

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini berisi tentang asuhan keperawatan melalui 1) Pengkajian, 2) Diagnosa keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 3) Implementasi, dan 5) Evaluasi dengan maksud memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus nyata. Berisi tentang perbandingan antara partisipan 1 dan partisipan 2, anantara kasus nyata dan teori.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian studi kasus ini dilakukan di RSI Hasanah Muhammadiyah Kota Mojokerto yang merupakan rumah sakit swasta type C di dirikan oleh PD Muhammadiyah Kota Mojokerto pada tahun 1985. Dipimpin oleh direktur Dr. Dwi Rizky Wulandari, M.Pd sejak tahun 2016. Penggunaan rata- rata jumlah tempat tidur Bed Occupation Rate (BOR) yang digunakan setiap tahun adalah 67%. Pengambilan data dan penelitian di lakukan di ruang rawat inap, yaitu Ruang Arofah. Partisipan 1 di Ruang Arofah 7 kelas 1, dan partisipan 2 di Ruang Arofah 5 kelas 3. Dari dua pasien tersebut di diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik Post Sectio Caesarea.

4.1.2 Pengkajian

1) Tanggal Pengkajian

Tabel 4. 1 Tanggal Pengkajian Partisipan 1 dan Partisipan 2

Keterangan	Partisipan 1	Partisipan 2
Tanggal MRS	29 Februari 2024	1 Maret 2024
Jam MRS	05.00 WIB	10.00 WIB
Tanggal Operasi SC	29 Februari 2024	1 Maret 2024
Jam Operasi SC	09.00 WIB	13.00 WIB
Ruangan	Ruang Arofah	Ruang Arofah
Diagnosa Medis	Post SC P1-1 37/ 38 mmg + KPD	Post SC P2-2 39/38 mmg + Letak Sungsang + Hidromion
Tanggal Pengkajian	29 Februari 2024	1 Maret 2024
Jam Pengkajian	13.00 WIB	17.00 WIB
Indikasi SC	KPD	Letak sungsang + Hidromion
Jenis Anastesi	Anastesi SAB	Anastesi SAB

2) Identitas Pasien

Tabel 4. 2 Partisipan 1 dan Partisipan 2

Identitas Pasien	Partisipan 1	Partisipan 2
Nama	Ny. S	Ny. F
Umur	22 tahun	27 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Alamat	Mojoanyar – Mojokerto	Puri – Mojokerto

Identitas Suami	Partisipan 1	Partisipan 2
Nama	Tn. B	Tn. S
Umur	26 tahun	30 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Karyawan pabrik swasta	Wirausaha
Alamat	Mojoanyar- Mojokerto	Puri- Mojokerto

3) Riwayat Penyakit

Tabel 4.3 Riwayat penyakit partisipan 1 dan partisipan 2

Riwayat Kesehatan	Partisipan 1	Partisipan 2
Keluhan utama	Klien mengatakan kesulitan melakukan pergerakan seperti miring kanan- miring kiri, akibat nyeri post sectio caesarea.	Klien mengatn kesulitan dalam melakukan pergerakan, akibat ada luka post sectio caesarea, sehingga belum bisa miring kanan- kiri.
Riwayat Kesehatan Sekarang	Klien mengatakan pada hari rabu tanggal 28 Februari 2024 menguluh perutnya kencang kencang mulai pukul 21.00, kemudian menjelang subuh pukul 03.30 tanggal 29 Februari 2024 terdapat cairan yang keluar dari jalan lahir dan perut terasa kencang kencang, kemudian langsung datang ke UGD MNE RSI Hasanah pukul 04.30, kemudian saat dilakukan pemeriksaan klien mengalami KPD dan tidak ada pembukaan, klien di MRS di Ruang arofah pukul 06.00 dan dijadwalkan operasi sectio caesarea pukul 09.00. Saat pengkajian setelah operasi SC jam 13.00 klien mengatakan sulit menggerakkan badan ke kanan- dan kiri, saat di gunakan untuk bergerak terasa nyeri akibat luka post sectio caesarea, nyeri	Klien mengatakan pada hari jumat tanggal 01 Maret 2024 (09.00) melakukan pemeriksaan di klinik RA Basoeni Sooko, klien melakukan pemeriksaan USG, dan hasilnya air ketuban terlalu banyak dan letak bayi sungsang, kemudian di Rujuk di RSI Hasanah masuk ke UGD MNE pukul (10.00), dijadwalkan operasi sectio caesarea pukul (13.00). Setelah dilakukan operasi SC klien dipindahkan di ruang arofah (17.00), saat pengkajian di ruang arofah (17.00). Klien mengatakan kesulitan dalam melakukan pergerakan terutama saat kaki dipaksa untuk bergerak miring kanan- miring kiri karena rasa nyeri luka post sectio caesarea dalam melakukan pergerakan, skala nyeri 5, klien mengatakan cemas saat melakukan pergerakan.

		dengan skala 6, klien mengatakan kakinya sulit digerakkan, nyeri dirasakan saat kaki dipaksa untuk bergerak, klien mengatakan cemas jika dibuat untuk bergerak, klien mengatakan badanya terasa lemas, kepala terasa pusing kekuatan otot 5 pada ekstermitas atas, dan 3 pada ekstermitas bawah. Klien tampak dengan gerakan terbatas, pergerakan klien tampak lambat.	Kekuatan otot klien klien 5 pada ekstermitas adan dan 3 pada ekstermitas bawah. Klien tampak dengan gerakan terbatas. pergerakan klien lambat.
Riwayat Dahulu	Kesehatan	Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat sakit dahulu	Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat sakit dahulu
Riwayat keluarga	Kesehatan	Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit yaitu Diabetes Melitus dari keluarga suaminya

4) Riwayat Obstetri

Tabel 4. 4 Riwayat Obsetri dan Kehamilan

Keterangan	Partisipan 1	Partisipan 2
Riwayat Menstruasi a) Usia menarche b) Siklus c) Lama d) Keluhan saat haid	a) 12 tahun b) 28 hari c) 7 hari d) Nyeri perut saat menstruasi	a) 14 tahun b) 28 hari c) 8 hari d) Nyeri perut dan nyeri panggul e) 01 Juni 2023
Riwayat Obsetri a) HPHT b) HPL	a) 07 Juni 2023 b) 14 Maret 2024	a) 01 Juni 2023 b) 08 Maret 2024
Riwayat Perkawinan a) Status b) Umur pernikahan	a) Menikah b) 2 tahun	a) Menikah b) 8 tahun

<p>Riwayat Kontrasepsi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Jenis b) Lama pemakaian c) Masalah yang terjadi d) Rencana kontrasepsi yang akan datang 	<ul style="list-style-type: none"> a) Belum pernah menggunakan alat kontrasepsi b) Rencana kontrasepsi yang akan datang KB suntik 1 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> a) KB suntik 1 bulan dan KB suntik 3 bulan b) KB suntik 1 bulan 1 tahun pemakaian, sedangkan KB suntik 3 bulan 3,5 tahun pemakaian c) Tidak ada d) KB suntik 3 bulan
<p>Riwayat Persalinan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tanggal partus b) Ibu hamil c) Cara lahir d) Penolong e) Jenis kelamin f) Keadaan anak g) BB/ PB 	<p>Persalinan 1</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 29 Februari 2024 b) Aterm c) Sectio Caesarea d) RSI Hasanah e) Laki- laki f) Sehat g) 2,6 kg/ 48 cm 	<p>Persalinan 1</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 05 juli 2016 b) Aterm c) Spontan d) Bidan desa e) Perempuan f) Sehat g) 2,7 kg/ 47 cm <p>Persalinan ke 2</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 01 Maret 2024 b) Aterm c) Sectio caesarea d) RSI Hasanah e) Laki- laki f) Sehat g) 2,7 kg/ 47 cm

Tabel 4. 5 Pola Kesehatan Fungsional Partisipan 1 dan Partisipan 2

Pola Kesehatan Fungsional	Partisipan 1	Partisipan 2
Pola persepsi Kesehatan	<p>Klien mengatakan nyeri pada luka operasinya, jika dibuat untuk bergerak nyeri, seperti menekukkan kaki sambil berbaring nyeri terasa, klien tampak belum bisa miring kanan miring kiri. Klien masih tampak berbaring sambil menekukkan kakinya, klien takut melakukan pergerakan, klien mengatakan badannya masih terasa lemas, dan kepalanya terasa pusing.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P: Nyeri saat ekstermitas bawah dipaksa untuk bergerak 2) Q: Seperti diris-iris 3) R: Berfokus pada satu titik yaitu luka bekas operasi abdomen bagian bawah 4) S: Skala 6 5) T: Muncul secara perlahan 	<p>Klien mengatakan nyeri pada luka operasinya, klien mengatakan takut untuk bergerak, nyeri jika dibuat untuk bergerak. Klien tampak belum bisa melakukan gerakan miring kanan miring kiri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P: Nyeri saat ekstermitas bawah dipaksa untuk bergerak 2) Q: Seperti diris-iris 3) R: Berfokus pada satu titik yaitu pada luka bekas operasi abdomen bagian bawah 4) S: Skala nyeri 5 5) T: Muncul secara perlahan
Pola Nutrisi Metabolik	<p>Klien sebelum dianjurkan puasa sebelum melakukan tindakan operasi SC klien mengatakan makan 3x/ hari makan nasi kemudian lauk pauk yang tinggi protein dan minum susu kemudian air putih 5-6 gelas/ hari. Saat pengkajian hari pertama pasien masih dalam keadaan puasa. Pada pengkajian hari ke 2 pasien makan 3x/ hari</p>	<p>Klien sebelum dianjurkan puasa, sebelum melakukan tindakan SC klien mengatakan makan 3x/ hari makan lauk pauk, sayur dan mium air putih 5-6 gelas/ hari. Saat pengkajian hari pertama masih dalam keadaan puasa. Saat pengkajian hari ke 2 pasien makan 3x sehari dari RS dengan nasi</p>

	makanan porsi RS, makanan tidak dihabiskan oleh pasien hanya dimakan setengah porsi saja, makan nasi halus, lauk serta sayur, minum air putih 4-5 gelas/ hari dan susu.	halus lauk pauk, sayur, dan buah makanan dihabiskan hanya setengah porsi saja minum air putih 4-5 gelas/ hari dan susu.
Pola Istirahat Tidur	Klien mengatakan sebelum MRS klien bisa tidur siang dari jam 12.00-15.00, tidur malam biasanya mulai jam 21.00- 04.30. saat MRS klien susah untuk tidur karena rasa nyeri mengakibatkan rasa tidak nyaman	Klien mengatakan sebelum MRS klien bisa tidur siang 13.00-15.00, tidur malam 22.00- 05.00. saat MRS pasien susah tidur karena rasa nyeri yang mengakibatkan rasa nyaman. Pasien mengatakan sering terbangun.
Pola Aktivitas Dan Latihan	Klien mengatakan nyeri saat bergerak, sulit melakukan pergerakan, klien mengatakan takut pada jahitan operasinya jika dibuat untuk bergerak, skala nyeri 6, nyeri seperti diiris-iris, klien belum bisa melakukan miring kanan-miring kiri, klien hanya berbaring menggerakkan kakinya saja, jika dibuat untuk bergerak nyeri semakin bertambah. Akibat nyeri tersebut klien mengalami keterbatasan dalam melakukan mobilisasi. Kekuatan otot: $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 3 & 3 \end{array}$	Klien mengatakan nyeri saat bergerak, sulit melakukan pergerakan, klien mengatakan takut jika dibuat untuk bergerak, skala nyeri 5, nyeri seperti diiris-iris, klien belum bisa melakukan miring kanan- miring kiri, klien hanya berbaring menggerakkan kakinya saja. Akibat nyeri tersebut klien mengalami keterbatasan dalam melakukan mobilisasi. Kekuatan otot: $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 3 & 3 \end{array}$
Pola Eliminasi	Klien terpasang folly kateter, warna urine	Klien terpasang folly kateter, warna urine

	kuning, bau urine khas ammonia, frekuensi BAK 500cc, klien mengatakan belum BAB	kuning, bau urine khas ammonia, frekuensi BAK 600cc, klien mengatakan belum BAB
Pola Kognitif	Kemampuan panca indera dan kemampuan bicara pasien normal, mampu dalam memahami tempat, waktu, dan orang dalam keadaan normal .	Kemampuan panca indera dan kemampuan bicara pasien normal, mampu dalam memahami tempat, waktu, dan orang dalam keadaan normal
Pola Konsep Diri	klien merasa senang saat melahirkan anak pertamanya, yang sangat dinantikan oleh keluarga selama 2 tahun, namun klien merasa cemas dan khawatir ketika beraktivitas sehari-hari jahitan di perutnya akan robek.	Klien mengatakan kelahiran anak keduanya sangat diharapkan, namun klien merasa sedikit khawatir karena pertama kali melakukan SC luka jahitnya tak kunjung sembuh apabila sering dibuat bergerak
Pola Koping	Klien mengatakan efek nyeri terhadap tingkat stresnya yakni sering merasa cemas, karena takut terlepas menjadikan emosi pasien naik, pasien mengatakan tegang saat dilakukan mobilisasi.	Klien mengatakan nyeri yang dirasakan saat bergerak membuat pasien merasa cukup stress dan emosi meningkat tegang saat dilatih untuk melakukan mobilisasi
Pola Peran Hubungan	Tidak ada perubahan pola hubungan peran, ibu sangat senang dengan kelahiran anaknya sistem pendukung klien adalah suami dan keluarganya.	Tidak ada perubahan peran pada ibu baik pada kehamilan pertama secara normal dan kehamilan ke dua secara SC sama saja, tetap menjadikan klien sebagai ibu yang hebat telah melahirkan kedua anaknya meskipun yang ke dua lahir secara SC. Sistem pendukung klien adalah suami, anak, serta keluarga klien

Pola Reproduksi seksualitas	Klien mengatakan saat nifas tidak ada keluhan	Klien mengatakan saat nifas terasa nyeri pada area betis.
Pola Nilai keyakinan	Klien mengatakan agama dan keyakinan penting, klien mengatakan beragama islam, saat di rumah sakit klien menjalankan ibadah dalam posisi duduk maupun berbaring	Klien mengatakan agama dan keyakinan penting, klien mengatakan beragama islam, saat di rumah sakit klien menjalankan ibadah dalam posisi duduk maupun berbaring

a) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 6 pemeriksaan fisik partisipan 1 dan 2

Pemeriksaan	Partisipan 1	Partisipan 2
Fisik		
Keasadaran	Composmentis	Composmentis
Kesadaran umum	Lemah	Lemah
TB/ BB saat hamil	154cm/ 68kg	152cm/ 70kg
TB/ BB sebelum hamil	154cm/ 55kg	152cm/ 62kg
Lila	26 cm	27cm
GCS	Eyes: 4 Verbal: 5 Motorik: 6	Eyes: 4 Verbal: 5 Motorik: 6
Tanda- tanda vital	TTV= TD: 100/70 mmHg Nadi: 74x/ menit RR: 20x/ menit Suhu: 36,5° C	TTV= TD: 110/80 mmHg Nadi: 86x/ menit RR: 20x/ menit Suhu: 36,3° C
Kepala	1) Inpeksi: Bentuk kepala simetris 2) Palpasi: tidak teraba ada benjolan atau	1) Inpeksi: Bentuk kepala simetris 2) Palpasi: tidak teraba ada benjolan atau hematom

	hematom	
Mata	<p>1) Inpeksi: Skelara bewarna putih, kongjungtiva bewarna merah muda,</p> <p>2) Palpasi: palpebra atas dan bawah teraba tidak ada edema</p>	<p>1) Inpeksi: Skelara bewarna putih, kongjungtiva bewarna merah muda,</p> <p>2) Palpasi: palpebra atas dan bawah teraba tidak ada edema</p>
Hidung	<p>1) Inpeksi: Hidung tampak bersih tidaka ada sekret terdapat sekat hidung, tidak terdapat corpus alineum atau benda asing,</p> <p>2) Palpasi: sinus frontal teraba lunak</p>	<p>1) Inpeksi: Hidung tampak bersih tidaka ada sekret terdapat sekat hidung, tidak terdapat corpus alineum atau benda asing,</p> <p>2) Palpasi: sinus frontal teraba lunak</p>
Mulut dan gigi	<p>1) Inpeksi: Mulut tampak bersih tidak ada stomatitis, jumlah gigi terdapa 32</p> <p>2) Palpasi: terdapat reflek menelan.</p>	<p>1) Mulut tampak bersih tidak ada stomatitis, klien mengatakan giginya copot 1 sehingga jumlah jumlah gigi terdapat 31</p> <p>2) Palpasi: terdapat reflek menelan.</p>
Telinga	<p>1) Inpeksi: Bentuk telinga simetris, tidak terdapat corpus alineum atau benda asing, terdapat rambut halus,</p> <p>2) Palpasi: Daun telinga teraba lunak</p>	<p>1) Inpeksi: Bentuk telinga simetris, tidak terdapat corpus alineum atau benda asing, terdapat rambut halus,</p> <p>2) Palpasi: Daun telinga teraba lunak</p>
Leher	<p>1) Inpeksi: tidak terdapat massa</p> <p>2) Palpasi: teraba tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe</p>	<p>1) Inpeksi: tidak terdapat massa</p> <p>2) Palpasi: teraba tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe</p>
Payudara	<p>1) Inpeksi: tampak putting susu sudah menonjol, pengeluaran ASI</p>	<p>3) Inpeksi: tampak putting susu sudah menonjol, pengeluaran ASI belum lancar masih menetes</p>

	<p>belum lancar masih menetes</p> <p>2) Palpasi: tidak ada pembesaran pada mamae</p>	<p>4) Palpasi: tidak ada pembesaran pada mamae</p>
Thorak	<p>1) Inpeksi: Bentuk dada simetris, tidak terdapat otot bantu pernapasan</p> <p>2) Palpasi: vocal fremitus simetris, ekspansi simetris</p> <p>3) Perkusi: terdengar suara sonor</p> <p>4) Auskultasi: Tidak terdapat bunyi napas tambahan.</p>	<p>1) Inpeksi: Bentuk dada simetris, tidak terdapat otot bantu pernapasan</p> <p>2) Palpasi: vocal fremitus simetris, ekspansi simetris</p> <p>3) Perkusi: terdengar suara sonor</p> <p>4) Auskultasi: Tidak terdapat bunyi napas tambahan.</p>
Kardiovaskuler	<p>1) Inpeksi: Tidak terdapat ictus cordis</p> <p>2) Palpasi: tidak teraba thrill atau getaran pada ics 6</p> <p>3) Perkusi: terdengar suara redup</p> <p>4) Aukultasi: suara jantung normal S1 bunyi Tunggal lup- dug- lup- dug</p>	<p>1) Inpeksi: Tidak terdapat ictus cordis</p> <p>2) Palpasi: tidak teraba thrill atau getaran pada ics 6</p> <p>3) Perkusi: terdengar suara redup</p> <p>4) Aukultasi: suara jantung normal S1 bunyi Tunggal lup- dug- lup- dug</p>
Abdomen	<p>1) Inpeksi: Abdomen tampak simetris, terdapat luka bekas sayatan SC di bawah umbilicus dengan Panjang 10 cm membentuk garis horizontal keadaan luka tertutup perban, tidak stretchmat</p> <p>2) Auskultasi: Bising usus melemah 19x/ menit</p> <p>3) Palpasi: Terdapat nyeri tekan pada area bekas sayatan tindakan SC, nyeri</p>	<p>1) Inpeksi: Abdomen tampak simetris, terdapat luka bekas sayatan SC di bawah umbilicus dengan Panjang 10 cm membentuk garis horizontal keadaan luka tertutup perban, ada stretchmat</p> <p>2) Auskultasi: Bising usus melemah 23x/ menit</p> <p>3) Palpasi: Terdapat nyeri tekan pada area bekas sayatan tindakan SC, nyeri seperti diris- iris, skala nyeri 5, nyeri saat dilakukan untuk</p>

	<p>seperti diris- iris, skala nyeri 6, nyeri saat dilakukan untuk bergerak. TFU setinggi pusat, kontraksi uterus keras</p> <p>4) Perkusi: Hipertympani</p>	<p>bergerak. TFU satu jari di atas pusat, kontraksi uterus keras</p> <p>4) Perkusi: Hipertympani</p>																		
Ekstermitas Atas	Tidak adak edema, terpasang infus pada tangan sebelah kiri	Tidak adak edema, terpasang infus pada tangan sebelah kiri																		
Ekstermitas Bawah	<p>Sulit digerakkan, saat dipaksa untuk bergerak miring kanan- miring kiri, menekukkan ekstermitas bawahnya nyeri akan terasa, sehingga klien kesulitan dalam melakukan mobilisasi. Ekstermitas bawah klien tidak edema</p> <p>Kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>5</td><td> </td><td>5</td></tr> <tr><td colspan="3" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>3</td><td> </td><td>3</td></tr> </table>	5		5				3		3	<p>Sulit untuk digerakkan saat dipaksa untuk bergerak miring kanan- miring kiri nyeri akan muncul, sehingga klien mengalami kesulitan dalam mobilisasi. Ekstermitas bawah klien keduanya edema dan klien mengatakan terasa kram</p> <p>Kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>5</td><td> </td><td>5</td></tr> <tr><td colspan="3" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>3</td><td> </td><td>3</td></tr> </table>	5		5				3		3
5		5																		
3		3																		
5		5																		
3		3																		
Genetalia	Inpeksi: Perempuan	Inpeksi: Perempuan																		

b) Skala aktivitas

Tabel 4.7 Skala Aktifitas pada partisipan 1 dan partisipan 2

1) Partisipan 1

Kemampuan Merawat Diri	0	1	2	3	4
Makan dan Minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting				✓	
Berbakaian			✓		
Mobilitas di tempat tidur			✓		
Berpindah			✓		
Ambulasi			✓		

2) Partisipan 2

3) Kemampuan Merawat Diri	0	1	2	3	4
Makan dan Minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting				✓	
Berbakaian			✓		
Mobilitas di tempat tidur			✓		
Berpindah			✓		
Ambulasi			✓		

Keterangan:

0 = Mandiri

1=Alat Bantu

2= Dibantu orang lain

3= Dibantu orang lain dan alat

4= Tergantung total

c) Data penunjang

Data penunjang atau hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada partisipan 1 dan 2.

Tabel 4. 8 Data penunjang partisipan 1 dan partisipan 2

Pemeriksaan Darah	Hasil partisipan 1	Hasil partisipan 2	Nilai Normal
Hemoglobin (HGB)	10,1 g/ dl	11,7 g/ dL	11,7-15,5 g/dl
Leukosit (WBC)	11.990 / mm ²	8.520/ mm ²	3600- 11000/mm ²
Hematokrit (HTC)	30,1%	33,7%	33-45%
Trombosit (PLT)	259.000/mm ²	389.000/mm ²	15000- 45000/mm ²
Erosit (RBC)	3,26 Juta	3,72 Juta	3,8-5,8 Juta

d) Terapi

Tabel 4.9 Terapi pada partisipan 1 dan partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
Infus RL 1500cc/ 24 jam = 21 tpm	Infus RL 1500cc/ 24 jam = 21 tpm
Drip Oxytosin 10 ml	Drip Oxytosin 10 ml
Injeksi Cefotaxin 3x1 gr	Injeksi Cefotaxin 3x1 gr
Injeksi Ketorolak 3x30 mg	Injeksi Ketorolak 3x30 mg
Injeksi Ranitidin 3x25 mg	Injeksi Ranitidin 3x25 mg
Injeksi Dexamethasone 3x5 mg	Injeksi Dexamethasone 3x5 mg
Oral Asam Mefenamat 3x500 mg	Oral Asam Mefenamat 3x500 mg
Oral Livron B- Plek 2x1 tablet	Oral Vitamin B- Komplek 2x1 tablet
Oral Paracetamol 3x500 mg	Oral Paracetamol 3x500 mg



4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 10 Analisa data partisipan 1 dan partisipan 2
Partisipan 1

Data	Etiologi	Masalah				
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kaki sulit digerakkan, jika dipaksa untuk bergerak terasa nyeri, nyeri dengan skala 6 2. Klien mengatakan kaki sulit digerakkan setelah tindakan SC masih, tubuh terasa lemas 3. Klien mengatakan merasakan khawatir jika dibuat untuk bergerak jahitannya akan terbuka <p>Data Obejektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak enggan melakukan pergerakan/ mobilisasi 2. Gerakan terbatas, sulit membolak-balikkan badannya 3. Pergerakan klien tampak lambat atau lemah 4. Hemoglobin (HB) 10,1 mg/ dl 5. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> </tr> </table> 	5	5	3	3	<p style="text-align: center;">Ketuban Pecah Dini (KPD)</p> <pre> graph TD KPD[Ketuban Pecah Dini (KPD)] --> Post[Post Sectio Caesarea] KPD --> Anemia[Anemia] Post --> Insisi[Tindakan insisi Abdomen] Anemia --> Hg[Hemoglobin menurun] Insisi --> Jaringan[Jaringan pembuluh darah dan saraf-saraf di sekitar daerah sayatan terputus inkounitas] Hg --> Lemas[Tubuh terasa lemas saat melakukan pergerakan] Jaringan --> Kekurangan[Kekurangan histamin dan prostaglandin] Kekurangan --> Anestesi[Efek dari anastesi] Anestesi --> Nyeri[Nyeri pada abdomen bagian bawah] Nyeri --> Kecemasan[Kecemasan saat Melakukan pergerakan] Kecemasan --> Gangguan[Gangguan mobilitas fisik (D.0054)] Lemas --> Gangguan </pre>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>
5	5					
3	3					

Partisipan 2

Data	Etiologi	Masalah
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kakinya sulit digerakkan masih terasa kram setelah tindakan SC dan kaki bengkak. 2. Klien mengatakan nyeri pada bagian operasi SC saat digunakan untuk bergerak. 3. Klien belum bisa melakukan miring kanan- kiri 4. Klien mengatakan merasakan cemas jika dibuat untuk bergerak jahitannya akan terbuka, karena jahitan menurut pasien banyak yang SC dibandingkan dengan kehamilan yang pertama secara spontan. <p>Data Obejktif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerakan terbatas, sulit melakukan pergerakan miring kanan- kiri 2. Klien tampak enggan melakukan pergerakan 3. Pergerakan klien tampak lambat atau lemah 4. Kekuatan otot menurun 	<p>Letak sungsang & hidromion</p> <p>↓</p> <p>Post sectio caesarea</p> <p>↓</p> <p>Tindakan insisi abdomen</p> <p>↓</p> <p>Jaringan pembuluh darah dan saraf- saraf di sekitar daerah sayatan terputus inkounitas</p> <p>↓</p> <p>Kekurangan histamin dan prostaglandin</p> <p>↓</p> <p>Efek dari anastesi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri pada abdomen bagian bawah</p> <p>↓</p> <p>Kecemasan saat melakukan pergerakan</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>

5	5		
3	3		

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 11 Diagnosa keperawatan partisipan 1 dan 2

Partisipan	Diagnosa Keperawatan
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, anemia ditandai dengan Hemoglobin 10,1 mg/dl, klien sulit menggerakkan badannya dan nyeri pada luka sectio caesarea, tubuh terasa lemas akibat rasa nyeri pasien sulit melakukan aktifitas adan mobilisasi.
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien sulit melakukan gerakan miring kanan – miring kiri di abdomen terdapat luka post sectio caesarea sehingga pasien belum bisa malakukan miring kanan miring kiri.



4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 12 Intervensi keperawatan partisipan 1 dan 2

Partisipan 1		Partisipan 2		
Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pada ibu post SC membaik dengan kriteri hasil: 1) Pergerakan ekstermitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Nyeri menurun dengan skala ringan 4) Hemoglobin dalam batas normal 5) Rasa lemas	a) Observasi 1) Memonitor pemeriksaan darah hemoglobin 2) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3) Identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi pada ibu post SC 4) Memonitor keadaan ibu post SC setelah melakukan mobilisasi dini 5) Memonitor kemajuan/ keluarga dalam melakukan mobilisasi b) Terapeutik 6) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pada ibu post SC membaik dengan kriteri hasil: 1) Pergerakan ekstermitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Nyeri menurun dengan skala ringan 4) Kecemasan menurun 5) Kemampuan mengenali penyebab gangguan mobilitas pada	a) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi pada ibu post SC 3) Memonitor keadaan ibu post SC setelah melakukan mobilisasi dini 4) Memonitor kemajuan/ keluarga dalam melakukan mobilisasi b) Terapeutik 5) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga 6) Melakukan	a) Observasi 1) Dengan mengobservasi tanda- tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi pada ibu post sc, kita dapat mengetahui apakah ibu sudah bisa melakukan mobilisasi dini pasca tindakan SC. 2) Dengan memonitor hemoglobin pasien perawat dapat mengetahui terjadinya anemia. 3) kesiapan pasien dalam menerima informasi dari petugas kesehatan.

<p>dalam melakukan pergerakan menurun</p> <p>6) Kecemasan menurun</p> <p>7) Kemampuan mengenali penyebab gangguan mobilitas pada ibu post SC meningkat</p>	<p>7) Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi.</p> <p>8) Memberi kesempatan klien untuk bertanya</p> <p>c) Edukasi</p> <p>9) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, serta dampak imobilisasi</p> <p>10) Anjurkan ibu 6 jam pertama setelah tindakan SC dengan tarik napas dalam dalam posisi tubuh terlentang, dan menggerakkan tangan dan kaki.</p> <p>11) Anjurkan ibu 6-10 jam setelah tindakan SC untuk melakukan mobilisasi miring kanan dan miring kiri</p> <p>12) Anjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau</p>	<p>ibu post SC meningkat</p>	<p>pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi.</p> <p>7) Memberi kesempatan klien untuk bertanya</p> <p>c) Edukasi</p> <p>8) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, serta dampak imobilisasi</p> <p>9) Anjurkan ibu 6 jam pertama setelah tindakan SC dengan tarik napas dalam dalam posisi tubuh terlentang, dan menggerakkan tangan dan kaki.</p> <p>10) Anjurkan ibu 6-10 jam setelah tindakan SC untuk melakukan mobilisasi miring kanan dan miring kiri</p> <p>11) Anjurkan ibu 24 jam</p>	<p>4) Dengan mengidentifikasi tanda- tanda dan hambatan kita dapat menentukan aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada ibu post SC.</p> <p>5) Sebagai bentuk upaya dalam memastikan pemulihan ibu yang aman, serta kita sebagai perawat dapat mengetahui kemajuan pemulihan ibu post SC.</p> <p>6) Dengan adanya memonitor kemajuan pasien atau keluarga pasien dalam melakukan</p>
--	--	------------------------------	---	--

	<p>posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan</p> <p>d) Kolaborasi</p> <p>13) Kolaborasi pemberian suplemen penambah darah.</p>		<p>setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan</p>	<p>mobilisasi kita dapat melihat seberapa jauh perkembangan pasien dapat melakukan mobilisasi pasca setelah beberapa jam setelah tindakan SC.</p> <p>b) Terapeutik</p> <p>7) Sebagai upaya memberikan penjelasan kepada keluarga dan pasien tentang tujuan dan prosedur mobilisasi pada ibu post SC yang berguna untuk mempertahankan fungsi tubuh, menurunkan resiko infeksi, dan agar tidak terjadi permasalahan pada pembuluh darah</p>
--	---	---	---	---

				<p>ibu post SC.</p> <p>8) Dengan memberikan dukungan emosional kepada pasien yang mungkin mengalami kecemasan dan ketakutan selama proses pemulihan.</p> <p>9) Dengan pasien mengajukan pertanyaan kita sebagai perawat dapat mengetahui hal-hal yang belum diketahui pasien tentang gangguan mobilitas fisik pada ibu post SC .</p> <p>c) Edukasi</p> <p>10) Sebagai upaya pasien dan keluarga mampu memahami tujuan dilakukan</p>
--	--	---	--	--

				<p>mobilisasi dini dan dampak apabila tidak melakukan mobilisasi pada ibu post SC.</p> <p>11) Mobilisasi 6 jam pertama adalah upaya untuk mengurangi kecemasan ibu post SC, meningkatkan oksigenasi, dan membantu mengurangi rasa sakit.</p> <p>12) Mobilisasi 6-10 jam pasca SC sebagai upaya untuk mencegah komplikasi dan pembekuan darah, membantu meningkatkan sirkulasi darah, dan mengurangi rasa ketidaknyamanan</p>
--	--	--	--	--



				<p>pasca SC.</p> <p>13) Dengan melakukan mobilisasi 24 jam pasca SC dapat melatih ibu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari secara normal.</p> <p>14) Sebagai upaya mengatasi terjadinya anemia serta meningkatkan mineral dalam tubuh.</p>
--	--	--	--	---



4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 13 Implementasi keperawatan partisipan 1 dan 2

PARTISIPAN 1					PARTISIPAN 2				
Hari Ke	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf	Hari ke	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1	29 februari 2024	14.10	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: Klien mengatakan ingin mengetahui informasi lebih banyak tentang mobilisasi pada ibu post SC	PFW	1	1 Maret 2024	18.10	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: Klien mengatakan ingin mengetahui lebih banyak tentang informasi dan cara agar bekas luka jahitan operasi cepat pulih.	PFW
		14.20	2. Mengidentifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi pada ibu post SC Hasil: Tidak ada kontra indikasi dalam melakukan mobilisasi, namun terdapat indikasi yang mengahuruskan klien untuk bermobilisasi yakni kelemahan otot akibat tindakan sectio caesarea dan membantu proses penyembuhan luka post	PFW			18.15	2. Mengidentifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi pada ibu post SC Hasil: Tidak ada kontra indikasi dalam melakukan mobilisasi, namun terdapat indikasi yang mengahuruskan klien untuk	PFW

		15.15	<p>secara bertahap yang sudah dijelaskan oleh perawat.</p> <p>5. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga</p> <p>Hasil: Keluarga siap menerima informasi tentang Pendidikan Kesehatan pada ibu post SC yang dihadiri oleh suami, ibu pasien serta mertua pasien.</p>	PFW		19.05	<p>klien tampak dengan gerakan terbatas, pergerakan klien lambat.</p> <p>4. Memonitor kemajuan/keluarga dalam melakukan mobilisasi.</p> <p>Hasil: Keluarga klien mengatakan akan membantu dalam mobilisasi secara bertahap yang sudah dijelaskan oleh perawat.</p>	PFW
		14.25	<p>6. Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi.</p> <p>Hasil: Perawat melakukan pendampingan dan mengajarkan partisipan 1 saat mobilisasi 4 jam pertama yaitu dengan melatih menggerakkan tangan, jari- jari tangan, dan kaki, melakukan pendampingan saat 6 jam post SC dengan mengajarkan miring kanan-</p>	PFW		18.25	<p>5. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga</p> <p>Hasil: Keluarga mengatakan siap menerima informasi yang diberikan oleh perawat tentang Pendidikan Kesehatan pada pasien setelah operasi caesarea, yang dihadiri oleh suami pasien.</p>	PFW
						18.45	<p>6. Melakukan</p>	PFW

			kooperatif mau melakukan teknik relaksasi napas dalamdalam dengan posisi tubuh terlentang dan dan menggerakkan tangan serta kaki.				18.35	8. Menjelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, serta dampak imobilisasi Hasil: Keluarga dan pasien tampak kooperatif, dan menyimak apa yang dijelaskan oleh perawat, dengan memberikan respon dengan jawaban “iya”	PFW
		14.50	10. Menganjurkan ibu 6-10 jam setelah tindakan SC untuk melakukan mobilisasi miring kanan dan miring kiri Hasil: Klien tampak bisa melakukan pergerakan miring kanan selama 3 menit, klien mengatakan masih terasa nyeri, dan khawatir jika digunakan untuk bergerak.	PFW			18.50	9. Menganjurkan ibu 6 jam pertama setelah tindakan SC dengan tarik napas dalam dalam posisi tubuh terlentang, dan menggerakkan tangan dan kaki. Hasil: Klien tampak kooperatif mau melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan posisi tubuh terlentang dan dan menggerakkan tangan serta kaki.	PFW
		15.00	15) Kolaborasi pemberian suplemen penambah darah: Hasil: Livron B Plek 1 tablet	PFW			19.00	10. Menganjurkan ibu 6-10 jam setelah tindakan SC	PFW

								<p>untuk melakukan mobilisasi miring kanan dan miring kiri</p> <p>Hasil: Klien tampak bisa melakukan pergerakan miring kanan selama 4 menit, klien mengatakan masih terasa nyeri dengan skala nyeri 5, dan khawatir jika digunakan untuk bergerak.</p>	
2	01 Maret 2023	13.30	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital. Hasil: TTV= TD: 110/74 mmHg Nadi: 84x/ menit RR: 20x/ menit Suhu: 36,4 °C</p> <p>2. Memonitor pemeriksaan darah hemoglobin Hasil: Hemoglobin 10,9 mg/dl</p> <p>3. Memonitor keadaan ibu post SC setelah melakukan mobilisasi dini</p>	PFW	2	02 Maret 2024	17.30	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital. Hasil: TTV= TD: 120/80 mmHg Nadi: 88x/ menit RR: 20x/ menit.</p> <p>2. Memonitor keadaan ibu post SC setelah melakukan mobilisasi dini Hasil: Klien mengatakan kakinya jika digerakkan</p>	PFW
		13.40		PFW			18.30		PFW
		14.15		PFW					

			<p>Hasil: Klien mengatakan kakinya jika di paksa bergerak nyeri sudah mulai berkurang dengan skala 4, klien mengatakan bisa melakukan peregerakan miring kanan-miring kiri secara mandiri, posisi semi fowler, saat mencoba dalam posisi duduk selama 3 menit dibantu oleh suaminya klien mengatakan masih terasa pusing, dan mata seperti berkunang-kunang, klien mengatakan rasa lemas pada badannya mulai menurun, rasa pusing pada kepalanya mulai menurun, klien mengatakan nyeri saat bergerak mulai berkurang dengan skala 4, klien mengatakan cemas rasa takut untuk melakukan peregerakan mulai menurun, gerakan terbatas klien tampak mulai berkurang, pergerakan klien</p>				<p>nyeri sudah mulai berkurang skala nyeri 3, klien mengatakan kakiknya sudah tidak terasa kram, klien mengatakan sudah bisa melakukan peregerakan miring kanan- miring kiri secara mandiri, posisi semi fowler, dan duduk dibantu oleh suaminya selama 20 menit, klien mengatakan rasa cemas untuk bergerak mulai berkurang, gerakan terbatas klien mulai berkurang, pergerakan klien tampak mulai tidak melambat. Kekuatan otot</p> <p style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> </p> <p>3. Melakukan</p>	5		5				5		5
5		5														
5		5														

		13.50	<p>tampak mulai tidak melambat. Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p>4. Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi. Hasil: Perawat melakukan pendampingan mobilisasi 24 jam setelah post SC untuk duduk atau posisi semi fowler, saat setelah 10 menit perawat mencoba untuk memposisikan duduk dibantun oleh suaminya , saat posisi duduk selama 3 menit pasien mengatakan kepala masih terasa pusing, dan mata seperti berkunang kunang. Perawat menganjurkan perubahan posisi setiap 2 jam.</p>	5		5	5		5	PFW		18.00	<p>pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi. Hasil: Perawat melakukan pendampingan mobilisasi 24 jam setelah post SC untuk duduk atau posisi semi fowler, perawat memposisikan pasien dalam posisi semi fowler, setelah posisi semi fowler selama 15 menit, pasien mencoba untuk posisi duduk 20 menit dibantu oleh suaminya. Klien belum berani mobilisasi berdiri dan berjalan secara perlahan. Perawat menganjurkan perubahan posisi setiap 2 jam</p>	PFW
5		5												
5		5												
		14.00	<p>5. Mengajarkan ibu 24 jam</p>	PFW		18.10	<p>4. Menganjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan</p>	PFW						

		14.20	<p>setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan</p> <p>Hasil: Klien tampak bisa melakukan pergerakan miring kanan- miring kiri kemudian posisi semi fowler, setelah posisi semi fowler selama 10 menit mencoba untuk duduk dibantu oleh suami selama 3 menit pasien mengatakan kepala terasa pusing dan mata terasa berkunang-kunang kemudian pasien kempabali ke posisi semi fowler.</p> <p>6) Kolaborasi pemberian suplemen darah: Hasil: Livron B Plek 1 tablet</p>	PWF				<p>kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan</p> <p>Hasil: Klien mengatakan saat sudah diposisikan semi fowler selama 15 menit, pasien mencoba untuk duduk dibantu oleh suaminya selama 20 menit kemudian mencoba Kembali ke posisi semifowler, lien mengatakatakan saat duduk hanya terasa nyeri saja, klien tampak belum berani menurunkan kaki ke lantai dan berjalan secara perlahan.</p>	
3	2 Maret 2023	13.40	1. Memonitor pemeriksaan darah hemoglobin	PFW	3	03 Maret 2024	14.00	1. Memonitor keadaan ibu post SC setelah	PFW

		13.50	<p>Hasil: 11,8 mg/ dl</p> <p>2. Memonitor keadaan ibu post SC setelah melakukan mobilisasi dini</p> <p>Hasil:</p> <p>Klien mengatakan kakinya jika dipaksa untuk bergerak nyeri sudah jarang muncul, nyeri dengan skala 2, klien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan miring kanan- miring kiri secara mandiri, posisi semi fowler, duduk secara mandiri selama 10 menit sudah tidak ada keluhan, berdiri selama 5 menit dibantu oleh suami sedikit, berjalan perlahan di sekitar tempat tidur selama 3 menit secara mandiri, klien mengatakan nyeri sudah berkurang saat melakukan pergerakan skala nyeri 2, klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas, kepalanya sudah tidak tersa pusing, klien mengatakan</p>	PFW				<p>melakukan mobilisasi dini</p> <p>Hasil:</p> <p>Klien mengatakan kakinya jika digunakan untuk bergerak nyeri sudah jarang muncul, skala nyeri 1 Klien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan miring kanan- miring kiri, secara mandiri posisi semi fowler, duduk secara mandiri selama 20 menit, berdiri selama 5 menit, dan berjalan 10 menit secara mandiri disekitar tempat tidur, klien mengatakan sudah tidak cemas saat melakukan pergerakan karena telah di berikan pendidikan kesehatan tentang manfaat mobilisasi pada pasien post sectio caesarea oleh perawat, klien tampak sudah tidak mengalami</p>
--	--	-------	--	-----	--	--	--	--

			<p>sudah tidak cemas dan tidak takut untuk bergerak, karena sudah mengetahui manfaat mobilisasi pada ibu post sectio caesarea, klien tampak sudah tidak mengalami gerakan terbatas, pergerakan klien sudah tidak lambat mulai normal seperti biasanya. Perawat menganjurkan perubahan posisi selama setiap 2 jam. Kekuatan otot</p> $\begin{array}{c} 5 & & 5 \\ \hline & & \\ \hline 5 & & 5 \end{array}$ <p>3. Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi. Hasil: perawat memberi pendampingan dan membantu klien dalam bermobilisasi duduk, berdiri, dan berjalan secara perlahan.</p>				<p>gerakan terbatas, pergerakan klien sudah tidak lambat mulai normal seperti biasanya. Perawat menganjurkan perubahan posisi selama setiap 2 jam. Kekuatan otot</p> $\begin{array}{c} 5 & & 5 \\ \hline & & \\ \hline 5 & & 5 \end{array}$ <p>2. Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi. Hasil: Perawat melakukan pendampingan dan membantu pasien saat bermobilisasi berdiri, kemudian berjalan secara perlahan ditempat tidur.</p> <p>3. Menganjurkan ibu 24</p>	
		14.20		PFW		14.50		PFW

	14.00	<p>4. Mengajarkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan</p> <p>Hasil: Klien tampak sudah miring kanan- miring kiri secara mandiri dalam posisi semi fowler, kemudian mencoba duduk selama 10 menit sudah tidak ada keluhan seperti hari ke 2 hanya keluhan nyeri saja, kemudian menurunkan kaki ke lantai, berdiri selama 5 menit dibantu suami , dan berjalan di sekitar tempat tidur selama 3 menit secara mandiri.</p>	PFW			14.10	<p>jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan</p> <p>Hasil: Klien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan miring kanan- miring kiri, secara mandiri posisi semi fowler, duduk secara mandiri selama 20 menit, berdiri selama 5 menit, dan berjalan 10 menit secara mandiri disekitar tempat tidur</p>	PFW
	14.30	<p>7) Kolaborasi pemberian suplemen darah: Hasil: Livron B Plek 1 table</p>	PFW					

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.14 Eeveelusi keperawatan partisipan 1 dan 2

PARTISIPAN 1				PARTISIPAN 2			
Hari Ke	Tanggal/ Jam	Evaluasi	Paraf	Hari Ke	Tanggal/ Jam	Evaluasi	Paraf
1	29 Feb 2024 (16.15)	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan jika kakinya dipaksa untuk bergerak miring kanan- miring kiri terasa nyeri akibat luka post sectio caesarea, nyeri dengan skala 6, klien mengatakan badannya masih terasa lemas dan pusing, klien mampu miring kanan- miring kiri selama 3 menit 2) klien mengatakan cemas saat melakukan pergerakan. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak dengan gerakan terbatas 2) Pergerakan klien tampak lambat <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda- tanda vital 2. Memonitor pemeriksaan darah hemoglobin 3. Memonitor keadaan ibu setelah 	PFW	1	1 Maret 2024 (20.00)	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan jika kakinya dipaksa melakukan pergerakan miring kanan- miring kiri terasa nyeri akibat luka post sectio caesarea. skala nyeri dengan skala 5, klien mampu melakukan miring kanan- miring kiri selama 4 menit 2) Klien mengatakan cemas saat melakukan pergerakan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak dengan gerakan terbatas 2) Peregerakan klien lambat <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda- tanda vital 2. Memonitor keadaan ibu setelah melakukan mobilisasi 	PFW

		<p>melakukan mobilisasi dini</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi 5. Menganjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan 6. Kolaborasi pemberian suplemen darah 				<p>dini</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi 4. Menganjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan 	
2	1 Maret 2024 (15.20)	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan kakinya jika dipaksa untuk bergerak nyeri sudah mulai menurun dengan skala nyeri 4, 2) Klien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan miring kanan-miring kiri secara mandiri, posisi semi fowler, saat mencoba dalam posisi duduk dibantu oleh suami selama 3 menit klien mengatakan masih terasa pusing, dan mata seperti berkunang-kunang. Klien mengatakan lemas sudah mulai menurun, dan rasa pusing mulai 	PFW	2	2 Maret 2024 (19.30)	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan kakinya jika dipaksa untuk bergerak mulai terasa nyeri berkurang, nyeri dengan skala 3. 2) Klien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan miring kanan- miring kiri secara mandiri, posisi semi fowler dan duduk selama 20 menit dibantu oleh suami. Kemudian kembali ke posisi semi fowler. . 3) Klien mengatakan rasa cemas 	PFW

		<p>menurun.</p> <p>3) Klien mengatakan cemas rasa takut untuk melakukan pergerakan mulai menurun</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gerakan terbatas klien tampak mulai berkurang 2) Pergerakan klien tampak mulai tidak melambat 3) Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">— —</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> </tr> </table> <p>4) Hemoglobin 10,9 mg/ dl</p> <p>A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda- tanda vital 2. Memonitor pemeriksaan darah hemoglobin 3. Memonitor keadaan ibu setelah melakukan mobilisasi dini 4. Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi 5. Menganjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi 	5	5	— —		4	4				<p>untuk bergerak mulai berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gerakan terbatas klien mulai berkurang 2) Pergerakan klien tampak mulai melambat 3) Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">— —</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> </tr> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda- tanda vital 2. Memonitor keadaan ibu setelah melakukan mobilisasi dini 3. Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi 4. Menganjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan 	5	5	— —		4	4
5	5																	
— —																		
4	4																	
5	5																	
— —																		
4	4																	

		<p>semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan</p> <p>6. Kolaborasi pemberian suplemen darah.</p>				<p>berjalan secara perlahan</p>	
3	<p>2 Maret 2024 (15.45)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan kakinya jika dipaksa bergerak nyeri terasa mulai jarang muncul skala nyeri 2 2) Klien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan miring kanan-miring kiri, posisi semi fowler, duduk secara mandiri selama 10 menit tidak ada keluhan, berdiri 5 menit di bantu oleh suami 3 menit dilakukan secara mandiri, berjalan perlahan di sekitar tempat tidur. Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas, dan sudah tidak terasa pusing. 3) Klien mengatakan sudah tidak cemas dan tidak takut untuk bergerak, karena sudah mengetahui manfaat mobilisasi pada ibu post sectio caesarea. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak sudah tidak mengalami 	PFW	3	<p>3 Maret 2024 (15.45)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan kakinya jika dipaksa untuk bergerak nyeri sudah jarang muncul, nyeri dengan skala 1. 2) Klien mengatakan sudah bisa melakukan gerakan miring kanan- miring kiri- posisi semi fowler, duduk 20 menit secara mandiri, berdiri 5 menit secara mandiri, berjalan 10 menit secara mandiri di sekitar tempat tidur 3) Klien mengataakan sudah tidak cemas saat melakukan pergerakan karena telah diberikan pendidikan kesehatan tentang manfaat mobilisasi pada pasien post SC oleh perawat. <p>O:</p>	PFW

		<p>gerakan terbatas</p> <p>2) Pergerakan klien sudah tidak lambat mulai normal seperti biasanya.</p> <p>3) Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-left: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>4) Hemoglonin 11,8 mg/dl</p> <p>A: Gangguan Mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Intervensi di hentikan.</p>	5	5			5	5				<p>1) Klien tampak sudah tidak mengalami gerakan terbatas</p> <p>2) Pergerakan klien sudah tidak lambat mulai normal seperti biasanya.</p> <p>3) Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-left: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan.</p>	5	5			5	5	
5	5																		
5	5																		
5	5																		
5	5																		



4.2 Pembahasan

Berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui pengkajian, diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan dengan maksud memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus nyata. Berisi tentang perbandingan antara partisipan 1 dan partisipan 2, antara kasus nyata dan teori. Perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yang disajikan untuk menjawab tinjauan kasus.

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada kedua klien didapatkan klien pertama (Ny. S) berusia 22 tahun dan klien kedua (Ny. F) berusia 27 tahun penulis berpendapat pada pengkajian usia tidak ditemukan adanya masalah karena menurut teori (Usman et al, 2021.) . Klien 1 (Ny. S) merupakan ibu post sectio caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) sedangkan klien 2 (Ny. F) dengan indikasi Letak Sungsang dan Hidromion (terlalu banyak cairan ketuban di sekitar janin) tidak ada riwayat sectio caesarea sebelumnya, persalinan pertama secara spontan.

Bedasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian klien dengan nyeri post sectio caesarea menunjukkan perbedaan atau kesengajaan antara partisipan 1 dan partisipan 2 yaitu post sectio caesarea hari pertama metode yang dilakukan adalah wawancara dan observasi. Hasil anamnese di dapatkan nyeri pada partisipan 1 mengalami nyeri sedang dengan skala nyeri 6, sedangkan partisipan 2 mengalami nyeri sedang dengan skala nyeri

5. Pasien post sectio caesarea memerlukan perawatan yang maksimal untuk mempercepat pengembalian fungsi tubuh dengan pemberian intervensi mobilisasi dini secara bertahap. Latihan mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah, meningkatkan pengeluaran ASI, dan pengeluaran sisa metabolisme dalam tubuh yang dapat menurunkan rasa nyeri (Solekhudin et al., 2022). Pendapat menurut penulis mengenai nyeri yang dirasakan ibu post sectio caesarea dikarenakan luka insisi pada abdomen, hal ini sesuai teori dan fakta, namun yang membedakan adalah skala nyeri dan cara menghadapi nyeri.

Keluhan subjektif partisipan 1 dan partisipan 2 mempunyai keluhan yang berbeda tetapi ada pula hal-hal yang sama yang telah dialami oleh kedua partisipan. Keluhan subjektif pada partisipan 1 adalah klien mengatakan kakinya sulit digerakkan jika bergerak terasa nyeri skala 6, tubuhnya terasa lemas dan kepalanya pusing sehingga klien sulit dalam melakukan mobilisasi, klien merasa takut khawatir saat digunakan untuk bergerak jahitan lukanya membuka. Pada keluhan objektif klien tampak enggan melakukan pergerakan/ mobilisasi, gerakan tampak terbatas, pergerakan klien tampak lambat, hemoglobin menurun 10,1 mg/dl, skala aktivitas ekstermitas atas 5 sedangkan ekstermitas bawah 3, pada partisipan 1 tidak memiliki riwayat sectio caesarea.

Keluhan subjektif pada partisipan 2 adalah klien mengatakan kakinya sulit digerakkan masih terasa kram setelah tindakan SC, klien mengatakan nyeri skala 5 saat digunakan untuk bergerak, takut jika dibuat untuk

bergerak. Pada keluhan objektif klien tampak gerakan terbatas, enggan melakukan pergerakan, pergerakan klien tampak lemah dan lambat, skala aktivitas ekstermitas atas 5 bawah 3 mempunyai riwayat persalinan spontan. Menurut penulis partisipan 2 menunjukkan kemajuan dalam melakukan mobilisasi, dan partisipan 2 menunjukkan sedikit kemajuan, menurut penulis hal ini disebabkan karena partisipan 1 mengalami penurunan hemoglobin yang menyebabkan klien terasa lemas yang dapat mengganggu aktivitas mobilisasi, sehingga menunjukkan cenderung sedikit kemajuan pada partisipan 1.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Terdapat luka post sectio caesarea menyebabkan rasa nyeri timbul saat bergerak, sehingga penderita takut untuk melaksanakan aktifitas sehari-hari dan ADL perlu dibantu mobilisasi secara bertahap. Nyeri merupakan bentuk stressor yang dapat menimbulkan sebagai respon salah satunya gangguan mobilitas fisik. . Gangguan mobilitas fisik *sectio caesarea* adalah kondisi dimana ibu mengalami pergerakan fisik secara terbatas atau terhambat akibat prosedur tindakan sectio caesrea ibu mengalami sulit melakukan pergerakan karena nyeri pada abdomen bagian bawah akibat sayatan dari dinding abdomen dan uterus pasca operasi sectio caesarea yang mengakibatkan ibu post sectio caesarea mengalami ketidaknyaman dalam bergerak (Doengus E.M et al, 2001).

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua klien didapatkan diagnosa yang sesuai dengan batasan karakteristik yaitu

Gangguan Mobilitas Fisik, batasan karakteristik yang terdapat pada kedua klien juga sesuai teori penegakan diagnosa keperawatan yang ada pada buku (SDKI, 2017) (D.0054). Diagnosa keperawatan klien 1 (Ny.S) adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, hemoglobin menurun 10,1 mg/dl ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka post sectio caesrea sulit melakukan pergerakan, terasa lemas klien tidak bisa melakukan aktivitas atau mobilisasi. Sedangkan klien ke 2 (Ny. F) adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai klien sulit bergerak miring kanan- miring kiri, nyeri saat digunakan untuk bergerak.

Berdasarkan tingkat masalah yang paling mengganggu dan dirasakan oleh klien 1 maupun klien 2, data subjektif dan objektif yang muncul pada diagnosis gangguan mobilitas fisik di kedua kasus hampir serupa. Baik klien 1 maupun klien 2 mengalami keterbatasan gerak sehingga mereka tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan memerlukan bantuan orang lain. Menurut penulis, ketika terjadi luka, akan sulit bagi pasien untuk melakukan aktivitas.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan berdasarkan tinjauan teori sesuai dengan diagnosis keperawatan pasien post sectio caesarea, dengan penyesuaian pada kondisi pasien dan data yang tersedia. Tinjauan teori harus mencakup target yang diperlukan untuk merawat pasien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, serta alasan rasional di balik setiap tindakan tersebut.

Intervensi yang dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan. Intervensi asuhan keperawatan dilakukan pada kedua klien dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan hemoglobin klien merasakan lemas menurun pada partisipan 1, pada partisipan 2 diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun dengan skala ringan, kecemasan menurun, kemampuan mengenali penyebab gangguan mobilitas fisik ibu post sectio caesarea. Pada kriteria hasil partisipan 1 ditambahkan hemoglobin dalam batas normal, rasa lemas dalam melakukan pergerakan menurun. Menurut penulis ditambahkan kriteria hasil pada partisipan 1 karena hemoglobin pada partisipan 1 kurang dari batas normal, sehingga dapat membuat tubuh klien terasa lemas karena ada anemia (kekurangan darah) yang dapat mempengaruhi aktivitas mobilisasinya.

Menurut teori (Nirmala Santiasari et al, 2021) tahapan mobilisasi yang dapat dilakukan ibu post sectio caesarea dilakukan secara bertahap yaitu Tahapan 6 jam pertama setelah melakukan tindakan sectio caesarea menganjurkan pasien untuk teknik napas dalam terlebih dahulu dan menggerakkan tangan dan kaki, tahapan 6- 10 jam berikutnya menganjurkan pasien untuk melakukan miring kanan- miring kiri, tahapan 24 jam post SC menganjurkan pasien duduk atau posisi semi Fowler, jika dirasa tidak ada

keluhan selama duduk atau berada dalam posisi semifowler pasien diperbolehkan untuk duduk dengan perlahan menurunkan kakinya ke lantai , dan jika tidak ada keluhan pasien diperbolehkan untuk belajar berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur pasien.

Penulis melakukan intervensi pada partisipan 1 dan partisipan 2 anatara lain:

- 1) Memonitor tanda- tanda vital
- 2) Memonitor hemoglobin, intervensi ditambahkan pada partisipan 1
- 3) Identifikasi kesipian dan kemampuan menerima informasi
- 4) Identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi pada ibu post SC
- 5) Memonitor keadaan ibu post SC setelah melakukan mobilisasi dini
- 6) Memonitor kemajuan/ keluarga dalam melakukan mobilisasi
- 7) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga
- 8) Melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi.
- 9) Memberi kesempatan klien untuk bertanya
- 10) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, serta dampak imobilisasi
- 11) Anjurkan ibu 6 jam pertama setelah tindakan SC dengan tarik napas dalam dalam posisi tubuh terlentang, dan menggerakan tangan dan kaki.

- 12) Anjurkan ibu 6-10 jam setelah tindakan SC untuk melakukan mobilisasi miring kanan dan miring kiri
- 13) Anjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan
- 14) Kolaborasi pemberian suplemen penambah darah ditambahkan pada partisipan 1

Intervensi yang direncanakan untuk mengatasi masalah pada kedua kasus tersebut telah disusun atas tindakan obeservasi, terapeutik, edukasi, dengan target pencapaian kriteria 3x24 jam. Menurut penulis intervensi yang disusun sudah sesuai teori, penulis menambahkan dua intervensi tambahan pada partisipan 1 memonitor pemeriksaan darah Hemoglobin dan kolaborasi pemeberian suplemen tambah darah karena mengalami penurunan, intervensi disesuaikan disesuaikan dengan kondisi partisipan. Intervensi yang paling berdampak untuk meningkatkan mobilisasi pada point ke delapan, sebelas, dan duabelas, yakni melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi, anjurkan ibu 6 jam pertama setelah tindakan SC dengan tarik napas dalam dalam posisi tubuh terlentang, dan menggerakkan tangan dan kaki, Anjurkan ibu 6-10 jam setelah tindakan SC untuk melakukan mobilisasi miring kanan dan miring kiri Anjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil yang spesifik. Tahapan diumulai setelah rencana tindakan keperawatan disusun dan ditunjukkan kepada perawat untuk membatu klien untuk mencapai tujuan yang diharapkan, pelaksanaan studi kasus peneliti melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari.

Tindakan yang dilakukan pada ke dua partisipan di hari pertama yaitu: Memonitor tanda- tanda vital, mengidentifikasi kesipan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi pada ibu post SC, memonitor keadaan ibu post SC setelah melakukan mobilisasi dini, memonitor kemajuan/ keluarga dalam melakukan mobilisasi, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga, melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi, memberikan kesempatan klien untuk bertanya Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, serta dampak imobilisasi, menganjurkan ibu 6 jam pertama setelah tindakan SC dengan tarik napas dalam dalam posisi tubuh terlentang, dan menggerakan tangan dan kaki, menganjurkan ibu 6-10 jam setelah tindakan SC untuk melakukan mobilisasi miring kanan dan miring kiri, kolaborasi pemberian suplemen penambah darah, sejumlah 13 point implementasi. Pada paritisipan 1 pemeriksaan hemoglobin 10,1 mg/dl, klien mengatakan tubuhnya terasa lemas, klien dapat miring kanan, miring kiri meskipun masih terasa nyeri jika digunakan untuk miring kanan miring kiri, skala nyeri 6, pasien dapat

melakukan miring kanan miring kiri selama 3 menit, dan dilatih untuk miring kanan miring kiri setiap 2 jam. Partisipan 2 dapat melakukan miring kanan miring kiri meskipun masih terasa nyeri, skala nyeri 5, dapat melakukan miring kanan miring kiri selama 4 menit, dan mengganti posisi setiap 2 jam.

Pada hari kedua implementasi yang dilakukan menjadi 6 tindakan yaitu: memonitor tanda- tanda vital, memonitor pemeriksaan darah hemoglobin, memonitor keadaan ibu setelah melakukan mobilisasi dini, melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi, menganjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan, kolaborasi pemberian suplemen penambah darah. Pada partisipan 1 hasil pemeriksaan darah hemoglobin 10,9 mg/dl, klien mengatakan tubuhnya lemas mulai menurun, nyeri mulai berkurang saat digunakan untuk bergerak, skala nyeri 4, klien bisa melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri, posisi semi fowler, saat mencoba untuk duduk dibantu oleh suami selama 3 menit pasien mengeluh masih terasa pusing dan mata seperti berkunang- kunang. Pada partisipan ke 2 mengalami kemajuan dibandingkan partisipan 1 ,nyeri saat bergerak mulai berkurang, skala nyeri 3, klien sudah bisa miring kanan, miring kiri, posisi semi fowler, dan bisa dalam posisi duduk dalam waktu 20 menit sedikit dibantu oleh suaminya tidak ada keluhan perawat menyarankan untuk mengubah posisi setiap 2 jam.

Pada hari ke tiga implementasi dilakukan 6 tindakan yaitu: memonitor tanda- tanda vital, memonitor pemeriksaan darah hemoglobin, memonitor keadaan ibu setelah melakukan mobilisasi dini, melakukan pendampingan dan membantu ibu post SC saat melakukan mobilisasi, anjurkan ibu 24 jam setelah tindakan SC untuk duduk atau posisi semi fowler, jika tidak ada keluhan perlahan kaki diturunkan ke lantai, kemudian berdiri, dan berjalan secara perlahan, kolaborasi pemberian suplemen penambah darah. Pada partisipan ke 1 pemeriksaan hemoglobin 11,8 mg/dl, nyeri saat bergerak sudah jarang muncul, skala nyeri 2, klien mengatakan sudah tidak lemas, klien bisa posisi miring kanan, miring kiri, posisi semi fowler, kemudian posisi duduk selama 10 menit secara mandiri tidak ada keluhan seperti hari kedua, klien mencoba berdiri selama 5 menit dibantu oleh dan kemudian berjalan perlahan selama 3 menit secara mandiri, perawat menganjurkan klien untuk perubahan posisi 2 jam. Pada partisipan 2 mengalami kemajuan, nyeri sudah jarang muncul, skala nyeri 1, klien sudah bisa posisi miring kanan, miring kiri, posisi semi fowler, duduk selama 20 menit secara mandiri, berdiri 5 menit, kemudian berjalan selama 10 menit dilakukan secara mandiri tidak ada keluhan, perawat menyarankan untuk melakukan perubahan posisi 2 jam.

Dari pemaparan diatas, diketahui bahwa implementasi yang dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan mobilisasi secara bertahap berdasarkan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori (Nirmala Santiasari et al., 2021). Pada intervensi, saat implementasi sudah

dilakukan dan sudah sesuai dengan situasi di ruangan selama melakukan implemtasi pada kedua partisipan tersebut. Menurut penulis hasil dari kedua partisipan terdapat perbedaan klien 1 cenderung menunjukkan sedikit kemajuan , dan klien 2 menunjukkan kemampuan yang signifikan seteiap tahapan mobilisasi, hal ini disebabkan karena pada pemeriksaan laboratorium pada klien 1 pemeriksaan darah hemoglobin mengalami penurunan yaitu 10, 1 mg/dl dapat menyebabkan klien 1 terasa lemas tubuhnya, adan dapat mengganggu kemajuan aktivitas mobilisasinya.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil dari evaluasi yang sudah dilakukan selama 3 hari yang dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 pada hari ke tiga partisipan melaporkan nyeri post sectio caesarea sudah berkurang tidak seperti pada hari pertama, klien sudah tidak takut dan cemas melakukan pergerakan atau mobilisasi, pemeriksaan hemoglobin pada partisipan 1 sudah dalam batas normal. Evaluasi dilakukan 3x24 jam pada setiap partisipan, pada saat evaluasi peneliti mengkaji kemajuan mobilisasi, peningkatan tahapan mobilisasi.

Pada tabel evaluasi data diatas data yang didapatkan bahwa partisipan 1 pada hari pertama belum teratasi klien merasakan masih nyeri dengan skala nyeri 6, masih sulit melakukan pergerakan miring kanan-miring kiri, pergerakan klien juga masih lambat. Pada hari ke dua, partisipan 1 didapatkan hasil dari masalah teratasi sebagian klien mengatakan nyeri sedikit berkurang dengan skala nyeri 4, pemeriksaan darah hemoglobin 10,9

mg/dl, klien masih terasa sedikit lemas, klien bisa melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri secara mandiri, posisi semi fowler, saat mencoba untuk duduk selama 3 menit di bantu oleh suami pasien mengeluh masih terasa pusing dan mata seperti berkunang- kunang kemudian memposisikan lagi ke semi fowler, berdiri dan berjalan pada hari ke tiga. Pada hari ke tiga didapatkan masalah gangguan mobilitas fisik sudah teratasi dan klien sudah direncanakan pulang, pemeriksaan darah hemoglobin nyeri sudah jarang muncul dengan skala nyeri 1, klien sudah dalam batas normal 11,8 mg/dl, sudah tidak terasa lemas dan pusing, klien sudah bisa bermobilisasi secara mandiri posisi miring kiri miring kanan, posisi semi fowler diubah ke posisi duduk selama 10 menit sudah tidak ada keluhan, kemudian klien mencoba berdiri selama 3 menit tidak ada keluhan, kemudian mencoba berjalan perlahan selama 5 menit disekitar tempat tidur, dibantu sedikit oleh suami dan mengubah ke posisi duduk kembali.

Demikian pada partisipan 2 pada hari pertama belum teratasi karena klien masih mengatakan nyeri saat bergerak/ mobilisasi miring kiri miring kanan, nyeri dengan skala 5, klien masih tampak khawatir takut untuk melakukan pergerakan. Pada hari ke dua masalah teratasi sebagai nyeri saat bergerak mulai berkurang dengan skala nyeri 3, klien bisa melakukan miring kanan miring kiri, posisi semi fowler diubah ke posisi duduk selama 20 menit sedikit dibantu oleh suaminya. Pada hari ke tiga gangguan mobilitas fisik sudah teratasi dan klien direncanakan untuk pulang, nyeri sudah jarang muncul dengan skala nyeri 1, klien bisa posisi miring kanan

miring kiri posisi semi fowlwr dirubah ke posisi duduk 20 menit , kemusian berdiri selama 5 menit, kemudian berjalan 10 menit secacara perlahan menit dilakukan secara mandiri.

Menurut penulis, hasil dari evaluasi selama 3 hari dilakukan tindakan keperawatan diperoleh hasil yang sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun dengan skala ringan, hemoglobin dalam batas normal rasa lemas dalam melakukan pergerakan/ mobilisasi menurun, kecemasan menurun, kemampuan mengenali penyebab gangguan mobilitas fisik meningkat. Pada tanggal 2 Maret partisipan 1 diperbolehkan untuk pulang, pada tanggal 3 Maret partisipan 2 diperbolehkan untuk pulang selama masa perawatan 3 hari. Dari kedua partisipan tersebut sama- sama teratasi pada hari ke tiga , yang membedakan hasil dari evaluasinya pada tahapan mobilisasi 24 jam post SC pasien belum bisa melakukan mobilisasi secara duduk karena terdapat keluhan rasa lemas dan terasa pusing, karena hemoglobin masih belum batas normal. Hal ini menunjukkan bahwa kedua klien tersebut sudah tidak menunjukkan adanya gangguan mobilitas fisik tetapi lajutan intervensi bisa dilakukan seperti memberi edukasi saat klien pulang dengan melakukan senam nifas dirumah saat waktu senggang.