**INSTRUMEN STUDI KASUS**

1. **IDENTITAS PASIEN**

Nama : Ny I

Umur : 31 tahun

Status : kawin

Agama : islam

Suku : bugis, makassar

Pendidikan : S1 PGSD

Nama Suami : Tn R

Umur Suami : 34 tahun

Alamat : jln Takalar

Pekerjaan : TNI AD

Diagnosa Medis : Post Op Sectio Caesarea ( SC)

Tanggal Masuk RS : 8 juli 2018

1. **PENGKAJIAN**
2. KELUHAN UTAMA

Klien mengatakan susah untuk melakukan posisi miringkanan dan miring kiri

1. RIWAYAT KEHAMILAN TERAKHIR
2. G : 3, P : 3, A : 0
3. Haid Terakhir : 10-10-2017
4. Tafsiran persalinan: 17-07-2018
5. Berapa kali ANC : setiap bulan
6. Imunisasi TT : Ya
7. Bila Ya berapa kali di berikan selama Hamil : 2x g. Usia Kehamilan pemberian imunisasi : -
8. RIWAYAT PERSALINAN DAN KELAHIRAN SAAT INI
9. Tanggal persalinan : 10-07-2018
10. Jenis persalinan : SC
11. Lamanya operasi : 1 jam
12. Jumlah perdarahan selama persalinan : 550cc
13. Pengobatan yang telah diberikan :
14. Penyakit persalinan : -
15. Penyulit persalinan : -
16. POLA REPRODUKSI
17. Menaecha umur : 19 tahun
18. Siklus haid : 26 hari
19. Lamanya haid : -
20. Sifat darah : -
21. Banyaknya :
22. PEMERIKSAAN FISIK
23. Keadaan umum/kesadaran : Composmentis
24. Kesadaran baik
25. Tanda – tanda vital :
26. TD : 110/80 mmHg
27. Nadi : 82 x/menit
28. Suhu : 36 C
29. Pernafasan : 20 x/menit
30. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keenggangan memulai pergerakan

1. **RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa**  **Keperawatan** | **TujuandanKriteriah**  **asil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Gangguan mobilitas  fisik berhubungan dengan keenggangan memulai pergerakan ds : klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, klien mengatakan tidak mampu melakukan ADL secara mandiri, klien mengatakan kesulitan dalam posisi miring kanan dan kiri karena merasaka,n nyeri dan mengaalami keterbatasan  rentang gerak.  do :klien terlihat lemah, klien nampak sulit bergerak, klien nampak cemas,  TTV : tekanan darah  110/70 mmhg, nadi :  82 x/i, suhu 37,7 0 , C  pernapasan 20 x/i | Tujuan : Mobilitas  dapat tercapai, Kriteria hasil : klien meningkat dalam aktivitas, mengganti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemaampuan berpindah. | 1. Monitor tanda –  tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas  2. Kaji kemampuan  klien dalam mobilitas dengan  3. Ajarkan pasien  bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan,  4. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri  sesuai kemampuan  5. Bantu klien saat berjalan. | 1. Untuk  mengetahui keadaan klien  2. Memotivasi peningkatan gerak  3. Memberikan penjelasan tentang cara balik kiki dan balik kanan  4. Mengetahui  kemampuan mandiri klien  5. Mampu  berjalan sendiri tanpa ada bantuan. |

1. **IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Hari/Tanggal | Jam | Implementasi |
| 1. | Rabu 11 Juli 2018 | 09.00 WITA  09. 20 wWITAWITA | Memonitor tanda – tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas dengan didapatkan hasil sebelum melakukan aktivitas tekanan darah : 110/60 mmHg, nadi : 78 x/I,  suhu : 36,7 °C, pernapasan : 20x/i,  Mengkaji kemampuan klien dalam mobilitas dengan didapatkan hasil klien nampak kesulitan untuk melakukan posisi kiri dan kanan (sim kiri dan sim kanan) dengan didapatkan hasil klien nampak sulit |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.  3. | Kamis 12 Juil 2018  Jum‟at 13 Juli 2018 | 09.40  10. 00  10. 30  08.00  08.20  08.40  9. 00 WITA  9. 20 WITA  08. 00 WITA | bergerak dengan posisi kiri dan kanan.  Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan dengan didapatkan hasil klien mampu mengerti penjelasan yang diajarkan tentang posisi miring kiri dan kanan secara berlahan – lahan.  Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.  Membantu klien saat berjalan dengan didapatkan hasil klien terlihat dibantu oleh k eluarga dan perawat saat ingin berjalan ke toilet.  Memonitor tanda – tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas dengan didapatkan hasil sebelum melakukan aktivitas tekanan darah : 110/60 mmHg, nadi : 78x/i, suhu : 36,7° C, pernapasan : 20x/I,  Mengkaji kemampuan klien dalam mobilitas dengan didapatkan hasil klien nampak kesulitan untuk melakukan posisi miring kiri dan kanan (sim kiri dan sim kanan) dengan didapatkan hasil klien nampak sulit bergerak pada saat melakukan posisi kiri dan kanan.  Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan dengan didapatkan hasil klien mampu mengerti penjelasan yang diajarkan tentang posisi miring kiri dan kanan secara berlahan – lahan.  Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL  secara mandiri sesuai kemampuan.  Membantu klien saat berjalan dengan didapatkan hasil klien terlihat dibantu oleh k eluarga dan perawat saat ingin berjalan ke toilet.  Memonitor tanda – tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas dengan didapatkan hasil sebelum melakukan aktivitas tekanan darah : 110/60 |

0

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 08. 20  08.40  09.00  9. 20 | Mengkaji kemampuan klien dalam mobilitas dengan didapatkan hasil klien nampak kesulitan untuk melakukan posisi miring kiri dan kanan (sim kiri dan sim kanan) dengan didapatkan hasil klien nampak sulit bergerak pada saat melakukan posisi kiri dan kanan.  Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan dengan didapatkan hasil klien mampu mengerti penjelasan yang diajarkan tentang posisi miring kiri dan kanan secara berlahan – lahan.  Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.  Membantu klien saat berjalan dengan didapatkan hasil klien terlihat dibantu oleh k eluarga dan perawat saat ingin berjalan ke toilet. |