

BAB 4
PEMBAHASAN

Dalam bab ini peneliti akan menulis mengenai hasil penelitian dan pembahasandari jurnal yang telah di analisis yang mencakup kajian teoritis dan empiris tentang hambatan mobilitas fisik pada Pasien *Post Sectio Caesarea* oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit.

4.1 Kesimpulan Hasil Riview

Tabel 4.1 Kesimpulan Hasil Riview Asuhan Keperawatan dengan Masalah Hambatan mobilitas fisik Pada Pasien *Post Sectio Caesarea*

Variabel	Jurnal 1	Jurnal 2
Peneliti	Fransisca Noya	Sri Widayanti
Database	Google scholar	Google scholar
URL	http://jurnal.poltekespalu.ac.id/index.php/JIK	http://repository.stikespantiwaluya.ac.id/529/
Judul	Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Hambatan Mobilitas Fisik Post Sectio caesarea	Studi Kasus Pasien Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit Panti Waluya Malang
Metode	<ul style="list-style-type: none"> a) Desain :case studi b) Sampel : Ny. N 31 tahun c) Variabel :Hambatan mobilitas fisik <i>Post Sectio Caesare</i> . d) Instrumen : Format pengkajian, 	<ul style="list-style-type: none"> a) Desain : Studi kasus b) Sampel : Ny L 25 tahun c) Variabel : Hambatan mobilitas fisik Pasien <i>Post Operasi Sectio Caesarea</i>.

	wawancara, observas	d) Instrumen : Format pengkajian, wawancara, observasi
Analisis	Deskriptif	Manuskrip
Pengkajian	<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh sakit di bagian operasi saat bergerak</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak berbaring di tempat tidur, sulit untuk membolak balikan posisi.</p>	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan dan beraktivitas kaki masih terasa berat. b. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi dengan score nyeri 4 c. Merasa enggan dan takut melakukan pergerakan dan mengaku belum pernah terpapar informasi terkait pentingnya mobilisasi pasca operasi <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien 6 jam post SC , tampak meringis kesakitan dan hanya tidur terlentang saja b. Klien dapat menggerakkan pergelangan kakinya dan jari-jarinya c. Tampak kesulitan mengangkat tumitnya dan menekuk kakinya. <p>Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terpasang infus tutofusi 20 tpm lancar. Catheter lancar produksi urine 800 cc jam 11.00 – 20.00, produksi Asi (+) Positif. Tensi 135 /65 MmHg, nadi 84 x / menit,</p>

		Suhu 36.5 C, RR 18 x /menit, SpO2 99 % spontan
Diagnosis	Diagnose keperawatan prioritas yaitu hambatan mobilitas fisik	Dari hasil pengkajian dapat di tegakan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri .
Intervensi	<p>Tujuan yang ingin dicapai adalah dalam waktu 4 x 24 jam masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi</p> <p>Memverbalisasikan perasaan dalam kekuatan dalam kekuatan dan kemampuan berpindah.</p> <p>Intervensi yang dilaksanakan pada pasien Ny. N adalah</p> <p>a. mengatur pasien pada posisi terlentang, kedua lutut ditekuk, tujuan yang ingin dicapai adalah untuk mempercepat penurunan TFU.</p> <p>b. Ajarkan pasien bagaimana menggunakan postur tubuh Tubuh yang benar pada saat melakukan aktivitas, agar pasien dapat mengetahui postur tubuh yang baik dalam aktivitas sehari-hari.</p> <p>c. Mengajarkan tehnik mobilisasi dan berpindah</p>	<p>Pada klien ditetapkan rencana keperawatan dengan tujuan keperawatannya, setelah dilakukan asuhan keperawatan mobilisasi dini, ibu dapat melakukan aktivitas atau mobilisasi secara mandiri</p> <p>Kriteria hasil yang diharapkan adalah pergerakan ekstremitas meningkat bahwa : Klien dapat memperlihatkan mobilitas miring kiri, kanan dengan mudah, pindah dari posisi berbaring ke duduk, dari duduk ke posisi berdiri dan berjalan semua dilakukan dengan mudah.</p> <p>Intervensi Keperawatan dilakukan pada klien disesuaikan dengan keadaan dan kondisi terkini klien yang didapat saat pengkajian sesuai dengan tahapan yang diijinkan untuk mobilisasi. Maka dilakukan dukungan mobilisasi meliputi:</p>

	<p>yang aman, mempermudah pasien cepat kembali seperti normal.</p> <p>d. Awasi seluruh perpindahan pasien dan membantu pasien melakukan aktivitas, bertujuan agar pasien dapat terlindungi dalam melakukan aktivitasnya apabila terjadi kesalahan. Mendampingi pasien saat mobilisasi dan memenuhi kebutuhan ADL nya agar kebutuhan pasien dapat diketahui dan mudah untuk melakukan aktivitas secara bertahap.</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, b. identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, c. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, d. fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, e. ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal: gerakan ekstremitas, miring, duduk, jalan) dan bila perlu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antinyeri. <p>Implementasi</p>
Implementasi	Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik yaitu melakukan mobilisasi selama 4 hari dan dilakukan pada pagi, sore dan malam, sebanyak 3 kali dalam sehari	Implementasi yang dilakukan pada klien sesuai dengan tahapan mobilisasi pada intervensi yang direncanakan. Dari 11 rencana kegiatan yang akan dilakukan terdapat 10 kegiatan yang dapat terlaksana, satu rencana tindakan memfasilitasi klien

		<p>mobilisasi dengan alat bantu tidak diperlukan karena klien dapat mobilisasi jalan tanpa merambat atau memerlukan alat bantu</p>
Evaluasi	<p>Evaluasi keperawatan pada Ny. N untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik didapatkan hasil evaluasi data subjektif pada pasien yaitu sudah mampu berjalan dan mandiri dalam melakukan aktivitas, dan pasien mengatakan merasakan ada perubahan pada pasien setelah melakukan penerapan mobilisasi dini, data objektif pasien tampak meningkat dalam aktivitas fisik, pasien tampak mampu berjalan dan melakukan kegiatan sehari - hari secara mandiri tanpa pertolongan orang lain, dan terdapat penurunan tingi fundus uteri pada pasien.</p>	<p>Evaluasi keperawatan pada klien post SC dengan gangguan mobilisasi setelah dilakukan implementasi sesuai dengan rencana keperawatan dan kriteria hasil yang ditetapkan selama 3 hari perawatan, didapatkan hasil masalah teratasi untuk penanganan gangguan mobilitas fisik. Hal ini ditandai dengan klien sudah mampu mobilisasi duduk dan jalan dengan aktif, mengatakan nyeri luka operasi sudah berkurang dengan score nyeri 3, klien dapat menetekei bayinya dengan nyaman, Tensi : 100/70 MmHg, Nadi : 80 x/mnt, Suhu : 36.4 oC, RR : 20 x / mnt dan sudah diijinkan pulang</p>
Hasil Penelitian	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. N dengan masalah hambatan mobilitas fisik untuk mempercepat penurunan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam pada pasien dengan masalah hambatan mobilitas fisik pada pasien <i>post sectio</i></p>

	TFU yang telah penulis lakukan, pasien dapat melakukan penerapan tindakan mobilisasi dini secara bertahap dan terdapat penurunan TFU.	<i>caesarea</i> didapatkan hasil masalah teratasi untuk penanganan gangguan mobilitas fisik.
--	---	--

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Hasil penelitian menunjukkan dari 2 jurnal yang sudah di analisis dengan kasus hambatan mobilitas fisik pada pasien *post sectio caesarea* menunjukkan hasil, Jurnal 1 Pasien mengeluh sakit di bagian operasi saat bergerak Pasien tampak berbaring di tempat tidur, sulit untuk membolak balikan posisi. hasil pemeriksaan Tekanan Darah 130/80 mmHg, Nadi 86 x/menit, Respirasi 24 x/menit, dan Suhu 37 derajat Celsius. pasien mengatakan saat bergerak bekas operasi sakit, dengan skala nyeri 4, dan pasien mengeluh susah untuk bergerak. Pasien Jurnal 2 Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan dan beraktifitas kaki masih terasa berat. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi dengan score nyeri 4 Merasa enggan dan takut melakukan pergerakan dan mengaku belum pernah terpapar informasi terkait pentingnya mobilisasi pasca operasi Didapatkan data bahwa klien mengatakan sulit melakukan pergerakan dan beraktifitas kaki masih terasa berat. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi dengan score nyeri 4, merasa enggan dan takut untuk bergerak dan mengaku belum pernah terpapar informasi terkait pentingnya mobilisasi pasca operasi. Klien 6 jam post SC, tampak meringis kesakitan dan hanya tidur terlentang saja. Klien dapat menggerakkan pergelangan kakinya dan jari-jarinya, tampak kesulitan mengangkat tumitnya dan menekuk kakinya. Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terpasang infus tutofusi 20 tpm lancar. catheter lancar produksi urine 800cc jam 11.00 – 20.00, produksi ASI (+)

postif / (+) positif. Tensi 135 /65 MmHg, Nadi 84 X / menit, Suhu 36.5oC, RR 18 x/mnt, SpO2 99% spontan.

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, suatu proses kolaborasi tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik, dalam pengkajian dibutuhkan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis, untuk mengetahui masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan. Adapun pengkajian yang dilakukan pada ibu Sectio Caesarea antara lain : identitas umum, riwayat kesehatan dahulu dan riwayat kesehatan sekarang. Pemeriksaan fisik meliputi (keadaan umum) : Pengkajian kenyamanan : Luka insisi pada dinding abdomen. Pengkajian aktifitas dan istirahat : kelemahan, sulit menggerakkan ekstremitas, sering terbangun saat tidur. Pengkajian eliminasi : kelemahan pada abdomen motilitas cerna mengalami penurunan. Pengkajian integritas : kemerahan pada luka post Sectio Caesarea. Pengkajian kebersihan diri: tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri (Nursalam, 2011). Kasdu (2013) menyatakan bahwa seorang ibu yang baru saja menjalani operasi sectio caesarea akan mengalami ketergantungan pada saat melakukan aktivitas namun setelah dilakukan/ diajarkan mobilisasi sesegera mungkin maka proses penyembuhan pada pasien akan lebih cepat sehingga pasien dapat mandiri dalam melakukan aktivitasnya dan juga pasien terhindar dari komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi seperti resiko tinggi perdarahan abnormal, dan rawat inap yang memanjang. Pendapat Danefi dan Agustin (2015) pada jurnalnya, mengatakan bahwa mobilisasi dini tidak hanya mempercepat kesembuhan luka tetapi juga memulihkan kondisi tubuh ibu jika dilakukan dengan benar dan tepat. Menurut Trivonia, dkk. (2011) wanita yang melakukan operasi caesar akan mengalami kecemasan ketakutan bergerak , khawatir. Persaan tersebut muncul karena adanya luka sayatan

pada abdomen, kurangnya informasi. Hal ini lebih sering terjadi pada wanita yang baru pertama kali melakukan operasi caesar.

Berdasarkan dari hasil pengkajian dari 2 jurnal dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada ibu post sectio caesarea menunjukkan kesamaan antara jurnal 1 dan 2 yaitu pada skala nyeri yang di alami masing-masing pasien yang mengakibatkan gangguan mobilitas fisik pada jurnal pertama Didapatkan data pasien mengatakan saat bergerak bekas operasi sakit, dengan skala nyeri 4, dan pasien mengeluh susah untuk bergerak sedangkan pada jurnal kedua pasien mengatakan badannya terasa lemas, baru pertama kali dilakukan tindakan operasi. Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan dan beraktifitas kaki masih terasa berat, Klien mengeluh nyeri pada luka operasi dengan score nyeri 4, merasa enggan dan takut untuk bergerak dan mengaku belum pernah terpapar informasi terkait pentingnya mobilisasi pasca operasi Dari gejala dan tanda pada jurnal 1 dan 2 ini sesuai dengan teori (PPNI, 2017) dimana nyeri pasca operasi dapat mengakibatkan gangguan mobilitas fisik. Perbedaan jurnal 1 dan 2 adalah bahwa pada jurnal 1 penulis mencantumkan lebih lengkap yaitu yg tertulis terpasang infus tutofusi 20 tpm lancar. catheter lancar produksi urine 800cc jam 11.00 – 20.00, produksi ASI (+) postif, Tensi 135 /65 MmHg, Nadi 84 X / menit, Suhu 36.5oC, RR 18 x/mnt, SpO2 99% spontan sedangkan pada jurnal 2 penulis hanya mencantumkan tanda tanda vital saja yang tertulis hasil pemeriksaan Tekanan Darah 130/80 mmHg, Nadi 86 x/menit, Respirasi 24 x/memit, dan Suhu 37 derajat Celsius pada jurnal pertama penulis lebih lengkap dalam menggambarkan kondisi pasien sedangkan pada jurnal kedua hanya menuliska tanda-tanda vital saja . Pada jurnal pertama diperoleh data subjektif bahwa pasien mengeluh sakit di bagian operasi saat bergerak,dan di dapatkan data objektif pasien tampak berbaring di tempat tidur sulit untuk membolak balikan posisi menurut saya ini merupakan . Pada jurnal kedua di peroleh data subjektif bahwa klien mengatakan sulit melakukan pergerakan dan

beraktifitas kaki masih terasa berat, klien mengeluh nyeri pada luka operasi dengan score nyeri 4, merasa enggan dan takut untuk bergerak dan mengaku belum pernah terpapar informasi terkait pentingnya mobilisasi pasca mobilisasi, dan diperoleh data objektif pasien tampak meringis kesakitan dan hanya tidur terlentang saja. Klien dapat menggerakkan pergelangan kakinya dan jari-jarinya, tampak kesulitan mengangkat tumitnya dan menekuk kakinya. Dari kedua jurnal tersebut dapat di simpulkan bahwa kedua jurnal tersebut sudah sesuai dengan tanda gejala minor minor gangguan mobilitas fisik . Menurut SDKI 2018 tanda gejala mayor minor gangguan mobilitas fisik adalah pada mayor subjektif mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas objektifnya kekuatan otot menurun dan rentang gerak menurun sedangkan pada minor subjektif nya nyeri saat bergerak enggan melakukan pergerakan merasa cemas saat bergerak objektifnya sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada jurnal pertama Diagnosa keperawatan prioritas yaitu Hambatan Mobilitas Fisik, batasan karakteristik, yang ditandai dengan data subjektif pasien mengeluh sakit dibagian operasi saat bergerak, dan didapatkan data objektif pasien tampak berbaring ditempat tidur, sulit untuk membolak balik posisi. Pada Jurnal 2 diagnosa yang muncul adalah Dari hasil pengkajian dapat ditegakkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan klien mengeluh kesulitan melakukan pergerakan dan beraktifitas, Klien mengeluh nyeri pada luka operasi dengan score nyeri 4, klien tampak meringis kesakitan dan hanya tidur terlentang saja. Umumnya wanita sangat lelah setelah melahirkan, lebih-lebih bila persalinan berlangsung lama, karena ibu harus cukup beristirahat, dimana ibu harus tidur telentang selama 2 jam untuk mencegah perdarahan, Kemudian ibu boleh miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah

terjadinya thrombosis dan tromboemboli. Lalu belajar duduk setelah dapat duduk, lalu dapat jalan-jalan dan biasanya boleh pulang.

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Sedangkan menurut Herdman (2015) hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Penyebab gangguan mobilitas fisik Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) gangguan mobilitas fisik pada ibu post partum normal disebabkan oleh nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, dan keengganan melakukan pergerakan.

Hasil pengkajian dari data subyektif dan objektif digunakan untuk menentukan diagnosa yang muncul. Dari hasil studi literatur review didapatkan diagnosa yang muncul pada ibu post sectio caesarea jurnal 1 dan 2 menunjukkan kesamaan diagnosa yaitu sama-sama gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka bekas operasi sectio caesarea Hal ini sudah sesuai dengan teori dan fakta bahwa Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Nurarif & Kusuma (2015) adalah Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan memulai pergerakan, nyeri pembedahan, cemas. Untuk merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat perlu adanya data subyektif dan objektif dari respon individu yang sakit maupun keluarga klien. Dalam merumuskan diagnosa keperawatan terdapat unsur PES (problem, etiologi, symptom), terdapat kesamaan antara jurnal 1 dan 2 dimana penulis jurnal 1 dan jurnal 2 menggunakan unsur PES dalam merumuskan diagnosa keperawatan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan kemudian membuat intervensi keperawatan. Rencana keperawatan yang disusun merupakan rencana keperawatan untuk mengatasi diagnosa utama sebagai fokus studi dengan kasus gangguan mobilitas fisik pada ibu sectio caesarea

Intervensi Keperawatan yang muncul pada jurnal 1 Setelah dilakukan asuhan keperawatan 4x24 jam pasien menunjukkan pasien meningkat dalam aktifitas fisik, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas dan memverbalistikan perasaan dalam meningkatkan kemampuan berpindah dengan di lakukan Monitor vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat respon respon pasien saat berpindah. Ajarkan pasien dan keluarga tentang tehnik mobilisasi dini Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, Latihan pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan, Dampingi dan bantu pasien dalam saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan ADL pasien Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika di perlukan Libatkan keluarga dalam pemenuhan mobilisasi pasien. jurnal 2 Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam rencana yang dibuat sesuai dengan teori dan keadaan klien Pada klien ditetapkan rencana keperawatan dengan tujuan keperawatannya, setelah dilakukan asuhan keperawatan mobilisasi dini, ibu dapat melakukan aktivitas atau mobilisasi secara mandiri Kriteria hasil yang diharapkan adalah pergerakan ekstremitas meningkat bahwa : Klien dapat memperlihatkan mobilitas miring kiri, kanan dengan mudah, pindah dari posisi berbaring ke duduk, dari duduk ke posisi berdiri dan berjalan semua dilakukan dengan mudah. Intervensi Keperawatan dilakukan pada klien disesuaikan dengan keadaan dan kondisi terkini klien yang didapat saat pengkajian sesuai dengan tahapan yang diijinkan untuk mobilisasi maka dilakukan dukungan mobilisasi .

Tujuan dari intervensi keperawatan pada pasien adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu memulihkan keadaan untuk bergerak, mampu

melaksanakan mobilisasi secara bertahap, dan meningkatkan toleransi untuk melakukan aktivitas fisik secara mandiri (Lyndon, 2013). Intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien adalah: monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan liat respon pasien saat berpindah, ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik mobilisasi dini, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan adl secara mandiri sesuai kemampuan, dampingi dan bantu pasien dalam saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan adl pasien, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan, libatkan keluarga dalam pemenuhan mobilisasi pasien (Nurarif & Kusuma, 2015). Sejalan dengan intervensi diatas penulis memberikan intervensi pertama kaji tanda-tanda vital sebelum/sesudah latihan dan liat respon pasien saat berpindah rasional: membantu mengidentifikasi faktor-faktor resiko adanya kontraindikasi dilakukan mobilisasi. Intervensi kedua adalah pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan mobilisasi dini rasional: membantu menstandarisasi teknik yang benar, dan menurunkan kebingungan pasien yang disebabkan dari masukan informasi yang bertentangan. Intervensi ketiga latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan rasional: latihan membantu tonus otot, meningkatkan sirkulasi, menghasikan tubuh yang seimbang. Intervensi keempat ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan rasional: menguatkan program mobilisasi dini yang penting untuk pemenuhan kebutuhan ADL pasien. Intervensi kelima libatkan keluarga dalam pemenuhan mobilisasi pasien rasional: keluarga orang yang paling dekat dengan pasien, memudahkan terpenuhi kebutuhan pasien.

Dari hasil studi literatur review 2 jurnal terdapat perbedaan pada jurnal pertama dan kedua dimana jurnal pertama melakukan intervensi selama 4 hari untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai adalah dalam waktu 4 x 24 jam masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi Memverbalisasikan perasaan dalam kekuatan dan kemampuan berpindah Intervensi yang

dilaksanakan pada pasien pada jurnal pertama adalah mengatur pasien pada posisi terlentang, kedua lutut ditekuk, tujuan yang ingin dicapai adalah untuk mempercepat penurunan TFU. mengajarkan pasien bagaimana menggunakan postur tubuh yang benar pada saat melakukan aktivitas, agar pasien dapat mengetahui postur tubuh yang baik dalam aktivitas sehari-hari. Mengajarkan tehnik mobilisasi dan berpindah yang aman, mempermudah pasien cepat kembali seperti normal. Awasi seluruh perpindahan pasien dan membantu pasien melakukan aktivitas, bertujuan agar pasien dapat terlindungi dalam melakukan aktivitasnya apabila terjadi kesalahan. Mendampingi pasien saat mobilisasi dan memenuhi kebutuhan ADL nya agar kebutuhan pasien dapat diketahui dan mudah untuk melakukan aktivitas secara bertahap. Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik yaitu melakukan mobilisasi selama 4 hari dan dilakukan pada pagi, sore dan malam, sebanyak 3 kali dalam sehari. sedangkan pada jurnal kedua hanya membutuhkan waktu 3 hari saja untuk mencapai tujuan sesuai dengan rencana keperawatan dan kriteria hasil yang ditetapkan selama 3 hari perawatan, didapatkan hasil masalah teratasi untuk penanganan gangguan mobilitas fisik Pada klien ditetapkan rencana keperawatan dengan tujuan keperawatannya, setelah dilakukan asuhan keperawatan mobilisasi dini, ibu dapat melakukan aktivitas atau mobilisasi secara mandiri. Kriteria hasil yang diharapkan adalah pergerakan ekstremitas meningkat bahwa : Klien dapat memperlihatkan mobilitas miring kiri, kanan dengan mudah, pindah dari posisi berbaring ke duduk, dari duduk ke posisi berdiri dan berjalan semua dilakukan dengan mudah. Intervensi Keperawatan dilakukan pada klien disesuaikan dengan keadaan dan kondisi terkini klien yang didapat saat pengkajian sesuai dengan tahapan yang diijinkan untuk mobilisasi. Maka dilakukan dukungan mobilisasi meliputi: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor

kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitas aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal: gerakan ekstremitas, miring, duduk, jalan) dan bila perlu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antinyeri memfasilitasi klien mobilisasi dengan alat bantu tidak diperlukan karena klien dapat mobilisasi jalan tanpa merambat atau memerlukan alat bantu. Pada jurnal pertama dan kedua kesenjangan nya adalah tidak di jelaskan menggunakan SIKI atau NIC NOC hanya di jelaskan secara umum bagaimana menangani gangguan mobilitas fisik. Pada kedua jurnal tersebut tidak di cantumkan intervensi secara lengkap oleh penulis sehingga pembaca kurang memahami jurnal tersebut. sebaiknya di cantumkan intervensi secara lengkap selama proses perawatan pasien sesuai dengan SIKI atau NIC NOC.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan oleh penulis pada jurnal 1 yaitu pada hari pertama dilakukan Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik yaitu melakukan mobilisasi selama 4 hari dan dilakukan pada pagi, sore dan malam, sebanyak 3 kali dalam sehari. Sedangkan pada jurnal kedua selama 3 hari Dari 11 rencana kegiatan yang akan dilakukan terdapat 10 kegiatan yang dapat terlaksana, satu rencana tindakan memfasilitasi klien mobilisasi dengan alat bantu tidak diperlukan karena klien dapat mobilisasi jalan tanpa merambat atau memerlukan alat bantu. Implementasi yang dilakukan pada klien dalam 3 hari sesuai tingkatan mobilisasi yang boleh dilakukan sebagai berikut: Mengidentifikasi nyeri score nyeri, kualitas nyeri, lama nyeri, lokasi nyeri, waktu timbul nyeri, pengaruh nyeri pada kualitas istirahat. Mengidentifikasi toleransi kemampuan fisik klien menggerakkan kakinya, miringmiring dan berjalan, Melakukan monitoring tanda vital klien, frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Membantu klien menekuk kakinya, membantu miring dan duduk. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Menjelaskan tujuan manfaat dan prosedur mobilisasi. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini. Mengajarkan tehnik mobilisasi yang benar agar meminimalkan nyeri . Memberikan injeksi anti nyeri remopain 30mg iv sesuai advis dokter. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Implementasi dilakukan dengan penerapan intervensi sesuai dengan tahapan mobilisasi dan juga kondisi klien dari 11 rencana kegiatan yang akan dilakukan terdapat 10 kegiatan yang dapat terlaksana, satu rencana tindakan memfasilitasi klien mobilisasi dengan alat bantu tidak diperlukan karena klien dapat mobilisasi jalan tanpa merambat atau memerlukan alat bantu

Hal diatas sesuai dengan teori menurut Dermawan (2012), tindakan keperawatan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana keperawatan, keamanan fisik dan psikologis klien dilindungi, serta selama tahap implementasi perawat, terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Semua implementasi didokumentasikan kedalam format yang telah ditetapkan institusi.

Implementasi yang dilakukan pada jurnal 1 dan 2 terdapat kesenjangan karena pada kedua jurnal tidak di jelaskan secara rinci apa saja tindakan keperawatan yang di berikan ke pasien agar dapat mencapai tujuan yang di inginkan seharusnya pada kedua jurnal di jelaskan dan di cantumkan apa saja tindakan keperawatan yang harus di berikan seperti pada jurnal pertama yang melakukan implementasi selama 4 hari dan dilakukan pada pagi, sore dan malam, sebanyak 3 kali dalam sehari sedangkan jurnal kedua hanya dalam 3 hari tetapi terdapat Dari 11 rencana kegiatan yang akan dilakukan terdapat 10 kegiatan yang dapat terlaksana, satu rencana tindakan memfasilitasi klien mobilisasi dengan alat bantu tidak diperlukan karena klien dapat mobilisasi

jalan tanpa merambat atau memerlukan alat bantu. Hal tersebut menjadi kekurangan dari kedua jurnal karena seharusnya pada jurnal di tuliskan dan di jabarkan apa saja implementasi yang di lakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang di berikan.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada jurnal 1 bahwa hari pertama klien mengatakan Jurnal 1 Evaluasi keperawatan pada Ny. N untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik didapatkan hasil evaluasi data subjektif pada pasien yaitu sudah mampu berjalan dan mandiri dalam melakukan aktivitas, dan pasien mengatakan merasakan ada perubahan pada pasien setelah melakukan penerapan mobilisasi dini, data objektif pasien tampak meningkat dalam aktivitas fisik, pasien tampak mampu berjalan dan melakukan kegiatan sehari - hari secara mandiri tanpa pertolongan orang lain, dan terdapat penurunan tingi fundus uteri pada pasien. Hasil observasi penurunan TFU selama 4 hari sebagai berikut Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. N dengan masalah hambatan mobilitas fisik untuk mempercepat penurunan TFU yang telah penulis lakukan, pasien dapat melakukan penerapan tindakan mobilisasi dini secara bertahap dan terdapat penurunan TFU. Diharapkan perawat/bidan yang terlibat pada kasus Sectio Caesarea untuk melakukan mobilisasi dini 8 jam setelah post SC serta selalu bekerja sama dengan rekan sejawat dalam memberikan tindakan askep khususnya pada ibu dengan Sectio Caesarea agar bisa memberi pelayanan yang maksimal dalam proses penyembuhan pasien. Sedangkan pada jurnal 2 Evaluasi keperawatan pada klien post SC dengan gangguan mobilisasi setelah dilakukan implementasi sesuai dengan rencana keperawatan dan kriteria hasil yang ditetapkan selama 3 hari perawatan, didapatkan hasil masalah teratasi untuk penanganan gangguan mobilitas fisik. Hal ini ditandai dengan klien sudah mampu mobilisasi

duduk dan jalan dengan aktif, mengatakan nyeri luka operasi sudah berkurang dengan score nyeri 3, klien dapat menetekei bayinya dengan nyaman, Tensi : 100/70 MmHg, Nadi : 80 x/mnt, Suhu : 36.4 oC, RR : 20 x / mnt dan sudah diijinkan pulang, Pada evaluasi hari ke3 masalah keperawatan teratasi dengan kriteria yang diharapkan sudah tercapai . Pada faktanya didapatkan data sebagai berikut: Klien sudah mampu mobilisasi duduk dan jalan dengan aktif, mengatakan nyeri luka operasi sudah berkurang, score nyeri 3, klien dapat menetekei bayinya dengan nyaman, Tensi : 100/70 MmHg, Nadi : 80 x/mnt, Suhu : 36.4 oC, RR : 20 x / mnt Klien mendapat perawatan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang direncanakan dan tindakan perawatan yang diperlukan. Kriteria hasil yang ditetapkan telah tercapai sehingga masalah keperawatan tertasi dengan baik bahwa klien dapat mobilisasi duduk dan berjalan dengan aktif. Pada hari ketiga post op SC klien sudah diijinkan pulang Hal ini sesuai teori menurut Tim Pokja SLKI PPNI (2018).

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2011) evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Beberapa kriteria yang dapat digunakan menurut (Nurarif dan Kusuma 2015) yaitu, pasien meningkat dalam aktivitas fisik, pasien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kemampuan berpindah. Berdasarkan fakta dan teori dapat disimpulkan bahwa masalah hambatan mobilitas fisik ibu post SC teratasi yaitu ditandai dengan ibu tahu tentang mobilisasi dini, ibu mau melakukan mobilisasi dini sesuai dengan prosedur, dan ibu mampu melakukan mobilisasi dini sesuai dengan tujuan dari pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini.

Terdapat perbedaan antara jurnal 1 dan 2 dalam evaluasi keperawatan gangguan mobilitas fisik pada ibu post section caesarea pada jurnal pertama Evaluasi keperawatan pada Ny. N untuk

diagnosa hambatan mobilitas fisik didapatkan hasil evaluasi data subjektif pada pasien yaitu sudah mampu berjalan dan mandiri dalam melakukan aktivitas, dan pasien mengatakan merasakan ada perubahan pada pasien setelah melakukan penerapan mobilisasi dini, data objektif pasien tampak meningkat dalam aktivitas fisik, pasien tampak mampu berjalan dan melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri tanpa pertolongan orang lain, dan terdapat penurunan tinggi fundus uteri pada pasien. Sedangkan pada jurnal kedua Pada evaluasi hari ke 3 masalah keperawatan teratasi dengan kriteria yang diharapkan sudah tercapai. Pada faktanya didapatkan data sebagai berikut: Klien sudah mampu mobilisasi duduk dan jalan dengan aktif, mengatakan nyeri luka operasi sudah berkurang, score nyeri 3, klien dapat menetekei bayinya dengan nyaman, Tensi : 100/70 MmHg, Nadi : 80 x/mnt, Suhu : 36.4 oC, RR : 20 x / mnt Klien mendapat perawatan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang direncanakan dan tindakan perawatan yang diperlukan. Kriteria hasil yang ditetapkan telah tercapai sehingga masalah keperawatan tertasi dengan baik bahwa klien dapat mobilisasi duduk dan berjalan dengan aktif. Pada hari ketiga post op SC klien sudah diijinkan pulang Hal ini sesuai teori menurut Tim Pokja SLKI PPNI (2018). Pada jurnal pertama dan kedua terdapat kelemahan karena pada kedua jurnal tersebut tidak menuliskan hasil SOAP sesuai dengan waktu yang telah di tetapkan pada tujuan dalam intervensi keperawatan yang ada pada masing-masing jurnal tersebut seharusnya penulis menuliskan hasil SOAP tersebut secara lengkap dari hari pertama sampai hari terakhir perawatan pasien agar dapat mengetahui lebih jelas tentang perkembangan pasien. Penurunan TFU sangat berpengaruh untuk di lakukan *operasi caesare* karena ketika terjadi penurunan TFU harus segera mungkin dilakukan tindakan section caesarea.