

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

RSUD Sleman merupakan rumah sakit daerah tipe C yang terletak di Jl. Bayangkara No. 48 Triharjo Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta. Rumah sakit daerah sleman ini menyediakan beberapa pelayanan salah satunya pelayanan pada *obsgyn (obstetric dan ginekologi)* mulai dari poliklinik hingga rawat inap. Ruang Nusa Indah 1 dan 2 merupakan ruang rawat inap khusus *obsgyn (obstetric dan ginekologi)* yang berada di RSUD Sleman. Nusa Indah 1 merupakan ruangan pre operasi pada *obsgyn* sedangkan Nusa Indah 2 pada post operasi dengan kapasitas 32 bed pasien yang terdiri dari kelas tiga sebanyak 18 bed, kelas dua 8 bed dan kelas satu 6 bed memiliki tenaga perawat dan bidan sebanyak 15 orang yang bekerja sesuai shift.

Menurut data register dan kepala ruang Nusa Indah 2, kasus pasien yang banyak dirawat diruang Nusa Indah 2 adalah kasus *post sectio caesarea* dengan indikasi riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, namun ada juga kasus *post sectio caesarea* karena kondisi tertentu seperti disproporsi kepala panggul, riwayat penyakit sebelumnya dan sungsang/ presbo.

Perawatan pada pasien *post sectio caesarea* yang dilakukan di ruang Nusa Indah 2 RSUD Sleman salah satunya yaitu, edukasi

pemberian ASI eksklusif, pemenuhan kebutuhan ibu pasca bersalin dan menganjurkan pasien untuk segera melakukan mobilisasi dini. Menurut kepala ruang nusa indah 2 pasien yang dirawat di ruang ini akan diberi informasi oleh perawat mengenai tahapan-tahapan dalam mobilisasi yang sesuai dengan SOP yang berlaku di RS tersebut, sehingga pada saat pasien diperbolehkan pulang pasien sudah bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri.

2. Proses Keperawatan Studi Kasus

a. Kasus I

1) Hasil pengkajian

Telah dilakukan pengkajian pada pasien 4 jam *post sectio caesarea* diruang Nusa Indah 2 pada hari Selasa tanggal 22 Mei 2018 jam 17.00 WIB dengan biodata sebagai berikut, nama ibu Ny. W dengan usia 29 tahun beragama islam suku/ bangsa Jawa/ Indonesia pendidikan terakhir D3 bekerja sebagai karyawan swasta dan beralamat di Plaosan Mlati Sleman dengan penanggung jawab Tn. L sebagai suami usia 33 tahun beragama islam pendidikan terakhir SMU dan bekerja sebagai PNS.

a) Keluhan Utama

Saat pengkajian Ny.W mengeluhkan nyeri dibagian luka operasi sesarnya nya tidak menyebar dengan skala 7 (1-10),

rasanya seperti teriris-iris terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak.

b) Riwayat Pernikahan

Pernikahan pertama kali, nikah pertama usia 23 tahun, dengan suami sekarang sudah 6 tahun.

c) Riwayat Menstruasi

Menarche usia 12 tahun, siklus 28 hari, secara teratur, lamanya 5 - 7 hari, sifat darah encer tidak ada yang menggumpal, tidak pernah mengalami disminore dan satu hari mengganti pembalut 2 - 3 buah.

HPMT : 09 September 2017 HPL : 10 Juni 2018

d) Penyakit yang pernah/sedang diderita

Saat pengkajian Ny. W mengatakan pernah menderita penyakit hepatitis A saat remaja kira-kira usia 16 tahun, kemudian menjalani pengobatan rutin dan sampai saat ini telah dinyatakan sembuh.

e) Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Saat pengkajian Ny. W mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang menurun seperti hipertensi maupun diabetes.

f) Riwayat Persalinan dan nifas yang lalu

Tabel 1. Riwayat persalinan dan nifas yang lalu pasien 1

Ham il ke-	Persalinan						Nifas		
	Tgl lahir	UK	Jenis persalinan	Oleh	Komplikasi		BB lahir (gr)	Laktasi Ya/tdk	Kompli kasi
					Ibu	Bayi			
1	13 Maret 2013	37 Ming gu	Normal	Bidan	-	-	2800	Ya	-
2	22 Mei 2018	36 Ming gu	SC	Dokter	-	Gem ali	1. 2700 2. 2600		-

g) Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

Tabel 2. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan pasien 1

No	Jenis Alkon	Mulai memakai			Berhenti/ ganti			
		Tah un	Oleh	Tempat	tahun	Oleh	Tempat	Keluhan
1	Suntik	2013	Bidan	Puskesmas	2017	Bidan	Puskes mas	ingin menambah momongan
2	IUD	2018	Dokter	RSUD Sleman				

h) Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir

Selama hamil ibu melakukan kunjungan ANC sebanyak 7x (2x pada trimester pertama, 2x trimester ke dua, dan 3x pada trimester ke 3). Melahirkan pada masa kehamila 36 minggu di RSUD Sleman dengan tindakan operasi SC atas indikasi bayi kembar (gemali) yang dilakukan oleh dokter, tidak mengalami komplikasi, plasenta yang keluar kondisi utuh tidak ada yang yang tertinggal di rahim ibu keluar secara manual. Perineum ibu utuh tidak ada jahitan dan mengeluarkan darah sebanyak ± 150 cc, diberikan cairan infus

RL 16 TPM, tidak dilakukan transfusi darah, Lama Operasi sesar yang dilakukan selama satu jam (11.50 – 12.50 WIB)

i) Keadaan bayi baru lahir

Bayi lahir dengan keadaan kembar tidak ada kecacatan pada tubuhnya pada tanggal 22 Mei 2018 jam 12.10 WIB, kedua bayi berjenis kelamin perempuan dengan pemeriksaan sebagai berikut:

(1) BB/PB lahir : 1. 2700 gram/ 48 cm

2. 2600 gram/ 47 cm

(2) Nilai APGAR : 1menit/ 5menit/ 10menit:

1. 6/8/9

2. 6/7/9

j) Riwayat kebiasaan keseharian

(1) Pola nutrisi

Sebelum masuk RS : pasien makan 3 kali sehari, dengan lauk pauk dan sayuran, minum 4-6 gelas/hari

Saat dikaji : pasien baru makan $\frac{1}{2}$ porsi dan minum 1 gelas setelah operasi pada jam 17.00 WIB.

(2) Pola eliminasi

Sebelum masuk RS : pasien mengatakan BAB 2 hari sekali dan BAK 4-6x/hari

Saat dikaji : Ny. W BAK melalui selang kateter yang terpasang sejak tanggal 21 Mei 2018 urine bag terisi ± 200 cc dan belum BAB.

(3) Pola aktivitas

Sebelum masuk RS : pasien mengatakan saat dirumah dia bisa mengerjakan aktivitasnya sebagai karyawan dan ibu rumah tangga tanpa bantuan

Saat dikaji : pengkajian dilakukan 5 jam setelah pasien menjalani operasi SC, pasien mengatakan takut untuk banyak bergerak sehingga meminta bantuan suaminya untuk mengambilkan minum. Saat peneliti mengusapkan jari tangan ke kaki pasien, pasien sudah bisa merasakannya dan menggerakkan sedikit jari kakinya namun pasien belum mampu menggeserkan kakinya. Dan saat dilakukan penilaian menggunakan barthel indeks diperoleh total score 6 (ketergantungan berat) dan rinciannya sebagai berikut :

Table 3. Penilaian barthel indeks kasus 1

No	Item Yang Dinilai	Skor	Nilai
1	Makan	0 = Tidak Mampu 1 = Butuh Bantuan Memotong, Mengoles Mentega Dll. 2 = Mandiri	1
2	Mandi	0 = Tergantung Orang Lain 1 = Mandiri	0
3	Perawatan Diri	0 = Membutuhkan Bantuan Orang Lain 1 = Mandiri Dalam Perawatan Muka, Rambut, Gigi, Dan Bercukur	1

4	Berpakaian	0 = Tergantung Orang Lain 1 = Sebagian Dibantu (Misal Mengancing Baju) 2 = Mandiri	1
5	BAK	0 = Inkontinensia Atau Pakai Kateter Dan Tidak Terkontrol 1 = Kadang Inkontinensia (Maks, 1x24 Jam) 2 = Kontinensia (Teratur Untuk Lebih Dari 7 Hari)	0
6	BAB	0 = Inkontinensia (Tidak Teratur Atau Perlu Enema) 1 = Kadang Inkontensia (Sekali Seminggu) 2 = Kontinensia (Teratur)	2
7	Penggunaan Toilet	0 = Tergantung Bantuan Orang Lain 1 = Membutuhkan Bantuan, Tapi Dapat Melakukan Beberapa Hal Sendiri 2 = Mandiri	0
8	Transfer	0 = Tidak Mampu 1 = Butuh Bantuan Untuk Bisa Duduk (2 Orang) 2 = Bantuan Kecil (1 Orang) 3 = Mandiri	1
9	Mobilitas	0 = Immobile (Tidak Mampu) 1 = Menggunakan Kursi Roda 2 = Berjalan Dengan Bantuan Satu Orang 3 = Mandiri (Meskipun Menggunakan Alat Bantu Seperti, Tongkat)	0
10	Naik Turun Tangga	0 = Tidak Mampu 1 = Membutuhkan Bantuan (Alat Bantu) 2 = Mandiri	0
TOTAL			6

(4) Pola istirahat

Sebelum masuk RS : pasien biasanya tidur selama 7-8 jam/hari tanpa gangguan

Saat dikaji : pasien mengalami gangguan karena nyeri pada luka operasi.

(5) Adaptasi psikologis masa nifas

Pasien merasa senang bayinya lahir dengan selamat, suasana hati pasien senang, pasien berharap dirinya cepat sembuh dan ingin berkumpul kembali lagi dengan bayi dan keluarganya

(6) Riwayat social budaya

Hubungan pasien dengan keluarga dan masyarakat baik, selama di RS, interaksi pasien dengan petugas kesehatan juga baik kooperatif menurutnya yang paling berarti adalah suami, anak, dan keluarga.

(7) Data spiritual

Pasien seorang muslim, taat menjalankan sholat 5 waktu.

(8) Pengetahuan ibu tentang masa nifas

Ny. W mengatakan sudah mengetahui cara merawat bayi baru lahir karena pengalamannya 5 tahun yang lalu saat merawat anak pertamanya, seperti memandikan, mengganti baju, hingga menyusui dengan teknik yang benar. Dan mengganti pembalut nifas setiap 4 jam sekali

(9) Tanggapan keluarga terhadap persalinan

Saat pengkajian suami Ny. W mengatakan saat ini sangat senang karena mendapatkan 2 bayi perempuan langsung namun Tn.R juga kasihan dengan Ny. W karena harus mengurus 2 bayinya sekaligus karena itu Tn. R akan berencana memboyong orangtua dari Ny. W untuk membantu Ny. W dalam mengurus ketiga buah hatinya.

k) Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien pertama diperoleh hasil, bahwa pasien pertama keadaan umumnya

lemah kesadaran komposmetis, status emosionalnya stabil pasien mampu mengontrol emosinya, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 74 x/menit, nafas 20 x/menit, suhu tubuh 36,8°C. Pengkajian pada nutrisinya diperoleh berat badan sebelum hamil 61 kg dan pada hamil 75 kg dengan tinggi badan 155 cm dan diperoleh IMT sebanyak 29,16 kg/m².

Hasil pengkajian pada area kepala, kepala berbentuk mesocephal, tidak ada lesi dan benjolan, rambut tertutup jilbab wajah tampak meringis menahan sakit. Kedua mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada kotoran mata, tidak ada edema. Hidung simetris, tidak ada kotoran didalam lubang hidung, tidak ada polip. Mukosa bibir kering, mulut bersih, gigi masih utuh, tidak ada pembengkakan gusi, tidak ada stomatitis. Kedua telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada benjolan.

Bagian leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan vena jugularis. Pemeriksaan dada jantung tidak tampak retraksi dinding dada, bunyi pekak, tidak ada nyeri tekan, S1-S2 reguler, dada paru ekspansi dada tidak optimal, bunyi sonor, tidak ada nyeri tekan, fokal fremitus seimbang kanan dan kiri, suara paru vesikuler. Kedua payudara simetris kanan dan kiri, puting payudara kanan belum menonjol,

payudara sebelah kiri menonjol besar sudah keluar asinya dan saat dipalpasi terasa padat(berisi), tidak ada lecet disekitaran puting, aerola berwarna hitam/ hiperpigmentas. Abdomen terdapat balutan luka bersih dengan panjang 10 cm, lebar 8 cm yang melintang diabdomen bagian bawah pemeriksaan Fundus uterus tingginya 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik(keras)

Pemeriksaan area genetalia diperoleh hasil vagina tampak kotor oleh darah lokhea rubra sebanyak ± 70 cc, darah berwarna merah segar, cair dan bau khas darah lokhea. Pasien juga terpasang kateter ukuran 18 dengan urin tertampung 200cc, Intergitas kulit area genetalia baik, tidak ditemukan edema, memar, rupture dan hematoma, hemoroid juga tidak ada.

Pengkajian pada ekstermitas ekstremitas atas tidak ada edema, terpasang infus RL ditangan kiri dan ekstremitas bawah tidak ada edema

1) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4. Hasil Laboratorium kasus 1

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Hasil normal	Interpretasi
22 mei 2018	Hematologi Hemoglobin Leukosit	11,5 g/dL 5600ribu/UI	P = 12-16 4.000-10.000	Menurun Normal

m) Terapi obat

Pasien diberikan terapi obat Ceftriaxone 2 x 1 gram /IV
Sebagai antibiotiknya dan Ketorolac 3 x 30 mg /IV untuk
mengurangi rasa nyeri (analgesic)

2) Analisa Data

Tabel 5. Analisa data kasus 1

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <p>Ny.W mengeluhkan nyeri dibagian luka operasinya, tidak menyebar dengan skala 7 (1-10), rasanya seperti teriris-iris terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak.</p> <p>DO :</p> <p>a. Pasien tampak meringis</p> <p>b. Skala nyeri 7 (1-10)</p> <p>c. TD : 120/70 mmHg</p> <p>d. Nadi : 74 x/menit</p> <p>e. RR : 20 x/menit</p> <p>f. Suhu :36,8°C</p> <p>g. Terdapat balutan luka post op SC di abdomen bawah.</p>	Nyeri	Tindakan pembedahan
2.	<p>DS :</p> <p>Ny. W mengatakan takut untuk banyak bergerak karena nyeri sehingga meminta bantuan suaminya untuk mengambilk</p>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri

	<p>minum</p> <p>DO :</p> <p>a. Pengkajian dilakukan 5 jam setelah operasi</p> <p>b. KU : Lemah</p> <p>c. pasien dapat beraktivitas hanya dengan bantuan keluarga</p> <p>d. Saat peneliti mengusapkan jari tangan ke kaki pasien, pasien sudah bisa merasakannya dan menggerakkan sedikit jari kakinya namun pasien belum mampu menggeserkan kakinya</p> <p>e. Hasil pengkajian barthel indeks diperoleh score 6 yaitu ketergantungan berat</p> <p>f. Terdapat luka post SC dibagian abdomennya</p>		
3.	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>a. terdapat luka sayatan post op SC, luka tertutup rapat oleh balutan, PO ke-0</p> <p>b. Ny. W terpasang infus dan kateter sejak tanggal 21 Mei 2018</p>	Resiko infeksi	Prosedur invasif

3) Diagnosa

- a) Nyeri berhubungan dengan tindakan pembedahan ditandai dengan pasien mengeluhkan nyeri dibagian luka operasinya, tidak menyebar dengan skala 7 (1-10), rasanya seperti teriris-iris terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak. Pasien tampak meringis, Tekanan darah 120/70 mmHg, Nadi 74 x/menit dan terdapat balutan luka *post sectio caesarea*.
- b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan **pasien mengatakan takut untuk banyak bergerak karena nyeri sehingga meminta bantuan suaminya untuk mengambilkan minum. Kondisi umum lemah, pasien dapat beraktivitas hanya dengan bantuan keluarga, hasil pengkajian barthel indeks mendapatkan score 6 dan pasien hanya bisa menggerakkan sedikit jarinya pada saat pengkajian.**
- c) Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive ditandai dengan pasien terpasang infus dan kateter sejak 21 Mei 2018 dan terdapat balutan luka *post sectio caesarea* .

4) Rencana Keperawatan

Hari, tanggal : Selasa, 22 Mei 2018

Jam : 17.30

Oleh : Prisca Adhe Mawarni

a) Diagnosa 1 :

Nyeri berhubungan dengan tindakan pembedahan ditandai dengan pasien mengeluhkan nyeri dibagian luka operasinya, tidak menyebar dengan skala 7 (1-10), rasanya seperti teriris-iris terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak. Pasien tampak meringis, Tekanan darah 120/70 mmHg, Nadi 74 x/menit dan terdapat balutan luka *post sectio caesarea*.

Tujuan :

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pasien mengatakan nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil, pasien dapat mengungkapkan berkurangnya nyeri, pasien mampu melakukan nafas dalam, pasien tampak rileks, skala nyeri 3 (0-10) dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi dan Rasional :

(1) Lakukan pengkajian karakteristik nyeri (P,Q,R,S dan T).

Rasional : Mengidentifikasi karakteristik nyeri skala nyeri dan ketidaknyamanan pada pasien

(2) Observasi tanda-tanda vital.

Rasional : Tanda-tanda vital merupakan bagian yang penting dalam melakukan pemeriksaan atau tindakan pada pasien

(3) Berikan lingkungan yang nyaman dan tenang.

Rasional : Dengan lingkungan yang nyaman pasien akan merasakan rileks dan tenang

(4) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.

Rasional : Teknik nafas dalam merupakan terapi anti farmakologi yang bisa diterapkan pada pasien dengan kondisi apapun.

(5) Kelola dalam pemberian analgetik.

Rasional : Mengurangi nyeri dengan farmaklogi

b) Diagnosa 2 :

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan **pasien mengatakan takut untuk banyak bergerak karena nyeri sehingga meminta bantuan suaminya untuk mengambilkan minum. Kondisi umum lemah, pasien dapat beraktivitas hanya dengan bantuan keluarga, hasil pengkajian barthel indeks mendapatkan score 6 dan pasien hanya bisa menggerakkan sedikit jarinya pada saat pengkajian.**

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Pasien dapat meningkatkan dan melakukan aktifitas sesuai kemampuan dan tahapannya. Dengan kriteria hasil, pasien mampu meningkatkan aktivitas fisiknya secara mandiri

yang dinilai dengan barthel indeks dengan interpretasi ketergantungan ringan- mandiri dan pasien mampu mengikuti gerakan mobilisasi dini sesuai dengan tahap dan yang diajarkan

Intervensi dan Rasional :

(1) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi

Rasional : untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya.

(2) Ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik mobilisasi dini sesuai tahapanya

Rasional : meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada pasien

(3) Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan

Rasional : untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien

(4) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan (melatih duduk sambil menyusui bayi/ sambil makan)

Rasional : untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan pasien

(5) Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Rasional : untuk memberikan pengetahuan kepada pasien mengenai perubahan posisi

(6) Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan pasien

Rasional : sebagai support system agar pasien semangat untuk segera pulih

c) Diagnosa 3 :

Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive ditandai dengan pasien terpasang infus dan kateter sejak 21 Mei 2018 dan terdapat balutan luka *post sectio caesarea* .

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam infeksi tidak terjadi. Dengan kriteria hasil tidak ada tanda-tanda infeksi. luka kering tidak bengkak dan tanda-tanda vital normal terutama suhu (36°-37°C).

Intervensi dan Rasional :

(1) Monitor tanda-tanda vital.

Rasional : suhu yang meningkat mengindikasikan terjadinya infeksi

(2) Kali luka pada abdomen dan balutan.

Rasional : megidentifikasi apakah ada tanda-tanda infeksi

(3) Jaga kebersihan sekitar luka dan lingkungan Pasien serta rawat luka dengan tcnik aseptik.

Rasional : mencegah penyebaran organisme infeksius

(4) Kelola pemberian antibiotic

Rasional : untuk mengurangi dan mencegah terjadinya infeksi

5) Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa keperawatan :

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Table 6. Implementasi dan Evaluasi kasus 1

Tindakan	Evaluasi
<p>Hari, Tanggal : Selasa, 22 Mei 2018 Jam : 17.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan nafas dalam untuk mengurangi nyeri 2. Mengajarkan pasien dan keluarga tentang teknik mobilisasi dini sesuai tahapanya 3. Menganjarkan ibu untuk menggerakkan jari-jari kaki dan menggeserkan kaki secara perlahan 4. Melatih ibu untuk memiringkan bedan dengan bantuan <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>	<p>Hari, Tanggal : Selasa, 22 Mei 2018 Jam : 18.00</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dengan skala 7 (1-10), pasien mengatakan ingin segera pulih dari kondisinya dan bisa bergerak beraktivitas secara mandiri namun sekarang masih takut. Keluarga pasien mengatakan akan membantu ibu untuk melakukan pergerakan dini</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah menahan nyeri - Pasien mampu mengikuti anjuran perawat (teknik nafas dalam) dengan benar - Pasien mampu menggerakkan jari-jari kedua kakinya hingga dapat menekuk mendekati bedannya sebanyak 8x hitungan - Pasien juga sudah mampu memiringkan bedanya dengan dibantu perawat bertahan paling lama 3 menit saja <p>A :</p> <p>Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Ajurkan keluarga selalu memotivasi ibu untuk berlatih merubah posisi miring kanan</p>

	<p>kiri dengan bantuan hingga mandiri setiap 2 jam sekali.</p> <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>
<p>Hari, Tanggal : Rabu, 23 Mei 2018 Jam : 13.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penilaian bartel indeks 2. Mengevaluasi aktivitas ibu seperti memiringkan badan kekanan dan kekiri masing-masing 2 jam sekali 3. Memberikan posisi semifowler kepada ibu <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>	<p>Hari, Tanggal : Rabu, 23 Mei 2018 Jam : 14.00</p> <p>S : pasien mengatakan sudah bisa merubah posisi tidurnya miring kanan dan kiri tanpa bantuan suami, rasa nyerinya sudah mulai berkurang dengan skala 5(1-10) rasanya seperti teriris-iris hilang saat digunakan istirahat dan datang saat untuk merubah posisi namun bisa ditahan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak membalas senyum perawat - Pasien mampu menunjukkan perubahan posisi miring kekiri tanpa bantuan orang lain dan bertahan selama aba-aba dari perawat - Pasien tampak sedikit meringis menahan saat tempat tidur diatur setengah duduk, dan pasien mengatasinya dengan menarik nafas dalam - Nilai barthel indeks pada 24 jam pertama masih 8 (ketergantungan berat) pasien memerlukan bantuan banyak dari orang lain seperti saat mengambil makanan, belum bisa merawat dirinya BAK masih menggunakan kateter, belum bisa mobilisasi keluar dari tempat tidur/ duduk mandiri, - Pasien masih terpasang infus dan selang kateter - Pasien mampu memangku makan siangya namun masih dibantu perawat dalam mengambil makanya dimeja <p>A :</p> <p>Gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk mempertahankan posisi setengah duduknya hingga selesai makan - Ajarkan keluarga cara mengatur posisi ibu pada bed

	Prisca Adhe Mawarni
<p>Hari, Tanggal : Kamis, 24 Mei 2018 Jam : 10.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penilaian bartel indeks 2. Melakukan pengecekan tekanan darah 3. Mengajari pasien eliminasi menggunakan pispot 4. Melatih menyusui dengan posisi duduk <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>	<p>Hari, Tanggal : Kamis, 24 Mei 2018 Jam : 11.00</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah tidak lemes lagi, nyerinya berkurang menjadi skala 5 (1-10) setelah dilakukan latihan kemarin, pasien mengatakan ingin segera melihat kedua bayinya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien posisi setengah duduk dari jam 08.30 - Pasien bisa diajak bercanda dan ketawa - Pasien sudah tidak terpasang kateter - Pasien mampu menggunakan pispot untuk BAK dan dibantu perawat - TD 130/70 mmHg - nilai barthel indeks pada hari ke dua post SC pasien sudah mulai meningkat yaitu 12 (ketergantungan ringan) pasien masih memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi beberapa kebutuhan ADLs nya seperti saat berlatih menurunkan kaki dari tempat tidur, mandi dengan bantuan orang lain(disibin) dan eliminasi menggunakan pispot/ ke kamar mandi. - Pasien mampu duduk dengan bersender di bed dan memangku bantal(90°) <p>A :</p> <p>Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Anjurkan pasien untuk latihan berdiri dengan bantuan dan didampingi orang lain</p> <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>
<p>Hari, Tanggal : Jumat, 25 Mei 2018 Jam : 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penilaian barthel indeks 2. Melatih berjalan pasien dengan dan tanpa bantuan orang lain 	<p>Hari, Tanggal : Jumat, 25 Mei 2018 Jam : 10.00</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sekarang sudah bisa berjalan dan ingin menemui anaknya untuk memberikan ASI</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gembira

Prisca Adhe Mawarni	<ul style="list-style-type: none"> - Saat perawat datang pasien terlihat sedang latihan berdiri dengan memegang hand rill di kiri bed pasien - Pasien mampu berdiri dengan posisi sedikit membungkuk dan berjalan 5 langkah dengan berpegangan tangan perawat - Nilai barthel indeks pada hari ke tiga post SC menunjukkan peningkatan yang bagus yaitu 19 kurang satu point saja untuk kemandirian pasien yang belum tercapai yaitu mandi dengan mandiri, pasien masih mandi dengan bantuan orang lain karena anjuran dokter luka tidak boleh terkena air. - Pasien BAK di kamar mandi dengan bantuan suami <p>A :Gangguan mobilitas fisik pasien teratasi P :</p> <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>
---------------------	---

b. Kasus II

1) Hasil pengkajian

Telah dilakukan pengkajian pada pasien 5 jam *post sectio caesarea* diruang Nusa Indah 2 pada hari Selasa tanggal 22 Mei 2018 jam 15.00 WIB dengan biodata sebagai berikut, nama ibu Ny. R dengan usia 26 tahun beragama islam suku/ bangsa Jawa/ Indonesia pendidikan terakhir D3 bekerja sebagai perawat dan beralamat di Sumberejo Tempel dengan penanggung jawab Tn. Y sebagai suami usia 39 tahun beragama islam pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai TNI.

a) Keluhan Utama

Saat pengkajian Ny.R mengeluhkan nyeri dibagian luka operasi sesarnya menyebar dengan skala 9 (1-10), rasanya seperti tersayat

terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk banyak bergerak dan kaki kanan terasa kebas.

b) Riwayat Pernikahan

Pernikahan pertama kali, nikah pertama usia 25 tahun, dengan suami sekarang sudah 1 tahun.

c) Riwayat Menstruasi

Menarche usia 11 tahun, siklus 28 hari, secara teratur, lamanya 7 hari, sifat darah hari pertama kedua ada gumpalan, mengalami disminore kadang-kadang dan satu hari mengganti pembalut 2 - 3 buah.

HPMT : 27 Agustus 2017 HPL : 27 Mei 2018

d) Penyakit yang pernah/sedang diderita

Saat pengkajian Ny. R mengatakan pernah menderita hernia inguinalis pada 2017 dan operasi di RSI.

e) Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Saat pengkajian Ny. R mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang menurun seperti hipertensi maupun diabetes.

f) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan nifas yang lalu

Tabel 7. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan nifas yang lalu

Ha mil ke-	Persalinan						Nifas		
	Tgl lahir	UK	Jenis persalinan	Oleh	Komplikasi		BB lahir (gr)	Laktasi Ya/tdk	Komplikasi
					Ibu	Bayi			
1	22 Mei 2018	37 Minggu	SC	Dokter	Riw Oprasi		2900	Ya	-

		u			hernia				
--	--	---	--	--	--------	--	--	--	--

g) Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

Ny. R dan suami belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun, baru merencanakan akan menggunakan IUD namun belum menggunakannya.

h) Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir

Selama hamil ibu melakukan kunjungan ANC sebanyak 10x (3x pada trimester pertama, 3x trimester ke dua, dan 4x pada trimester ke 3). Melahirkan pada masa kehamilan 37 minggu di RSUD Sleman dengan tindakan operasi SC yang dilakukan oleh dokter atas indikasi ibu riwayat operasi tahun 2017, tidak mengalami komplikasi, plasenta yang keluar kondisi utuh tidak ada yang tertinggal di rahim ibu keluar secara manual. Perineum ibu utuh tidak ada jahitan dan mengeluarkan darah sebanyak ± 200 cc, diberikan cairan infus RL 16 TPM, tidak dilakukan transfusi darah, Lama Operasi sesar yang dilakukan selama 45 menit (09.00 – 09.45 WIB)

i) Keadaan bayi baru lahir

Bayi lahir dengan keadaan sehat tidak ada kelainan pada tanggal 22 Mei 2018 jam 09.15 WIB, bayi berjenis kelamin perempuan dengan pemeriksaan sebagai berikut:

- (1) BB/PB lahir : 2900 gram/ 49 cm
(2) Nilai APGAR : 1menit/ 5menit/ 10menit: 6/8/9

j) Riwayat kebiasaan keseharian

(1) Pola nutrisi

Sebelum masuk RS : pasien makan 3 kali sehari, dengan lauk pauk dan sayuran, minum 7-8 gelas/hari

Saat dikaji : pasien makan habis satu porsi dan minum 2 gelas setelah operasi jam 16.00 dengan disuapi suami

(2) Pola eliminasi

Sebelum masuk RS : pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dan BAK 6-7x/hari

Saat dikaji : Ny. R BAK melalui selang kateter yang terpasang sejak tanggal 21 Mei 2018 urine bag terisi ±200 cc dan sudah BAB sebelum operasi.

(3) Pola aktivitas

Sebelum masuk RS : pasien mengatakan saat dirumah dia bisa mengerjakan aktivitasnya sebagai perawat klinik dan ibu rumah tangga tanpa bantuan

Saat dikaji : pengkajian dilakukan 4 jam setelah pasien menjalani operasi SC, pasien mengatakan kakinya masih kebas belum berani untuk bergerak nyerinya

sangat terasa dengan skala 9 (1-10). Saat peneliti mengusapkan jari tangan ke kaki pasien, pasien belum bisa merasakannya. Dan saat dilakukan penilaian menggunakan barthel indeks diperoleh total score 2 (ketergantungan total) dan rinciannya sebagai berikut :

Table 8. penilaian barthel indeks kasus 2

No	Item Yang Dinilai	Skor	Nilai
1	Makan	0 = Tidak Mampu 1 = Butuh Bantuan Memotong, Mengoles Mentega Dll. 2 = Mandiri	0
2	Mandi	0 = Tergantung Orang Lain 1 = Mandiri	0
3	Perawatan Diri	0 = Membutuhkan Bantuan Orang Lain 1 = Mandiri Dalam Perawatan Muka, Rambut, Gigi, Dan Bercukur	0
4	Berpakaian	0 = Tergantung Orang Lain 1 = Sebagian Dibantu (Misal Mengancing Baju) 2 = Mandiri	0
5	BAK	0 = Inkontinensia Atau Pakai Kateter Dan Tidak Terkontrol 1 = Kadang Inkontinensia (Maks, 1x24 Jam) 2 = Kontinensia (Teratur Untuk Lebih Dari 7 Hari)	0
6	BAB	0 = Inkontinensia (Tidak Teratur Atau Perlu Enema) 1 = Kadang Inkontensia (Sekali Seminggu) 2 = Kontinensia (Teratur)	2
7	Penggunaan Toilet	0 = Tergantung Bantuan Orang Lain 1 = Membutuhkan Bantuan, Tapi Dapat Melakukan Beberapa Hal Sendiri 2 = Mandiri	0
8	Transfer	0 = Tidak Mampu 1 = Butuh Bantuan Untuk Bisa Duduk (2 Orang) 2 = Bantuan Kecil (1 Orang) 3 = Mandiri	0
9	Mobilitas	0 = Immobile (Tidak Mampu) 1 = Menggunakan Kursi Roda 2 = Berjalan Dengan Bantuan Satu Orang 3 = Mandiri (Meskipun Menggunakan Alat Bantu Seperti, Tongkat)	0
10	Naik Turun Tangga	0 = Tidak Mampu 1 = Membutuhkan Bantuan (Alat Bantu) 2 = Mandiri	0
TOTAL			2

(4) Pola istirahat

Sebelum masuk RS : pasien biasanya tidur selama 7-8 jam/hari tanpa gangguan

Saat dikaji : pasien mengalami gangguan karena nyeri yang hebat pada luka operasi.

(5) Adaptasi psikologis masa nifas

Pasien merasa senang bayinya lahir dengan selamat, suasana hati pasien gelisah, pasien berharap cepat sembuh tidak merasakan nyeri lagi dan ingin tidur berdekatan dengan bayinya.

(6) Riwayat social budaya

Hubungan pasien dengan keluarga dan masyarakat baik, selama di RS, interaksi pasien dengan petugas kesehatan juga baik kooperatif menurutnya yang paling berarti adalah keluarga kecilnya saat ini.

(7) Data spiritual

Pasien seorang muslim, taat menjalankan sholat 5 waktu.

(8) Pengetahuan ibu tentang masa nifas

Ny. R mengatakan sudah mengetahui cara merawat bayi baru lahir karena pengalamannya saat dia bersekolah menjadi seorang perawat, namun masih takut jika harus

memandikanya sendiri dan kemungkinan akan dibantu oleh ibunya dan ibu dari Tn Y.

(9) Tanggapan keluarga terhadap persalinan

Saat pengkajian suami Ny. R mengatakan saat ini sangat bersyukur dan senang karena bayi perempuannya sudah lahir sehat cantik seperti ibunya

k) Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien kedua diperoleh hasil, bahwa pasien kedua keadaan umumnya lemah kesadaran komposmetis, status emosionalnya pasien belum mampu mengontrol emosinya, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 70 x/menit, nafas 20 x/menit, suhu tubuh 36,0°C. Pengkajian pada nutrisinya diperoleh berat badan sebelum hamil 58 kg dan pada hamil 73 kg dengan tinggi badan 158 cm dan diperoleh IMT sebanyak 29,36 kg/m².

Pengkajian pada area kepala, kepala berbentuk mesocephal, tidak ada lesi dan benjolan, rambut tertutup jilbab wajah tampak meringis menahan sakit. Kedua mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada kotoran mata, tidak ada edema, ibu mengalami rabun jauh pada mata kanannya sebanyak 0,75 Hidung simetris, tidak ada kotoran didalam lubang hidung, tidak ada polip. Mukosa bibir kering, mulut bersih, gigi masih utuh, tidak ada pembengkakan gusi, tidak ada stomatitis. Kedua

telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada benjolan.

Bagian leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan vena jugularis. Pemeriksaan dada jantung tidak tampak retraksi dinding dada, bunyi pekak, tidak ada nyeri tekan, S1-S2 reguler, dada paru ekspansi dada tidak optimal, bunyi sonor, tidak ada nyeri tekan, fokal fremitus seimbang kanan dan kiri, suara paru vesikuler. kedua payudara simetris kanan dan kiri, kedua puting payudara menonjol, sudah keluar kolostrum dan saat dipalpasi terasa padat(berisi), tidak ada lecet disekitaran puting, aerola berwarna hitam/ hiperpigmentasi. Abdomen terdapat balutan luka bersih dengan panjang 10 cm, lebar 8 cm yang melintang diabdomen bagian bawah pemeriksaan Fundus uterus tingginya 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik(keras)

Pemeriksaan area genetalia diperoleh hasil vagina tampak kotor oleh darah lokhea rubra sebanyak \pm 70cc, darah berwarna merah segar, cair dan bau khas darah lokhea. Pasien juga terpasang kateter ukuran 18 dengan urin tertampung 200cc, Intergitas kulit area genetalia baik, tidak ditemukan edema, memar, ruptur dan hematoma, hemoroid juga tidak ada.

Pengkajian pada ekstermitas ekstremitas atas tidak ada edema, terpasang infus RL ditangan kiri dan ekstremitas bawah tidak ada edema.

1) Pemeriksaan penunjang

Tabel 9. Hasil Laboratorium kasus 2

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Hasil normal	Interpretasi
22 mei 2018	Hematologi Hemoglobin Leukosit	13,3 g/dL 6400 ribu/UI	P = 12-16 4.000-10.000	Normal Normal

m) Terapi obat

Pasien diberikan terapi obat Ceftriaxone 2 x 1 gram /IV sebagai antibiotiknya dan Ketorolac 3 x 30 mg /IV untuk mengurangi rasa nyeri (analgesic)

2) Analisa Data

Table 10. Analisa data kasus 2

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <p>Ny.R mengeluhkan nyeri hebat dibagian luka operasinya menyebar dengan skala 9 (1-10), rasanya seperti tersayat terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk banyak bergerak dan kaki kanan terasa kebas.</p> <p>DO :</p> <p>a. Pasien tampak meringis</p>	Nyeri	Tindakan pembedahan

	<ul style="list-style-type: none"> b. Skala nyeri 9 (1-10) c. TD : 100/70 mmHg d. Nadi : 70 x/menit e. RR : 20 x/menit f. Suhu :36,0°C g. Terdapat balutan luka post op SC di abdomen bawah. 		
2.	<p>DS :</p> <p>Ny. R mengatakan kaki kananya masih kebas belum berani untuk bergerak nyerinya sangat terasa dengan skala 9 (1-10) rasanya seperti tersayat.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pengkajian dilakukan 4 jam setelah pasien menjalani operasi SC b. KU : Lemah c. pasien dapat beraktivitas hanya dengan bantuan keluarga d. Saat peneliti mengusapkan jari tangan ke kaki pasien, pasien belum bisa merasakannya e. Hasil pengkajian barthel indeks diperoleh score 2 yaitu ketergantungan total f. Terdapat luka post SC dibagian 	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri

	abdomenya		
3.	DS : - DO : a. terdapat luka sayatan post op SC, luka tertutup rapat oleh balutan, PO ke-0 b. Ny. R terpasang infus dan kateter sejak tanggal 21 Mei 2018	Resiko infeksi	Prosedur invasif

3) Diagnosa

- a) Nyeri berhubungan dengan tindakan pembedahan ditandai dengan pasien mengeluhkan nyeri dibagian luka operasinya, tidak menyebar dengan skala 9 (1-10), rasanya seperti tersayat terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak. Pasien tampak meringis, Tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 70 x/menit dan terdapat balutan luka *post sectio caesarea*.
- b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien Ny. R mengatakan kaki kananya masih kebas belum berani untuk bergerak nyerinya sangat terasa dengan skala 9 (1-10) rasanya seperti tersayat. Kondisi umum lemah, pasien dapat beraktivitas hanya dengan bantuan keluarga, hasil pengkajian barthel indeks mendapatkan score 2 (ketergantungan total) dan pasien belum bisa menggerakkan jari-jarinya.

c) Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive ditandai dengan pasien terpasang infus dan kateter sejak 21 Mei 2018 dan terdapat balutan luka *post sectio caesarea* .

4) Rencana Keperawatan

Hari, tanggal : Selasa, 22 Mei 2018

Jam : 16.30

Oleh : Prisca Adhe Mawarni

a) Diagnosa 1 :

Nyeri berhubungan dengan tindakan pembedahan ditandai dengan pasien mengeluhkan nyeri dibagian luka operasinya, tidak menyebar dengan skala 9 (1-10), rasanya seperti tersayat terasa terus menerus dan bertambah saat digunakan untuk bergerak. Pasien tampak meringis, Tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 70 x/menit dan terdapat balutan luka *post sectio caesarea*.

Tujuan :

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pasien mengatakan nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil, pasien dapat mengungkapkan berkurangnya nyeri, pasien mampu melakukan nafas dalam, pasien tampak rileks, skala nyeri 3 (0-10) dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi dan Rasional :

(1) Lakukan pengkajian karakteristik nyeri (P,Q,R,S dan T).

Rasional : Mengidentifikasi karakteristik nyeri skala nyeri dan ketidaknyamanan pada pasien

(2) Observasi tanda-tanda vital.

Rasional : Tanda-tanda vital merupakan bagian yang penting dalam melakukan pemeriksaan atau tindakan pada pasien

(3) Berikan lingkungan yang nyaman dan tenang

Rasional : Dengan lingkungan yang nyaman pasien akan merasakan rileks dan tenang

(4) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.

Rasional : Teknik nafas dalam merupakan terapi anti farmakologi yang bisa diterapkan pada pasien dengan kondisi apapun.

(5) Kelola dalam pemberian analgetik.

Rasional : Mengurangi nyeri dengan farmakologi

b) Diagnosa 2 :

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien Ny. R mengatakan kaki kananya masih kebas belum berani untuk bergerak nyerinya sangat terasa dengan skala 9 (1-10) rasanya seperti tersayat. Kondisi umum lemah, pasien dapat beraktivitas hanya dengan bantuan keluarga, hasil pengkajian barthel indeks

mendapatkan score 2 (ketergantungan total) dan pasien belum bisa menggerakkan jari-jarinya

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Pasien dapat meningkatkan dan melakukan aktifitas sesuai kemampuan dan tahapannya. Dengan kriteria hasil, pasien mampu meningkatkan aktivitas fisiknya secara mandiri yang dinilai dengan barthel indeks dengan interpretasi ketergantungan ringan- mandiri dan pasien mampu mengikuti gerakan mobilisasi dini sesuai dengan tahap dan yang diajarkan

Intervensi dan Rasional :

(1) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi

Rasional : untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya.

(2) Ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik mobilisasi dini sesuai tahapannya

Rasional : meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada pasien

(3) Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan

Rasional : untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien

(4) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan (melatih duduk sambil menyusui bayi/ sambil makan)

Rasional : untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan pasien

(5) Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Rasional : untuk memberikan pengetahuan kepada pasien mengenai perubahan posisi

(6) Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan pasien

Rasional : sebagai support system agar pasien semangat untuk segera pulih

c) Diagnosa 3 :

Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive ditandai dengan pasien terpasang infus dan kateter sejak 21 Mei 2018 dan terdapat balutan luka *post sectio caesarea* .

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam infeksi tidak terjadi. Dengan kriteria hasil tidak ada tanda-tanda infeksi. luka kering tidak bengkak dan tanda-tanda vital normal terutama suhu (36°-37°C).

Intervensi dan Rasional :

(1) Monitor tanda-tanda vital.

Rasional : suhu yang meningkat mengindikasikan terjadinya infeksi

(2) Kali luka pada abdomen dan balutan.

Rasional : megidentifikasi apakah ada tanda-tanda infeksi

(3) Jaga kebersihan sekitar luka dan lingkungan Pasien serta rawat luka dengan tchnik aseptik.

Rasional : mencegah penyebaran organisme infeksius

(4) Kelola pemberian antibiotic

Rasional : untuk mengurangi dan mencegah terjadinya infeksi

5) Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa keperawatan :

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Table 11. Implementasi dan Evaluasi kasus 2

Tindakan	Evaluasi
<p>Hari, Tanggal : Selasa, 22 Mei 2018 Jam : 15.30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan nafas dalam untuk mengurangi nyeri 2. Mengajarkan pasien dan keluarga tentang teknik mobilisasi dini sesuai tahapannya 3. Menganjurkan ibu untuk menggerakkan jari-jari kaki dan menggeserkan kaki secara perlahan 4. Melatih ibu untuk memiringkan badan dengan bantuan 	<p>Hari, Tanggal : Selasa, 22 Mei 2018 Jam : 17.00</p> <p>S : Pasien mengatakan belum berani bergerak, masih merasakan nyeri dengan skala 9 (1-10), pasien mengatakan ingin segera bertemu dan menggendong bayinya. Suami pasien mengatakan akan membantu ibu untuk melakukan pergerakan dini dan pasien mengatakan mampu untuk melakukan mobilisasi dini.</p> <p>O : - Pasien makan disuapi oleh suaminya</p>

<p style="text-align: center;">Prisca Adhe Mawarni</p>	<p>habis 1 porsi hanya tersisa nasi beberapa sendok saja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah menahan nyeri - Pasien mampu mengikuti anjuran perawat (teknik nafas dalam) dengan benar - Pasien mampu menggerakkan jari-jari kedua kakinya dan menggeser kakinya sebanyak 3x hitungan - Pada 7 jam setelah operasi (17.00) pasien memaksakan diri untuk sedikit memiringkan bedanya mendekati suami yang berada di kiri pasien karena pasien yakin bahwa dirinya mampu - Ibu mampu menyusui bayi dengan posisi miring ke kiri <p>A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Ingatkan ibu untuk tetap berhati-hati saat berlatih bergerak dan harus sesuai dengan tahapanya</p> <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>
<p>Hari, Tanggal : Rabu, 23 Mei 2018 Jam : 11.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penilaian bartel indeks 2. Mengevaluasi aktivitas ibu seperti memiringkan bedan kekanan dan kekiri masing-masing 2 jam sekali 3. Memberikan posisi semifowler-fowler kepada ibu 4. Mengajari posisi duduk dan memangku bayi sambil menyusunya <p style="text-align: center;">Prisca Adhe Mawarni</p>	<p>Hari, Tanggal : Rabu, 23 Mei 2018 Jam : 12.00</p> <p>S : pasien mengatakan sudah terbiasa merubah posisi tidurnya miring kanan dan kiri tanpa bantuan suami, rasa nyerinya sudah mulai berkurang dengan skala 5 (1-10) rasanya seperti tersayat namun tidak dirasakan oleh ibu supaya segera pulih dan segera boleh pulang.pasien juga mengatakan jika dia sudah mulai berlatih setengah duduk namun hanya sebentar saja dengan dibantu suami</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menunjukkan perubahan posisi miring kekiri dan kekanan tanpa bantuan orang lain dan menyusui pada posisi miring - Nilai barthel indeks pada 24 jam pertama masih 8 (ketergantungan berat) pasien memerlukan bantuan banyak dari orang lain seperti saat mengambil makanan, belum bisa merawat dirinya BAK masih

	<p>menggunakan kateter, belum bisa mobilisasi keluar dari tempat tidur/ duduk mandiri,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih terpasang infus dan selang kateter - Pasien mampu makan siang tanpa disuapi suami hanya dibantu saat mengambil makanya dimeja - Pada posisi setengah duduk pasien mampu mencoba menggendong bayi untuk di susui namun belum berhasil <p>A : Gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian</p> <p>P : - Anjurkan pasien untuk terus melatih pada posisi semifowler hingga fowler</p> <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>
<p>Hari, Tanggal : Kamis, 24 Mei 2018 Jam : 11.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penilaian bartel indeks 2. Melakukan pengecekan tekanan darah 3. Melatih dan memberikan posisi nyaman saat posisi duduk 4. Melatih berdiri dan berjalan pada pasien <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>	<p>Hari, Tanggal : Kamis, 24 Mei 2018 Jam : 12.00</p> <p>S : Pasien mengatakan senang karena besok siang sudah diperbolehkan pulang oleh dokter, nyerinya berkurang menjadi skala 3 (1-10), pasien juga mengatakan sudah mencoba turun dari tempat tidur namun hanya kakinya saja.</p> <p>O : - Pasien bisa diajak bercanda dan ketawa bersama dengan bayi dan keluarganya - Pasien sudah tidak terpasang kateter, dan eliminasi dengan pispot dibantu oleh suami - TD 130/80 mmHg - nilai barthel indeks pada hari ke dua post SC pasien sudah mulai meningkat hampir dua kali lipat yaitu 15 (ketergantungan ringan) pasien masih memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi beberapa kebutuhan ADLs nya seperti saat berlatih menurunkan kaki dari tempat tidur, mandi dengan bantuan orang lain(disibin) dan eliminasi menggunakan pispot/ ke kamar mandi</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu berdiri dengan dibantu perawat berjalan sejauh 2 kali langkah dengan posisi membungkuk <p>A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Anjurkan pasien untuk latihan berdiri dengan bantuan dan didampingi orang lain</p> <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>
<p>Hari, Tanggal : Jumat, 25 Mei 2018 Jam : 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penilaian barthel indeks 2. Melatih berjalan pasien dengan dan tanpa bantuan orang lain <p style="text-align: right;">Prisca Adhe Mawarni</p>	<p>Hari, Tanggal : Jumat, 25 Mei 2018 Jam : 10.00</p> <p>S : Pasien mengatakan sekarang sudah bisa berjalan beberapa langkah dan mengambil bayinya sendiri dari tempat tidur bayi yang ada disamping tempat tidurnya, pasien mengatakan gembira karena akan pulang sore nanti.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gembira - Saat perawat datang pasien terlihat sedang duduk dipinggir bed sambil menyusui anaknya - Pasien mampu berdiri dengan posisi sedikit membungkuk dan berjalan 10 langkah mendekati kamar mandi dengan berpegangan tembok - Nilai barthel indeks pada hari ke tiga post SC menunjukkan peningkatan yang bagus yaitu 19 kurang satu point saja untuk kemandirian pasien yang belum tercapai yaitu mandi dengan mandiri, pasien masih mandi dengan bantuan orang lain karena anjuran dokter luka tidak boleh terkena air. - Pasien terlihat sedang menggantikan popok pada bayinya yang menangis karena basah <p>A : Gangguan mobilitas fisik pasien teratasi</p> <p>P : -</p>

	Prisca Adhe Mawarni
--	---------------------

B. Pembahasan Studi Kasus

Bab ini akan membahas mengenai perbandingan dua pasien terhadap penerapan mobilisasi dini pada ibu *post sectio caesarea* di ruang Nusa Indah 2 RSUD Sleman pada bulan Mei 2018. Proses pengumpulan data yang telah dilakukan peneliti yaitu dimulai dari pencarian data pasien dengan *post sectio caesarea* hari ke-0 yang sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan, kemudian menemui pasien, memperkenalkan diri, menjelaskan tentang maksud, tujuan, serta manfaat penelitian dan mengajukan *informed consent* kepada pasien.

Menurut studi pustaka mobilisasi dini adalah kebijakan untuk membimbing penderita sesegera mungkin untuk keluar dari tirah baringnya dan secepat mungkin untuk berjalan (Sutanto & Fitriana, 2015). Mobilisasi dini *post Sectio caesarea* adalah merubah posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam persalinan *sectio*

caesarea. Hasil penelitian Reny dan Ardeny (2016) menyatakan bahwa komplikasi pada post operasi *Sectio caesarea* dapat dicegah dengan ibu sesegera mungkin melakukan mobilisasi sesuai dengan tahapan-tahapannya.

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.

Hasil studi kasus yang diperoleh dari penerapan mobilisasi dini, untuk memenuhi kebutuhan aktivitas pada kedua pasien ibu *post sectio caesarea* adalah terpenuhi. Kedua pasien pada hari ke tiga *post sectio caesarea* mampu memenuhi kebutuhan aktivitasnya sesuai dengan tahapannya yang dibuktikan dengan, adanya peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya dengan bantuan minimal dari keluarga hingga melakukannya secara mandiri dan dibuktikan juga dengan penilaian barthel indeks yang mendapatkan score akhir 19 yaitu dapat melakukan aktivitas dengan mandiri. Kedua pasien mencapai score 19

pada hari ke tiga *post sectio caesarea*, yang awalnya pada hari ke 0 pasien pertama memperoleh score 6 dan pasien kedua score 2.

Selama penelitian ini, peneliti melakukan tindakan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang telah disusun, melakukan analisis tindakan penerapan mobilisasi dini pada ibu *post sectio caesarea* dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan membandingkan respon ibu dengan melihat tingkat kemandirian pasien. Dalam hal ini yang dilakukan peneliti yaitu membandingkan kecepatan ibu dalam melakukan gerakan mobilisasi dini dan diperoleh hasil, pasien pertama pada 6 jam post SC pasien mampu menggerakkan jari-jari kaki, menggeser dan menekukan kaki, 7 jam pertama pasien mampu miring kanan kiri dengan bantuan peneliti, hari pertama atau 24 jam post SC pasien mampu merubah posisi menjadi setengah duduk hingga hari ke dua pasien baru bisa duduk dengan bersender di bed pasien membentuk sudut 90° lalu pada hari ke tiga pasien berlatih berdiri dan berjalan sedikit demi sedikit. Pada pasien yang pertama ini pasien menjalankan mobilisasi dini patuh sesuai aturan dan anjuran dari peneliti.

Nyeri merupakan suatu kondisi perasaan yang tidak nyaman yang disebabkan oleh stimulus tertentu (Potter & Perry, 2006) Nyeri bersifat subjektif, sehingga respon setiap orang tidak sama saat merasakan nyerinya. Nyeri tidak dapat dinilai obyektif, misalnya dengan menggunakan pemeriksaan darah. Orang yang merasakan nyeri maka hanya orang itu yang dapat mengukur tingkat nyeri yang dirasakan. Hasil

penelitian ini sesuai dengan teori tersebut yaitu terjadi perbedaan mengenai respon nyeri yang dirasakan oleh kedua pasien yaitu, pasien kedua pada saat pengkajian mengeluhkan nyeri lebih tinggi dari pada pasien pertama namun dengan keyakinanya yang kuat pasien ke dua pada 8 jam pertama post SC sudah bisa menyusui anaknya di samping kiri badan pasien, bahkan pada malam harinya (11 jam setelah operasi) pasien sudah mencoba menaikan bed yang dibawah kepalanya namun hanya sebentar, pada 24 jam pertama post SC atau satu hari setelah operasi pasien sudah mampu duduk tanpa bersender di bed namun masih sedikit membungkuk dan ingin mencoba duduk dipinggiran bed, hingga akhirnya pasien duduk dipinggiran bed pada malam harinya dengan dibantu oleh suami pasien juga sudah bisa memangu bayinya sambil menyusui. Hari ke dua saat penulis datang untuk mengajarkan berdiri, pasien sudah mencoba berlatih berdiri dengan dipegangi oleh suaminya namun belum berani melangkah, sewaktu penulis yang mendampinginya pasien bisa melangkahakan kakinya namun hanya dua langkah saja, dan pada hari ketiga pasien mampu berjalan ke kamar mandi dengan dampingi suami dengan posisi sedikit membungkuk, selain itu pada hari ketiga post SC ini pasien kedua sudah mampu menggati pakaian bayinya karena waktu itu bayinya menangis karena pakaian basah.

Keberhasilan penerapan mobilisasi dini ini dinilai penulis dari tingkat aktivitas yang dilakukan pasien dengan menggunakan penilaian barthel indeks dan diperoleh hasil sebagai berikut, pasien pertama dalam

pemenuhan kebutuhan sehari-hari menurut bartel indeks memperoleh score 6 pada hari ke-0 operasi dan 8 pada hari ke-1 menandakan bahwa pasien pertama ketergantungan berat dan memerlukan bantuan banyak oleh orang lain. Pada hari ke-2 dan ke-3 pasien pertama mengalami peningkatan yaitu 12 dan 19 yang berarti pasien sudah mampu melakukan aktivitasnya dengan bantuan ringan hingga secara mandiri, pasien hanya meminta bantuan pada beberapa aktivitas saja seperti mandi, berpakaian, memenuhi kebutuhan eliminasi dll.

Sedangkan pada pasien kedua diperoleh hasil score 2 pada 6 jam pertama post operasi yaitu memerlukan bantuan total dari orang lain untuk memenuhinya, pada 24 jam post SC score naik menjadi 8 masih ketergantungan berat yaitu pada saat mandi, mengambil makanan, berpindah yang masih banyak dibantu keluarga hingga eliminasi juga masih menggunakan kateter kemudian pada hari ke dua score naik menjadi 15 dan pada hari ke tiga score menjadi 19 yang belum tercapai hanya mandi secara mandiri karena luka masih basah belum diperbolehkan terkena air.

Pengalaman dan pengetahuan dalam penelitian ini sangat berpengaruh terhadap tercapainya keberhasilan penerapan mobilisasi dini. Kedua pasien memiliki beberapa perbedaan karakteristik salah satunya pasien ke dua merupakan seorang perawat yang tentu saja memiliki kemauan yang tinggi lebih dari pada pasien pertama yang sebagai karyawan swasta untuk segera melakukan mobilisasi dini walaupun pasien

pertama melahirkan anak ke dua dan ketiga sedangkan pasien kedua melahirkan anak yang pertama namun pengalaman saat mengikuti pendidikan keperawatan pasien pertama lebih memahami perlunya melakukan mobilisasi dini sehingga pasien ke dua mengalami peningkatan kesehatan yang lebih cepat dengan masa rawat inap yang lebih pendek dari pada pasien yang pertama. Pasien pertama pulang hari ke 4 *post sectio caesarea* sedangkan pasien kedua sudah diperbolehkan pulang pada hari ke 3 *post sectio caesarea* . Sesuai dengan penelitian Danefi dan Agustin (2015) yang mengungkapkan bahwa kecepatan mobilisasi dini mempengaruhi pada lama rawat inap. Selain itu menurut teori Kiik (2009) mobilisasi dini yang dilakukan secara teratur menyebabkan perubahan yang terjadi pada ibu pasca operasi akan cepat pulih, dengan demikian ibu akan cepat merasa sehat dan bisa merawat anaknya dengan cepat.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatatan yang didapatkan saat menerapkan mobilisasi dini pada ibu *post sectio caesarea* adalah pada saat penerapan gerakan tahap pertama kedua ibu enggan melakukan pergerakan mobilisasi dini, karena ibu merasakan nyeri dan takut jahitan robek saat untuk bergerak.