengatakan tidak pernah tidur siang, tidur malam kurang lebih 8-9 jam/hari, tidur dengan nyenyak.	Sebelum hamil : klien mengatakan tidak pernah tidur siang, tidur malam kurang lebih 8-9 jam/hari, tidur dengan nyenyak. Selama hamil: klien mengatakan tidur siang	Sebelum hamil : klien mengatakan tidak pernah tidur siang, tidur malam kurang lebih 8 jam/hari, tidur dengan nyenyak.

	Selama hamil: klien mengatakan tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 6-7 jam/hari, kadang terbangun karena ada rasa ingin muntah	kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 6-7 jam/hari, kadang terbangun karena ada rasa ingin Muntah	Selama hamil: klien mengatakan tidur siang kurang lebih 2 jam, tidur malam kurang lebih 6 jam/hari, kadang terbangun karena ada rasa ingin muntah
Aktivitas dan Latihan	Sebelum hamil: klien mengatakan dapat beraktivitas normal seperti memasak, mencuci, menyapu serta mengerjakan pekerjaan rumah lainnya.  Selama hamil: klien mengatakan aktivitas rumah tangganya dibantu oleh suaminya	Sebelum hamil: klien mengatakan dapat beraktivitas normal seperti memasak, mencuci, menyapu serta mengerjakan pekerjaan rumah lainnya.  Selama hamil: klien mengatakan aktivitas rumah tangganya dibantu oleh suaminya	Sebelum hamil: klien mengatakan dapat beraktivitas normal seperti memasak, mencuci, menyapu serta mengerjakan pekerjaan rumah lainnya.  Selama hamil: klien mengatakan aktivitas rumah tangganya dibantu oleh suaminya
Eliminasi	Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces dan BAK 5-6x/hari dengan konsistensi cair, warna kuning jernih serta tidak ada keluhan apapun.  Selama hamil: klien mengatakan BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning dengan bau khas feces dan BAK 7x/hari dengan konsistensi cair, warna kuning jernih serta tidak ada keluhan apapun	Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces dan BAK 5-6x/hari dengan konsistensi cair, warna kuning jernih serta tidak ada keluhan apapun.  Selama hamil: klien mengatakan BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning dengan bau khas feces dan BAK 7x/hari dengan konsistensi cair, warna kuning jernih serta tidak ada keluhan apapun	Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces dan BAK 4-5x/hari dengan konsistensi cair, warna kuning jernih serta tidak ada keluhan apapun.  Selama hamil: klien mengatakan BAB 2x/hari dengan konsistensi agak keras, warna kuning dengan bau khas feces dan BAK 8x/hari dengan konsistensi cair, warna kuning jernih serta tidak ada keluhan apapun
Kognitif	Klien tidak mengalami gangguan kognitif, klien mengingat dengan baik	Klien tidak mengalami gangguan kognitif, klien mengingat dengan baik	Klien tidak mengalami gangguan kognitif, klien mengingat dengan baik
Konsep diri	Klien mampu mengenali diri sendiri, suami dan keluarganya, klien mengatakan ingin cepat sembuh supaya bisa beraktivitas seperti biasanya	Klien mampu mengenali diri sendiri, suami dan keluarganya, klien mengatakan ingin cepat sembuh supaya bisa beraktivitas seperti biasanya	Klien mampu mengenali diri sendiri, suami dan keluarganya, klien mengatakan ingin cepat sembuh supaya bisa beraktivitas seperti biasanya
Koping	Klien mengatakan jika ada masalah selalu bercerita kepada suami dan keluarganya	Klien mengatakan jika ada masalah selalu bercerita kepada suami dan keluarganya	Klien mengatakan jika ada masalah selalu bercerita kepada suami dan keluarganya
Peran-hubungan	Ibu melaksanakan perannya sebagai ibu untuk anaknya dan istri untuk suaminya, hubungannya baik dengan keluarga dan orang lain	Ibu melaksanakan perannya sebagai ibu untuk anaknya dan istri untuk suaminya, hubungannya baik dengan keluarga dan orang lain	Ibu melaksanakan perannya sebagai ibu untuk anaknya dan istri untuk suaminya, hubungannya baik dengan keluarga dan orang lain

Reproduksi seksualitas	Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya melakukan hubungan suami istri 2x seminggu.  Selama hamil: klien mengatakan tidak pernah melakukan hubungan suami istri karena keadaan badanya yang terasa lemas	Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya melakukan hubungan suami istri 3x seminggu.  Selama hamil: klien mengatakan melakukan hubungan suami istri ±5 hari sekali	Sebelum hamil: klien mengatakan biasanya melakukan hubungan suami istri 3x seminggu.  Selama hamil: klien mengatakan melakukan hubungan suami istri 1x seminggu karena keadaan badanya yang terasa lemas
Nilai keyakinan	Klien mengatakan beragama Islam dan rajin beribadah selama sakit klien tetap melaksanakan ibadah sholat seperti biasanya	Klien mengatakan beragama Islam dan rajin beribadah selama sakit klien tetap melaksanakan ibadah sholat seperti biasanya	Klien mengatakan beragama Islam dan rajin beribadah selama sakit klien tetap melaksanakan ibadah sholat seperti biasanya

#### 4. Pemeriksaan Fisik

**Tabel 2. 4 Pemeriksaan Fisik Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Tinggi badan	160 cm	155cm	151cm
Berata badan	63kg	60kg	60kg
Bb sebelum hamil	58kg	67kg	54kg
LILA	29 cm	27cm	26cm
Keadaan umum	Cukup	cukup	cukup
TTV	TD : 110/70 mmHg N : 89x/menit RR : 20x/menit S : 36,6 <sup>0</sup> C SpO <sub>2</sub> : 99%	TD : 100/60 mmHg N : 92x/menit RR : 22x/menit S : 36,7 <sup>0</sup> C SpO <sub>2</sub> : 98%	TD : 120/80 mmHg N : 90x/menit RR : 20x/menit S : 36,5 <sup>0</sup> C SpO <sub>2</sub> : 100%
Rambut	Bersih, Warna rambut hitam , Tidak ada lesi di kepala	Bersih, Warna rambut Hitam, Tidak ada lesi di kepala	Bersih, Warna rambut hitam , Tidak ada lesi di kepala
Mata	Simetris kanan dan kiri Konjungtiva anemis Sklera tidak ikterik Penglihatan normal	Simetris kanan dan kiri Konjungtiva anemis Sklera tidak ikterik Penglihatan normal	Simetris kanan dan kiri Konjungtiva anemis Sklera tidak ikterik Pnglihstsn normal
Telinga	Ada daun telinga, simetris Tidak ada serumen Pendengaran baik	Ada daun telinga, simetris Tidak ada serumen Pendengaran baik	Ada daun telinga, simetris, Tidak ada serumen, Pendengaran baik
Hidung	Tidak ada secret pada hidung, Tidak ada polip	Tidak ada secret pada hidung, Tidak ada polip	Tidak ada secret pada hidung, Tidak ada polip
Mulut	Mukosa bibir kering Gigi utuh Tidak ada caries Tidak ada sariawan	Mukosa bibir kering Gigi utuh Tidak ada caries Tidak ada sariawan	Mukosa bibir kering Gigi utuh Tidak ada caries Tidak ada sariawan
Leher	peninggian vena	peninggian vena	peninggian vena

	jugularis Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe	jugularis Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe	jugularis Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe
Dada	Simetris	Simetris	Simetris
Payudara	Puting susu datar tidak terdapat lecet Tidak adanya nyeri tekan pada ketiga payudara Tidak ada benjolan	Puting susu datar tidak terdapat lecet Tidak adanya nyeri tekan pada ketiga payudara Tidak ada benjolan	Puting susu datar tidak terdapat lecet Tidak adanya nyeri tekan pada ketiga payudara Tidak ada benjolan
Paru- paru	Perkusi sonor Suara nafas vesikuler Tidak ada suara nafas tambahan RR: 20x/menit	Perkusi sonor Suara nafas vesikuler Tidak ada suara nafas tambahan RR: 20x/menit	Perkusi sonor Suara nafas vesikuler Tidak ada suara nafas tambahan RR: 20x/menit
Jantung	Suara S1S2 tunggal Tidak tampak ictus cordis	Suara S1S2 tunggal Tidak tampak ictus cordis	Suara S1S2 tunggal Tidak tampak ictus cordis
Abdomen	Pembesaran perut sesuai dengan umur kehamilan Ada bekas luka operasi TFU belum teraba Tidak terdapat nyeri tekan	Pembesaran perut sesuai dengan umur kehamilan Bekas luka operasi tidak ada	Pembesaran perut sesuai dengan umur kehamilan Bekas luka operasi
Genitalia	Tidak terdapat perdarahan Ada terdapat nyeri tekan	Tidak terdapat perdarahan Ada terdapat nyeri tekan	Tidak terdapat perdarahan Ada terdapat nyeri tekan
Ekstremitas	Oedema pada ekstremitas tidak ditemukan Ada terdapat nyeri tekan Tidak varises Tidak terdapat benjolan/massa	Oedema pada ekstremitas tidak ditemukan Ada terdapat nyeri tekan Tidak varises Tidak terdapat benjolan/massa	Oedema pada ekstremitas tidak ditemukan Ada terdapat nyeri tekan Tidak varises Tidak terdapat benjolan/massa

## 5. Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 2. 5 Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Leukosit	8,64 X 10 <sup>3</sup> /uL	9,7 X 10 <sup>3</sup> /uL	9,9 X 10 <sup>3</sup> /uL
Hemoglobin	10,2 g/dL	12,4 g/dL	11,4 g/dL (L)
Eritosit	4,08 X 10 <sup>6</sup> /uL	3,71 X 10 <sup>6</sup> /uL (L)	3,55 X 10 <sup>6</sup> /uL (L)
Hematocrit	34,4% (L)	32,7% (L)	31,8% (L)
Trombosit	266 X 10 <sup>3</sup> /uL	257 X 10 <sup>3</sup> /uL	168 X 10 <sup>3</sup> /uL

6. Terapi dan Obat

**Tabel 2. 6 Terapi Dan Obat Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

Klien 1	Klien 2	Klien 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infus RL.20 tpm</li> <li>• Drip oxytici 2 amp</li> <li>• Inj. Cefotaxime 3x1 500mg IV</li> <li>• Asam Femenamat 3x1 oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infus RL 20 tpm</li> <li>• Injeksi metoclopramide 13x1 ampul IV</li> <li>• Injeksi ranitidine 2x50 mg IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infus NaCl 0,9% 500 cc/12 jam</li> <li>• Injeksi Santagesic 1x1gram IV</li> <li>• Injeksi ranitidine 2x50 mg IV</li> </ul>

1.1.2 Analisa data

**Tabel 2. 7 Analisa Data Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

Data Fokus	Etiologi	Masalah						
<b>Klien 1</b>								
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada perut pasca operasi skala nyeri 5 dan nyeri seperti tertusuk-tusuk</li> <li>2. Klien mengatakan kedua ekstremitas bawah terasa lemas</li> <li>3. Klien mengatakan belum mampu merubah posisi secara mandiri</li> <li>4. Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh dan keluarga.</li> </ol> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum klien lemah, GCS 456, TTV TD: 120/80 mmhg N : 80X /menit S : 36,5°C RR : 20x /menit</li> <li>2. Kekuatan otot kedua ekstremitas bawah menurun</li> </ol> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Nampak klien kesulitan merubah posisi</li> <li>2. Nampak verban luka operasi pada abdomen</li> <li>3. Nampak aktivitas klien dibantu oleh suami dan keluarga</li> </ol>	5	5	-----		3	3	<p>Pasien post op SC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri luka operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>
5	5							
-----								
3	3							

<b>Klien 2/ Klien Pemanding</b>		
<p>DS :</p> <p>Klien mengeluh pergerakan terbatas</p> <p>DO :</p> <p>Post sectio caesarea hari ke-1 pasien sudah mampu miring ke kiri dan ke kanan, pasien tampak meringis ketika bergerak, kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga, pergerakan terbatas.            TD = 150/90 mmHg            Nadi = 86 x/mnt            RR = 21 x/mnt            Suhu = 36,8 °C</p>	<p>Sectio caesarea</p> <p>↓</p> <p>Insisi pada bagian depan perut</p> <p>↓</p> <p>Luka post operasi sectio caesarea</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan fisik</p> <p>↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
<b>Klien 3/ klien pemanding</b>		
<p>DS:</p> <p>Klien mengeluh tidak mampu melakukan pergerakan bebas titik</p> <p>Do:</p> <p>Post sectio caesarea hari ke-1 pasien hanya mampu menggerakkan kaki dan tangan, pasien tampak meringis ketika bergerak, kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga, pergerakan terbatas.            TD = 160/120 mmHg            Nadi = 96 x /menit            RR = 23 x/menit            Suhu = 37,4°C</p>	<p>Sectio caesarea</p> <p>↓</p> <p>Insisi pada bagian depan perut</p> <p>↓</p> <p>Luka post operasi sectio caesarea</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan fisik</p> <p>↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>

### 1.1.3 Diagnosa Keperawatan

**Tabel 2. 8 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

<b>Klien 1</b>	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri ditandai dengan kelemahan fisik
<b>Klien 2 /klien pemanding</b>	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik
<b>Klien 3 / klien pemanding</b>	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ,kelemahan fisik



### 1.1.4 Intervensi Keperawatan klien 1 dan klien pembedading 2 dan 3

**Tabel 2. 9 Intervensi Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi & Rasional
1.	Intoleransi aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>• Rentang gerak (Mobilisasi Dini) meningkat</li> <li>• Nyeri menurun</li> <li>• Gerakan terbatas menurun</li> <li>• Gerakan terbatas menurun</li> </ul>	<p>Dukungan mobilisasi dini Tindakan</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi dini Rasional : untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien.</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi dini Rasional : agar frekuensi jantung dan tekanan darah pasien teratasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dini Rasional : untuk mengetahui kondisi umum pasien</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis.Pagar tempat tidur) Rasional : agar pasien dapat melakukan aktivitas dikit demi sedikit dengan alat bantu seperti miring kanan dan kiri.</li> <li>2. Fasilitas melakukan mobilisasi dini, jika perlu Rasional : untuk memfasilitasi mobilisasi dini pada pasien</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi dini Rasional : agar keluarga mengetahui tentang peningkatan mobilisasi dini</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini Rasional :untuk mengetahui tujuan mobilisasi dini</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi dini sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, dudk disisi tempat tidur, pindah dari tmpat tidur ke kursi).</li> </ol>

2.		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan aktivitas meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perasaan lemah menurun</li> <li>• Kemudahan dalam melakuakn aktivitas sehari-hari meningkat</li> </ul>	<p><b>OBSERVASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola jam tidur</li> <li>1. Monitor lokasi dan ketidak nyaman selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>TERAPEUTIK</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang aman dan rendah stimulus</li> <li>2. Berikan aktivitas distraksi yang menengkan</li> </ol> <p><b>EDUKASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>
3.		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Intoleransi Aktivitas membaik dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>• Gerakan terbatas menurun</li> <li>• Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> <li>• Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> </ul>	<p><b>OBSERVASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik yang dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>TERAPEUTIK</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur</li> </ol> <p><b>EDUKASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Anjurkan tirah baring</li> <li>10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p><b>KOLABORASI</b></p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>

### 1.1.5 Implementasi Keperawatan

**Tabel 2. 10 Implementasi Keperawatan Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

No	Hari/ tanggal/ Jam	Tindakan keperawatan
<b>Pasien 1</b>		
1.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan observasi TTV TD.120/80mmhg, S.36,5c N.80x/menit RR.20x/menit</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. Hasil : pasien pada saat melakukan ambulasi masih di bantu suami</li> <li>3. Mengajarkan klien untuk aktifitas ringan/ mobilisasi miring kanan kiri Hasil: klien belajar untuk miring kanan dan kiri secara perlahan</li> <li>4. Mengajarkan melakukan ambulasi</li> <li>5. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan seperti, Bangun dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi Hasil; klien mengikuti instruksi yang di berikan sehingga proses pulih pasca op sehingga bisa beraktivitas normal</li> </ol>
2.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan observasi TTV TD.120/80mmhg, S.36°c N.89x/menit RR.20x/menit</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi Hasil: klien pada saat melakukan ambulasi sudah bisa mandiri</li> <li>3. Menajarkan klien untuk aktifitas ringan miring kanan kiri Hasil: klien sudah mampu miring kanan kiri secara perlahan</li> <li>4. Menajarkan mobilisasi tempat tidur</li> <li>5. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan seperti berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi berjalan sesuai instruksi Hasil: klien bisa segera pulih dan bisa beraktivitas kembali</li> <li>6. Melakukan perawatan luka sc secara steril</li> </ol>
3.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan observasi TTV TD.120/80mmhg, S.36°c N.89x/menit RR.20x/menit</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. Hasil: klien sudah bisa melakukan ambulasi secara mandiri</li> <li>3. Mengajarkan klien untuk aktifitas ringan miring kanan kiri. Hasil: klien sudah mampu melakukan secara mandiri</li> </ol>

		<p>4. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan seperti berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi berjalan sesuai dengan toleransi</p> <p>5. Mengajarkan klien untuk menjaga luka agar tetap bersih dan steril hasil: klien mengerti dan menjaga lukanya klien tetap steril</p>
<b>Pasien 2/Pembanding</b>		
1.	22 Maret 2022	<p>1. Mengkaji tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas klien sudah mampu miring kiri dan kanan.</p> <p>2. Mengkaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka. Hasil: aktivitas klien hanya: mampu miring kanan dan kiri di tempat tidur.</p> <p>3. Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. Hasil: klien: meminta tolong di ambilkan air minum.</p> <p>4. Membantu klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan kondisi klien. Hasil :Klien sudah mampu miring kanan dan kiri di tempat tidur</p> <p>5. Mengevaluasi perkembangan kemampuan klien: melakukan aktivitas. Hasil: klien sudah mampu miring kanan dan miring kiri.</p> <p>6. Mengajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk</p> <p>7. Memberikan bantuan: hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. Hasil: keluarga tampak memotivasi klien dan membantu klien memenuhi kebutuhannya. memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. Hasil: klien hanya mampu melakukan aktivitasnya di tempat tidur dengan berbaring.</p>
2.		<p>1. Mengobservasi tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas. Hasil : klien sudah mampu duduk di tempat tidur.</p> <p>2. Mengobservasi pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka. Hasil: aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur.</p> <p>3. Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari- hari. Hasil: klien meminta tolong digantikan baju dan segala keperluannya.</p> <p>4. Membantu klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan kondisi klien. Hasil: lien sudah mampu: miring kanan dan kiri di tempat tidur</p> <p>5. Mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas. Hasil: klien sudah mampu duduk ditempat tidur</p>

		<p>6. Mengajarkan klien/keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. Hasil: keluarga memberikan bantuan: hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</p> <p>7. Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. Hasil: klien hanya mampu melakukan aktivitasnya di tempat tidur dengan berbaring</p>
3.		<p>1. Mengobser vasi tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas. Hasil: klien sudah mampu berjalan dan beraktivitas seperti biasanya</p> <p>2. Mengobservasi pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka. Hasil: aktivitas klien sudah berjalan seperti biasanya</p> <p>3. Mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas. Hasil: klien sudah mampu bergerak dan beraktivitas seperti biasanya</p> <p>4. Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. Hasil: klien sudah mampu melakukan aktivitas seperti biasanya.</p>
<b>Pasien 3/ Klien Pemanding</b>		
1.		<p>1. Mengkaji tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas. Hasil : klien hanya mampu menggerakkan kaki dan tanganya.</p> <p>2. Mengkaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka. Hasil: aktivitas klien hanya terbaring di tempat tidur</p> <p>3. Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. Hasil: klien meminta tolong digantikan baju.</p> <p>4. Membantu klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan/ kondisi klien Hasil: klien tidak mampu melakukan miring kanan dan miring kiri</p> <p>5. Mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas. Hasil: klien hanya mampu menggerakkan kaki dan tanganya.</p> <p>6. Mengajarkan klien keluarga untuk mendorong kemandirian untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya Hasil: keluarga tampak memotivasi klien dan membantu klien memenuhi kebutuhannya</p> <p>7. Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. Hasil: klien tidak mampu melakukan aktivitasnya, hanya mampu berbaring ditempat tidur</p>
2.		<p>1. Mengobservasi tingkat kemampuan klien untuk</p>

		<p>beraktivitas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien sudah bisa miring kanan dan miring kiri. Mengobservasi pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka.</li> <li>3. Aktivitas klien sudah bisa miring kanan dan miring kiri ditempat tidur. membantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari.</li> <li>4. Membantu klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan kondisi klien Hasil: klien tidak mampu melakukan miring kanan dan miring kiri</li> <li>5. Mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas. Hasil: klien hanya mampu menggerakkan kaki dan tangannya.</li> <li>6. mengajarkan klien keluarga untuk mendorong kemandirian untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya Hasil: keluarga tampak memotivasi klien dan membantu klien memenuhi kebutuhannya.</li> <li>7. Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. Hasil: klien tidak mampu melakukan aktivitasnya, hanya mampu berbaring di tempat tidur.</li> </ol>
3.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas. Hasil: klien sudah mampu beraktivitas seperti sebelumnya.</li> <li>2. Mengobservasi pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka. Hasil : aktivitas klien sudah mampu turun dari tempat tidur</li> <li>3. Aktivitas klien sudah mampu turun dari tempat tidur dan kemampuan klien melakukan aktivitas. Hasil: klien sudah mampu beraktivitas</li> <li>4. Mengajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya</li> <li>5. Keluarga tampak memotivasi klien dan membantu klien jika klien membutuhkan bantuan.</li> <li>6. Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan</li> <li>7. klien sudah mampu melakukan aktivitasnya, dengan penuh rasa hati-hati.</li> </ol>

### 1.1.6 Elvaluasi

**Tabel 2. 11 Elvaluasi Keperawatan Pada Pasien 1, Pasien 2 Dan Pasien 3 Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas (Mobilisasi Dini) Diruang Gayatri RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto.**

NO	Tanggal	Evaluasi
<b>Pasien 1</b>		
1.		<p><b>S:</b> Pasien mengatakan masih belum bisa aktifitas sendiri dan masih dibantu oleh suami</p> <p><b>O:</b> Keadaan umum lemah TD120/80mmhg, S.36,7oC, N.80x/menit,RR.20x/menit, Pasien terlihat gerakannya terbatas</p> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi di lanjutkan, mengajarkan pasien untuk aktifitas ringan miring kanan kiri, ambulasi sederhana mis. Berjalan dari tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi.</p>
2.		<p><b>S :</b> Pasien mengatakan sudah mampu aktivitas walaupun masih dibantu oleh keluarganya sedikit demi sedikit</p> <p><b>O :</b> Keadaan umum lemah,TD110/80mmhg, S.36,7oC, N.80x/menit,RR.20x/menit, Pasien sudah mampu berjalan beraktivitas walau dibantu suami.</p> <p><b>A :</b> Masalah teratasi Sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan, mengajarkan pasien untuk aktifitas ringan miring kanan kiri, ambulasi sederhana mis. Berjalan dari tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi.</p>
3.		<p><b>S :</b> Pasien mengatakan sudah mampu beraktivitas</p> <p><b>O :</b> <b>Keadan umum baik</b>, TD120/90mmhg, S.36,7oC, N.80x/menit,RR.20x/menit, px sudah mampu beraktivitas</p> <p><b>A :</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan pasien KRS mengajurkan klien untuk menjaga luka pasca op tetap bersih dan steril dalam masa penyembuhan.</p>
<b>Pasien 2/Pembanding</b>		
1.		<p><b>S :</b> klien mengatakan sudah mampu duduk di tempat tidur.</p> <p><b>O:</b> klien tampak berhati-hati melakukan pergerakan, keadaan umum sedang, denganTD 140/110mmHg, Nadi 84x/menit, RR20x/Menit, Suhu 36,6°C</p>

		<p><b>A:</b> masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.</p> <p><b>P:</b> intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tempat tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas.</li> <li>2. kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka.</li> </ol>
2.		<p><b>S :</b> klien mengatakan sudah mampu turun dari tempat tidur dan berjalan-jalan disekitar ruangan.</p> <p><b>O :</b> klien tampak beraktivitas dengan penuh hati- hati, keadaan umum membaik, dengan TD130/100mmHg,Nadi92×/menit, RR21×/menit, Suhu=36,5 □C</p> <p><b>A :</b> masalah intoleransi aktivitas teratasi.</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan: 1.Observasi tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas.</p>
3.		<p><b>S :</b> klien mengatakan sudah mampu beraktivitas seperti biasanya.</p> <p><b>O :</b> klien tampak beraktivitas dengan lancer, keadaan umum baik, dengan TD 130/90mmHg, Nadi90×/menit, RR21×/menit, Suhu 36,4□ C.</p> <p><b>A :</b> masalah intoleransi aktivitas teratasi</p> <p><b>P :</b> intervensi dihentikan. Tetap observasi keadaan pasien sampai pasien dipulangkan.</p>
<b>Pasien 3/Pembanding</b>		
1.		<p><b>S :</b> Klien mengatakan sudah mampu menggerakkan kaki dan tangannya saja.</p> <p><b>O :</b> klien tampak cemas, tampak lemah,tampak meringis menahan sakit, dengan TD150/110 mmHg,Nadi92□/menit, RR21□/menit, Suhu37,2□C.</p> <p><b>A :</b> masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Kaji tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas.</li> <li>2. kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka.</li> <li>3. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari.</li> </ol>
2.		<p><b>S :</b> Klien mengatakan sudah mampu miring kanan dan miring kiri.</p> <p><b>O :</b> klien tampak menahan posisi tidur, keadaan umum sedang, dengan TD140/110mmHg, Nadi86□/menit, RR22□/menit, Suhu36,8□C.</p> <p><b>A :</b> masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Observasi tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas.</li> <li>2. Observasi pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka.</li> </ol>



3.		<p><b>S</b> : mengatakan sudah bisa turun dari tempat tidur.</p> <p><b>O</b> : klien tampak beraktivitas dengan penuh hati-hati, keadaan umum membaik, dengan TD130/100mmHg, Nadi82/menit, RR21 □/menit, Suhu36,5oC</p> <p><b>A</b> : masalah intoleransi aktivitas teratasi.</p> <p><b>P</b> : intervensi dihentikan px KRS</p>

