

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Pada segmen ini, pengarang akan menguraikan hasil yang diperoleh serta tindakan yang telah dilaksanakan antara BAB II dan BAB III pada Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny.A P1A0, dengan fokus intervensi penerapan Pijat oksitosin dimaksudkan untuk meningkatkan jumlah ASI pada ibu yang menjalani operasi caesar akibat ketuban pecah dini (KPD) di RS Permata Bunda Purwodadi yang mengulas sesuai dengan tahapan proses keperawatan terdiri dari: pengkajian, diagnosis, intervensi, pelaksanaan, serta evaluasi perawatan. Berdasarkan hasil asesmen dimulai tanggal 8 April 2026. Uraian lengkap akan dijelaskan pada bagian berikutnya.

1. Pengkajian

Asesmen adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dilakukan secara terstruktur untuk mengumpulkan informasi tentang keadaan kesehatan pasien. Informasi yang diperoleh ini menjadi dasar untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan intervensi, melaksanakan intervensi tersebut, dan mengevaluasi hasil perawatan (Poltekkes & Palembang, 2024).

Dalam pengkajian penulis menggunakan metode wawancara, pengamatan (observasi), pemeriksaan fisik, serta telaah dokumentasi rekam medis. Berdasarkan pengkajian di Ruang Dewi Shinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi Ny. A mengatakan pada tanggal 7 April 2026 pukul 08.45 WIB mulai merasakan kontraksi yang datang berulang disertai keluarnya cairan ketuban melalui vagina. Kemudian klien dibawa keluarganya ke Puskesmas Geyer pada pukul 09.00 WIB. Setelah dilakukan pemeriksaan, klien dirujuk ke RS Permata Bunda Purwodadi karena didiagnosis mengalami ketuban pecah dini. Setelah sampai di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi pasien dibawa ke Ruang *Verlos Kamer* (VK) untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Di ruang *Verlos*

Kamer (VK) dilakukan pemeriksaan dengan hasil tekanan darah 124/80 mmHg, nadi 80 kali/menit, frekuensi napas 22 kali/menit, suhu tubuh 36,5°C, tinggi fundus uteri 32 cm, denyut jantung janin 140 kali/menit, dengan diagnosa G1P0A0 41 Minggu KPD hasil pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan serviks 1 cm pada kala I. Selanjutnya klien mendapat terapi cairan *Ringer Laktat* (RL) 20 tetes per menit dan diberikan oksitosin untuk memperkuat kontraksi rahim. Akan tetapi, belum terdapat kemajuan pada kala I. Selama kurang lebih 10 jam tidak terjadi perubahan sehingga dokter menyatakan pacuan persalinan gagal. Selanjutnya dokter U memutuskan klien untuk menjalani operasi *sectio caesarea*.

Operasi *sectio caesarea* dilaksanakan 7 April 2026 waktu 20.50–21.40 WIB menggunakan anestesi spinal. Bayi perempuan; berat badan lahir 3.340 g, panjang tubuh 49 cm, lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 33 cm, serta lingkar lengan atas 11 cm, menangis kuat, tanpa kelainan kongenital, dan kondisi umum baik. Setelah selesai operasi, Pasien dipindahkan ke ruang "Dewi Shinta" pada pukul 22.00 WIB untuk lanjutan perawatan intensif.

Berdasarkan hasil asesmen pada Ny. A 8 April 2026 diperoleh data subjektif bahwa Pasien mengeluhkan rasa sakit di area bekas operasi caesar; rasa sakit semakin parah saat bergerak. Klien juga menyampaikan bahwa produksi ASI masih sedikit dan Ia tidak memiliki pengalaman menyusui sebelumnya, mengingat ini adalah kelahiran pertamanya. Pengkajian nyeri menggunakan metode PQRST menunjukkan bahwa nyeri dipicu oleh aktivitas atau pergerakan (*Provocation*), dirasakan seperti tertusuk (*Quality*), berlokasi di daerah abdomen (*Region*), dengan intensitas skala 6 dari 10 (*Severity*), serta muncul secara hilang timbul (*Time*).

Hasil observasi memperlihatkan kondisi umum pasien terlihat lemah tetapi sepenuhnya sadar dan memiliki orientasi yang baik. Ia meringis saat bergerak; luka operasi tampak di bagian perutnya. yang masih tertutup

balutan dan belum kering. Pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 124/90 mmHg, denyut nadi 105 kali per menit, frekuensi napas 22 kali per menit, suhu 36,6°C, dan saturasi oksigen 99%.

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. A mengatakan bahwa ini merupakan operasi *sesar* yang pertama. Klien mengatakan tidak ada catatan mengenai penyakit menular seperti tuberkulosis, hepatitis, atau HIV/AIDS, serta tidak mempunyai riwayat penyakit genetik seperti hipertensi dan diabetes melitus. Selama masa kehamilan juga tidak ditemukan penyakit yang mengganggu kondisi ibu maupun janin.

Riwayat menstruasi Ny.A menunjukkan bahwa *menarche* terjadi berusia 12 tahun dengan siklus menstruasi yang teratur selama 28 hari, lama menstruasi sekitar tujuh hari, serta rata-rata mengganti pembalut tiga kali dalam sehari. Hari pertama haid terakhir (HPHT) adalah 25 Juni 2025 sehingga hari perkiraan lahir (HPL) dihitung pada tanggal 1 April 2026.

Pada riwayat kehamilan, Ny. A merupakan kehamilan pertama dengan status G1P0A0 usia kehamilan 41 minggu. Selama kehamilan trimester pertama klien mengalami mual dan muntah. Ny. A melakukan pemeriksaan *antenatal care* (ANC) sebanyak sepuluh kali di bidan dan dokter. Upaya yang dilakukan klien untuk mengatasi keluhan selama kehamilan yaitu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan serta berkonsultasi mengenai perkembangan kehamilan dan persiapan persalinan.

Riwayat persalinan Ny. A merupakan Persalinan pertama dilakukan melalui tindakan kegagalan induksi persalinan. Bayi lahir dengan nilai APGAR 10/10/10, kondisi umum baik, tidak ditemukan kelainan bawaan, dan direncanakan memperoleh ASI eksklusif.

Penulis menggunakan pendekatan pola fungsional kesehatan menurut Gordon. Pendekatan ini dipilih karena mampu menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan secara menyeluruh melalui sebelas pola fungsional, sehingga memudahkan perawat dalam mengidentifikasi perubahan fungsi yang terjadi setelah tindakan *sectio*

caesarea. Dari hasil pengkajian, ditemukan beberapa pola yang mengalami perubahan, Pada Pola persepsi-kognitif merupakan pola yang paling dominan mengalami perubahan pada Ny. A. Hasil wawancara menunjukkan bahwa klien mengeluhkan nyeri pada daerah abdomen tepat di lokasi luka operasi *sectio caesarea*. Pengkajian nyeri menggunakan metode PQRST menunjukkan bahwa nyeri bertambah ketika klien bergerak, terasa seperti tertusuk, berlokasi pada abdomen bagian bawah, memiliki intensitas skala 6 dari 10, serta muncul secara hilang timbul. Hasil observasi juga memperlihatkan klien tampak meringis ketika mengubah posisi tubuh dan cenderung membatasi pergerakan untuk mengurangi rasa nyeri. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tindakan pembedahan memberikan respons fisiologis berupa rasa nyeri yang memengaruhi kenyamanan klien selama masa pemulihan.

Perubahan dalam persepsi dan perilaku kognitif memengaruhi pola aktivitas dan gerakan individu. Sebelum menjalani operasi, pasien melaksanakan semua kegiatan harian secara mandiri dan rutin berolahraga ringan bersama suaminya setiap pagi. Namun, setelah operasi, pasien melaporkan bahwa ia belum dapat kembali ke tingkat aktivitas normalnya karena mengalami nyeri perut. Hasil observasi menunjukkan bahwa pasien masih mampu makan sendiri, tetapi masih memerlukan bantuan dari anggota keluarga untuk mandi, berpakaian, berjalan, dan buang air. Pasien tampak berhati-hati saat mengubah posisi dan ragu untuk bergerak bebas, karena khawatir nyeri akan semakin parah. Perubahan ini menunjukkan bahwa prosedur pembedahan telah memengaruhi keseharian.

Dalam hal nutrisi serta metabolisme, penilaian menunjukkan bahwa pasien melaporkan produksi asi yang sedikit. Karena ini adalah persalinan pertamanya, ia tidak memiliki pengalaman menyusui sebelumnya. Selain itu, payudaranya belum terasa penuh, dan pasien mengungkapkan kekhawatiran mengenai apakah asi yang diproduksi akan cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Hal ini menunjukkan bahwa proses menyusui setelah operasi caesar masih dalam fase penyesuaian awal.

Pemeriksaan fisik menunjukkan klien masih lemah. Konjungtiva tidak anemis, mukosa bibir lembap, terdapat luka pada perut setelah operasi caesar sepanjang kurang lebih 10 cm masih tertutup rapi, tampak *linea nigra* dan *striae gravidarum*, area sekitar luka terlihat kemerahan disertai nyeri tekan pada bagian bawah *umbilikus*. Sedangkan produksi ASI masih belum lancar.

Berdasarkan seluruh data hasil pengkajian, penulis mengidentifikasi bahwa masalah keperawatan yang paling menonjol pada Ny. A adalah nyeri akut akibat insisi pembedahan *sectio caesarea*. Kondisi tersebut menjadi dasar dalam penetapan prioritas diagnosis keperawatan sebelum dilakukan intervensi pada masalah lain yang ditemukan selama proses asuhan keperawatan.

2. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, Evaluasi

Diagnosis yakni hasil analisis dan interpretasi data yang diperoleh selama proses asesmen untuk menentukan respons klien terhadap kondisi kesehatan yang dihadapinya. Diagnosis ini menggambarkan masalah kesehatan yang nyata dan yang berpotensi terjadi, serta berfungsi sebagai dasar bagi perawat untuk menentukan intervensi yang sesuai dalam praktik profesional mereka (Program et al., 2024).

Menurut asesmen terhadap Ny.A dengan menggunakan Model Asesmen Fungsional Gordon, selanjutnya dilakukan analisis data untuk mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul. Dari analisis tersebut, penulis menetapkan Diagnosis ini karena didukung oleh asesmen, sehingga menjadi prioritas dalam pengembangan rencana perawatan. Diagnosis keperawatan mencakup:

a. Nyeri Akut

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2022), Nyeri akut adalah suatu pengalaman yang bersifat sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang muncul tiba-tiba atau bertahap, berkisar dari intensitas sedang hingga berat, dan berlangsung sekitar tiga bulan. Setelah operasi caesar, nyeri yang dirasakan pasien dapat

berasal dari lokasi operasi dan umumnya disebabkan oleh kerusakan jaringan akibat sayatan bedah pada dinding perut dan rahim. Proses penyembuhan luka pascaoperasi memicu reaksi peradangan yang menyebabkan nyeri, terutama saat pasien mengubah posisi, batuk, tertawa, atau bergerak. Nyeri tersebut merupakan reaksi fisiologis terhadap trauma jaringan yang disebabkan oleh prosedur bedah dan biasanya terjadi seiring dengan proses penyembuhan luka (Amalia et al., 2024).

Berdasarkan pengkajian Ny. A data subjektif menunjukkan pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi; pasien melaporkan bahwa rasa sakitnya meningkat saat bergerak, P: luka pada bekas operasi, Q: nyeri terasa seperti ditusuk, R : Perut kuadran 3-4, S: 6, T: muncul saat bergerak dan kemudian reda. Data objektif menunjukkan pasien nampak kesakitan dan klien memegang bagian perutnya, Tampak gelisah, Sulit tidur, Tampak ada balutan luka pada abdomen, Klien dengan kesadaran composmetis dan klien bed rest, KU:lemah, akral hangat, terpasang infus RL 20 tpm dan terpasang DC. TD: 124/90 mmHg, HR: 105 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,6°C.

Peneliti menetapkan nyeri akut melalui data subjektif yang utama. Secara objektif, ini mencakup ekspresi wajah kesakitan, sikap defensif (contohnya, berada dalam keadaan waspada, mengubah posisi untuk menghindari rasa sakit), kegelisahan, serta peningkatan laju detak jantung. Kriteria kedua, berdasarkan kelompok kerja SDKI dari DPP PPNI (2022), tidak memiliki aspek subjektif, sedangkan di sisi objektif meliputi meningkatnya tekanan darah, perubahan pola bernapas, penyesuaian nafsu makan, gangguan kognitif, menarik diri dari interaksi, dan perhatian berlebihan terhadap diri sendiri.

Menurut perspektif keperawatan, rasa sakit pascaoperasi yang akurat dapat menghambat pemulihan, sebab dapat menimbulkan keterbatasan dalam bergerak dan menyebabkan masalah tidur bagi ibu, serta meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi seperti infeksi

dan trombosis, bahkan turut meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi (Maulida et al., 2025). Ketidakdian penanganan rasa sakit juga bisa menghalangi pemberian ASI, karena ibu mungkin enggan untuk bergerak atau kesulitan dalam menemukan posisi menyusui yang nyaman (Program et al., 2024).

Dalam pandangan keperawatan, nyeri akut pasca operasi seringkali menjadi penghalang dalam proses pemulihan, yang mengakibatkan gerakan yang terbatas dan gangguan dalam tidur bagi ibu serta meningkatkan risiko komplikasi seperti infeksi dan trombosis, serta kemungkinan gangguan kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi. Penulis mencatat bahwa nyeri akut setelah operasi caesar merupakan diagnosis keperawatan yang utama, karena kondisi ini menduduki posisi sebagai penyebab utama ketidaknyamanan bagi klien, khususnya saat melakukan aktivitas atau mobilisasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi nyeri akut ini harus segera dilaksanakan, karena kegagalan dalam penanganan dapat membawa dampak negatif yang besar dalam proses pemulihan pasien. Jika nyeri tidak diobati dengan segera, hal tersebut bisa memperlambat proses pemulihan (Poltekkes & Palembang, 2024)

Berdasarkan teori sifat masalah dan tingkat keparahannya, nyeri akut pascaoperasi *sectio caesarea* merupakan masalah aktual yang berdampak langsung pada penurunan tingkat kenyamanan klien secara signifikan dan membutuhkan penanganan segera. Mengingat tingkat keparahan nyeri dapat menghambat klien dalam melakukan pergerakan, kondisi ini berpotensi memicu komplikasi lebih lanjut seperti keterlambatan penyembuhan luka dan gangguan proses laktasi (Lestari, 2025). Oleh karena itu, penatalaksanaan nyeri perlu menjadi prioritas agar kondisi klien lebih stabil, rasa nyaman meningkat, dan proses pemulihan dapat berlangsung secara optimal sebelum berfokus pada pemenuhan kebutuhan pada tingkat tinggi.

Perencanaan intervensi perawatan melibatkan penetapan tujuan dan langkah-langkah untuk menilai proses perawatan pasien berdasarkan analisis temuan, guna mengatasi masalah kesehatan serta perawatan pasien (Poltekkes & Palembang, 2024).

Rencana tindakan Perawatan keperawatan untuk mengurangi nyeri pada Ny. A mencakup pengamatan, tindakan terapeutik, edukasi pasien, dan kerja sama sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), khususnya dalam manajemen nyeri. Penentuan rencana keperawatan mengikuti kriteria hasil yang telah ditentukan terhadap pada kriteria SMART yang difokuskan pada target luaran klinis pasien (SLKI). Target waktu tersebut ditetapkan karena dinilai realistis (*Achievable*) dan terukur (*Measurable*) untuk memantau indikator penurunan nyeri pasien secara bertahap sesuai dengan kecepatan efektivitas intervensi yang diberikan.

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan pengalaman pasien diharapkan dapat menghasilkan penurunan pada tingkat nyeri. Kriteria ditetapkan oleh penulis mencakup: pengurangan keluhan nyeri, penurunan frekuensi meringis, penurunan tingkat kegelisahan, tingkat nyeri menurun. Alasan mengapa kriteria hasil lainnya tidak ditampilkan adalah karena pada pasien luaran tidak sejalan dengan tanda-tanda dan gejala nyeri akut yang saat ini dialami oleh pasien.

Intervensi yang dilakukan meliputi observasi berupa pengkajian terkait lokasi, karakteristik, intensitas, dan durasi nyeri, serta faktor-faktor yang dapat memperberat atau meredakan nyeri. Selain itu dilakukan pemantauan respon nyeri nonverbal dan tanda-tanda vital. Tindakan terapeutik meliputi memfasilitasi istirahat, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam sebagai upaya nonfarmakologis, serta menciptakan lingkungan yang nyaman. Penulis juga memberikan edukasi mengenai penyebab nyeri dan cara mengontrol nyeri secara mandiri. Tindakan kolaboratif dilakukan melalui pemberian terapi

analgesik sesuai program dokter berupa ketorolac intravena dan natrium diklofenak oral.

Mernurut penelitian yang dilakukan Mersi (2024), Kedua pendekatan tersebut bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri serta mengatasi gejala yang menyertainya. Pada kasus ini, klien masih mengeluhkan nyeri, terutama ketika efek obat analgesik mulai berkurang, sehingga kemampuan klien dalam beradaptasi terhadap nyeri belum optimal. Oleh karena itu, diperlukan intervensi nonfarmakologis sebagai terapi pendukung, terapi relaksasi napas dalam membantu mengurangi persepsi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada klien. Mernurut penelitian yang dilakukan Amalia et al.(2024), hasil kombinasi farmakologis dan nonfarmakologis lebih efektif dalam mengurangi intensitas nyeri dibandingkan hanya menggunakan salah satu metode saja.

Pelaksanaan perawatan, yaitu tanggal 8 sampai 10 April 2026. Selama pelaksanaan asuhan keperawatan tersebut, peneliti secara langsung mengobservasi dan mendokumentasikan implementasi pada saat shift pagi. Pada hari pertama, penulis mengobservasi keadaan umum klien pengkajian terkait lokasi, karakteristik, intensitas, dan durasi nyeri, serta faktor-faktor yang dapat memperberat atau meredakan nyeri. Hasil pengkajian menunjukkan nyeri masih berada pada skala 6, nyeri bertambah saat bergerak, Seperti tertusuk-tusuk,pada abdomen kuadran 3-4. Selanjutnya ajari terapi tarik napas dalam terhadap metode untuk membantu meminimalkan persepsi. Klien tampak kooperatif dan bersedia mempraktikkan teknik tersebut ketika nyeri muncul. Penulis juga memfasilitasi kebutuhan istirahat serta berkolaborasi dalam pemberian ketorolac 30 mg intravena sesuai program terapi. Selain itu, pada hari pertama juga dilakukan pijat oksitosin yang dilakukan 2 kali sehari.

Hasil penelitian Maryati & Hermayanti (2024), menunjukkan bahwa tindakan memberikan efek relaksasi pada ibu *post sectio*

caesarea. Melalui stimulasi pada area punggung, klien mengatakan merasa lebih nyaman, tubuh lebih ringan, dan rasa tegang berkurang. Hal ini menunjukkan bahwa *oxytocin massage* juga membantu menurunkan ketegangan dan meningkatkan kenyamanan ibu pasca operasi (Lestari, 2025). Setelah tindakan dilakukan, klien mengatakan nyeri mulai berkurang menjadi skala 5 meskipun masih muncul saat bergerak.

Sebagai bentuk pembenaran terhadap kelangsungan perawatan klien secara utuh, implementasi pada shift siang dan shift malam didelegasikan kepada perawat ruangan. Tindakan lanjutan yang dilakukan oleh perawat ruangan pada shift siang dan malam meliputi pemantauan skala nyeri, fasilitasi istirahat, serta pemberian terapi analgesik, yang seluruhnya didokumentasikan dengan baik di dalam rekam medis klien.

Pada hari kedua, penulis kembali melakukan pengkajian nyeri dan didapatkan intensitas nyeri menurun menjadi skala 4. Klien mengatakan nyeri masih dirasakan ketika bergerak, tetapi sudah lebih ringan dibandingkan hari sebelumnya. Penulis menganjurkan klien untuk terus menerapkan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan pijat oksitosin kembali dilakukan dan klien tampak nyaman selama masa pemulihan serta mempertahankan pola istirahat yang cukup. Terapi analgesik tetap diberikan sesuai instruksi dokter. Selama pelaksanaan tindakan, klien tampak lebih rileks dan mulai berani melakukan aktivitas ringan di sekitar tempat tidur. Sebagai pembenaran atas keterbatasan waktu observasi penulis asuhan keperawatan pada shift siang dan shift malam kembali didelegasikan kepada perawat ruangan. Berdasarkan pendokumentasian perawat ruangan di dalam rekam medis, kelangsungan intervensi tetap berjalan, di mana klien difasilitasi untuk istirahat, skala nyeri terpantau stabil, dan pemberian terapi analgesik lanjutan telah diberikan sesuai dengan jadwal program medis.

Pada hari ketiga, hasil pengkajian menunjukkan perkembangan yang baik. Klien mengatakan nyeri masih dirasakan saat bergerak namun intensitasnya menurun menjadi skala 3. Klien juga menyampaikan bahwa teknik relaksasi napas dalam dan pijat oksitosin yang telah diajarkan membantu mengurangi dan mengontrol rasa nyeri sehingga lebih nyaman saat beraktivitas. Secara objektif, ekspresi meringis berkurang, klien tampak lebih tenang. Keadaan tersebut menunjukkan adanya perbaikan meskipun nyeri belum hilang sepenuhnya.

Selama pelaksanaan implementasi keperawatan, sebagian besar berdasarkan kondisi klien. Implementasi berhasil dikerjakan meliputi pengkajian karakteristik nyeri, pemantauan tanda-tanda vital, pemberian edukasi mengenai cara mengontrol nyeri, pengajaran teknik relaksasi napas dalam, pemberian terapi pijat oksitosin, pemberian terapi obat berupa ketorolac intravena serta natrium diklofenak oral. Keberhasilan pelaksanaan tindakan tersebut didukung oleh data bahwa klien bersikap kooperatif selama proses asuhan keperawatan, mampu mengikuti instruksi yang diberikan, serta dapat mempraktikkan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri ketika nyeri muncul. Selain itu, setelah dilakukan intervensi klien mengatakan nyeri berkurang dari skala 6 jadi 3 dihari ketiga, tampak lebih rileks, ekspresi meringis berkurang. Pemberian obat analgesik melalui rute intravena maupun oral juga dapat dilakukan sesuai program terapi tanpa ditemukan reaksi alergi ataupun efek samping.

Terdapat tindakan yang belum dapat dilaksanakan secara maksimal, yaitu memfasilitasi lingkungan yang benar-benar tenang untuk menunjang kebutuhan istirahat klien. Selama menjalani perawatan di Ruang Dewi Shinta, suasana ruangan cenderung dinamis karena adanya aktivitas pelayanan keperawatan, jadwal kunjungan keluarga, serta tangisan bayi yang sedang beradaptasi dengan proses menyusui. Kondisi tersebut menjadi hambatan dalam menciptakan lingkungan yang kondusif sehingga kualitas istirahat klien belum optimal.

Hambatan tersebut didukung oleh data subjektif berupa keluhan klien yang mengatakan masih sulit tidur pada hari pertama perawatan dan nyeri terasa lebih berat ketika bergerak. Sementara itu, data objektif menunjukkan klien tampak gelisah, masih meringis saat melakukan perubahan posisi maupun mobilisasi dini, serta bergerak secara perlahan karena nyeri pada daerah insisi operasi. Meskipun demikian, implementasi keperawatan tetap dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai kondisi klien sehingga tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai secara bertahap dengan adanya penurunan intensitas nyeri dan peningkatan kemampuan klien dalam melakukan aktivitas.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Mobilitas fisik merujuk pada kapasitas individu untuk beranjak sendiri dan menjalankan kegiatan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari (Amalia et al., 2024). Bagi ibu yang menjalani prosedur caesar, kemampuan mereka biasanya terbatas karena sayatan di dinding perut menimbulkan ketidaknyamanan saat bergerak. Akibatnya, banyak ibu yang enggan bergerak karena takut akan rasa sakit yang meningkat atau merasa cemas, luka operasi mengalami gangguan. Keterlambatan mobilisasi setelah pembedahan dapat berdampak pada proses pemulihan, seperti meningkatnya risiko trombosis vena dalam, gangguan sirkulasi, konstipasi, serta lambatnya penyembuhan pascaoperasi (Siagian et al., 2023).

Menurut laporan dari Komite Kerja SDKI DPP PPNI (2017), masalah dalam mobilitas fisik muncul ketika kemampuan seseorang untuk bergerak menjadi terbatas. Gangguan ini dapat bermanifestasi sebagai keterbatasan rentang gerak, penurunan kekuatan otot, keterbatasan dalam melakukan aktivitas, dan peningkatan ketergantungan pada bantuan orang lain untuk mengelola aktivitas sehari-hari. Ketidaknyamanan biasanya dikarenakan trauma bedah, nyeri lokasi sayatan, dan distensi kandung kemih atau perut. Ketidaknyamanan ini dapat mengganggu kemampuan ibu untuk

melakukan aktivitas sehari-hari, terutama mobilitas (Nina Zuhana et al., 2024).

Berdasarkan asesmen Ny. A tanggal 8 April 2026 di Ruang Dewi Shinta RS Permata Bunda Purwodadi diperoleh data subjektif bahwa klien mengatakan sulit menggerakkan tubuh karena masih merasakan nyeri bekas tindakan bedah. Pasien juga merasa khawatir nyeri bertambah serta jahitan operasi mengalami gangguan, sehingga lebih memilih berbaring di tempat tidur. Data objektif menunjukkan turunnya kekuatan otot, terbatas, aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, ambulasi, dan eliminasi, serta setiap kali mengubah posisi tubuh. Berdasarkan informasi tersebut, penulis menetapkan diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Terkait Penurunan Kekuatan Otot.

Diagnosis tersebut telah sesuai dengan kriteria mayor dalam SDKI yaitu adanya keterbatasan melakukan pergerakan, penurunan kekuatan otot, gerakan terbatas, dan membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas. Diagnosis ini dipilih karena klien mengalami keterbatasan dalam melakukan pergerakan akibat nyeri pasca tindakan bedah. Menurut (Program et al., 2024) Gangguan gerak motorik, suatu keadaan di mana individu mengalami kesulitan dalam memulai dan melaksanakan gerakan fisik atau anggota badan yang dilakukan secara sengaja dan memiliki tujuan. Sementara itu, (Erinnica et al., 2025) menyebutkan tindakan pembedahan invasif membuka bagian tubuh tertentu untuk tujuan pengobatan.

Diagnosis gangguan mobilitas fisik ditetapkan sebagai prioritas kedua setelah nyeri akut. Penentuan prioritas ini didasarkan pada teori Hierarki Kebutuhan yang dikemukakan oleh Abraham Maslow menekankan bahwa kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan pada tingkat berikutnya. Kemampuan bergerak secara mandiri termasuk salah satu kebutuhan fisiologis karena berhubungan dengan pemenuhan aktivitas sehari-hari.

Pada kasus Ny. A, keterbatasan mobilitas terjadi sebagai akibat dari nyeri pascaoperasi yang menyebabkan klien enggan bergerak dan lebih banyak beristirahat di tempat tidur.

Apabila kondisi tersebut tidak segera diatasi, klien berisiko tinggi mengalami berbagai komplikasi pascaoperasi akibat imobilisasi yang berkepanjangan. Keengganan atau ketidakmampuan untuk bergerak dapat memicu stasis vena atau perlambatan sirkulasi darah, yang secara signifikan meningkatkan risiko terjadinya *Deep Vein Thrombosis* (DVT) atau *tromboemboli*. Oleh karena itu, diagnosis gangguan mobilitas fisik menjadi prioritas kedua dalam pemberian asuhan keperawatan setelah masalah nyeri akut mulai terkontrol (Potter & Perry, 2021).

Rencana tindakan keperawatan dibuat untuk menangani masalah mobilitas fisik pada Ny. A terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, dan edukasi, sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu "Dukungan Mobilisasi". Penentuan intervensi keperawatan mengikuti kriteria hasil yang telah didasarkan pada prinsip SMART yang difokuskan pada target pencapaian luaran klinis pasien (SLKI). Target waktu tersebut ditetapkan karena dinilai realistis (*Achievable*) dan peningkatan gerak klien dapat diukur perkembangannya secara bertahap (*Measurable*). Selain itu, asuhan ini secara khusus difokuskan pada pemulihan rentang gerak yang terhambat akibat operasi (*Specific dan Relevant*).

Tujuan dan Kriteria hasil yang ditentukan oleh penulis berdasarkan pengalaman diharapkan menghasilkan peningkatan mobilitas fisik. Kriteria ditetapkan mencakup peningkatan aktivitas ekstremitas,, peningkatan tingkat kekuatan otot, peningkatan rentang gerak (rom), pengurangan batasan pergerakan, dan penurunan kelemahan fisik.

Alasan mengapa kriteria hasil lainnya tidak ditampilkan adalah karena pada pasien luaran tidak sejalan dengan tanda-tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik yang saat ini dialami oleh pasien

Tindakan yang dilakukan selama perawatan meliputi observasi keluhan nyeri saat klien bergerak, menilai kemampuan toleransi aktivitas klien, serta memantau mobilisasi. Secara terapeutik, klien difasilitasi untuk bergerak secara bertahap dengan melibatkan bantuan keluarga. Peneliti juga mengedukasi klien mengenai pentingnya mobilisasi dini setelah operasi *sectio caesarea*, serta mengajarkan tahapan bergerak mulai dari mengubah posisi, duduk di tepi tempat tidur, berdiri, hingga berjalan perlahan. Pendapat ini mendukung pemikiran (Amalia et al., 2024), bahwa mobilisasi awal setelah operasi dapat memperlancar sirkulasi darah, meningkatkan kinerja otot, mempercepat penyembuhan luka, serta mengurangi risiko komplikasi akibat berbaring terlalu lama. Melalui sinergi tindakan antara peneliti dan perawat ruangan, diharapkan kriteria hasil asuhan dapat tercapai dengan baik. Penurunan keterbatasan gerak, serta berkurangnya kelemahan fisik.

Proses perawatan keperawatan dilakukan selama tiga hari pada shift pagi, 8 April 2026, penulis mengidentifikasi kemampuan mobilisasi klien dan mengajarkan latihan perubahan posisi dari telentang ke miring kanan dan miring kiri secara perlahan. Penulis juga melibatkan keluarga untuk mendampingi setiap aktivitas yang dilakukan klien agar klien merasa lebih aman dan percaya diri ketika bergerak. Pada hari yang sama, hasil pengkajian menunjukkan klien mulai mampu duduk di atas tempat tidur. Untuk memastikan kesinambungan pemberian asuhan keperawatan selama 24 jam, pemantauan serta pendampingan mobilisasi klien pada pergantian shift siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan. Berdasarkan catatan dokumentasi keperawatan, perawat telah membantu klien dalam melakukan aktivitas dasar di atas tempat tidur dan memberikan edukasi

serta motivasi kepada keluarga agar secara berkala membantu mengubah posisi klien, dari posisi duduk ke posisi berdiri.

Implementasi dilanjutkan pada tanggal 9 April 2026 dengan mengkaji kembali kemampuan mobilisasi klien. Klien mengatakan sudah mampu berjalan menuju kamar mandi dan berjalan di sekitar ruangan, namun masih didampingi oleh keluarga. Secara objektif klien tampak sudah mampu berdiri dan berjalan dengan langkah perlahan tanpa mengalami keluhan. Penulis tetap memberikan motivasi kepada klien agar melakukan mobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan serta menghindari aktivitas yang terlalu berat selama masa pemulihan. Karena waktu observasi langsung yang dilakukan penulis setiap harinya terbatas, keberlanjutan asuhan keperawatan pada shift siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan. Berdasarkan dokumentasi dalam rekam medis, perawat ruangan tetap melakukan pemantauan terhadap keamanan klien selama melakukan ambulasi ringan serta mengevaluasi tanda-tanda vital setelah klien selesai melakukan aktivitas.

Pada tanggal 10 April 2026 dilakukan evaluasi kembali terhadap kemampuan mobilisasi klien. Klien mengatakan sudah dapat berjalan secara mandiri di sekitar ruang perawatan tanpa bantuan keluarga. Secara objektif klien tampak mampu melakukan ambulasi dengan lebih stabil, keseimbangan tubuh baik, dan tidak lagi menunjukkan rasa takut ketika bergerak. Peningkatan kemampuan mobilisasi tersebut menunjukkan bahwa latihan mobilisasi dini yang dilakukan secara bertahap memberikan hasil yang baik terhadap proses pemulihan klien.

Pelaksanaan intervensi keperawatan pada diagnosis gangguan mobilitas fisik tidak mengalami kendala. Pencapaian tersebut didukung oleh respons subjektif klien yang menunjukkan sikap kooperatif serta keinginan yang kuat untuk mencapai pemulihan. Klien juga bersedia mengikuti latihan mobilisasi secara bertahap, dimulai dari perubahan posisi miring ke kanan dan kiri hingga melakukan latihan berjalan. Dari hasil pengamatan objektif, keluarga berperan aktif dalam mendampingi

setiap aktivitas pergerakan klien sehingga klien merasa lebih aman dan percaya diri. Keberlanjutan pemantauan dan pendampingan yang dilakukan oleh perawat ruangan pada shift siang dan malam juga mendukung proses adaptasi klien. Dengan adanya dukungan tersebut, rasa takut klien ketika melakukan pergerakan berangsur berkurang dan kemampuan rentang gerak menunjukkan peningkatan dari hari ke hari.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah gangguan mobilitas fisik telah diatasi. Hal ini dibuktikan adanya peningkatan kekuatan otot, rentang gerak membaik, serta ketergantungan terhadap keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari berkurang. Keberhasilan tersebut didukung oleh berkurangnya nyeri pascaoperasi, motivasi klien untuk segera pulih, serta penurunan tingkat ketergantungan klien terhadap bantuan keluarga. Oleh karena itu, penulis menghentikan intervensi keperawatan dan menganjurkan klien untuk tetap melakukan aktivitas ringan secara bertahap di rumah sesuai dengan kemampuan serta menghindari aktivitas berat sampai luka operasi benar-benar sembuh.

c. Menyusui Tidak Efektif

Menyusui tidak efektif adalah salah satu tantangan yang sering dihadapi oleh wanita setelah melahirkan, terutama setelah menjalani operasi caesar. Situasi ini ditandai oleh kesulitan ibu dan bayi dalam melakukan proses menyusui secara optimal sehingga kebutuhan ASI bayi belum terpenuhi dengan baik (Sunengsih & Dwi Yolanda, 2024).

Menurut laporan dari Komite Kerja SDKI DPP PPNI (2017), karakteristik utama meliputi bayi mengalami kesulitan melekat pada payudara, hisapan bayi tidak efektif atau tidak berkelanjutan, produksi atau pengeluaran ASI belum optimal, bayi masih tampak rewel setelah menyusu, serta ibu merasa cemas terhadap kecukupan ASI yang dihasilkan. Terjadinya nyeri, efek anestesi, kelelahan setelah persalinan, kecemasan, serta belum optimalnya kerja hormon prolaktin dan oksitosin pada awal masa laktasi (Wilde et al., 2023). Selain itu, proses persalinan melalui operasi sering menyebabkan pelaksanaan inisiasi

menyusu dini (IMD) tertunda sehingga stimulasi awal terhadap produksi ASI menjadi kurang maksimal (Dewi, 2022).

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. A tanggal 8 April 2026 di Ruang Dewi Shinta RS Permata Bunda Purwodadi, diperoleh data subjektif bahwa klien mengeluhkan ASI yang keluar masih sedikit dan mengaku belum memiliki pengalaman menyusui karena merupakan pengalaman pertama. Klien juga menyampaikan kekhawatirannya bahwa ASI yang dihasilkan belum mampu memenuhi kebutuhan bayinya. Hasil observasi menunjukkan produksi ASI belum lancar, payudara tampak tegang, bayi belum mampu melekat dengan baik, BAK bayi Dalam kurun waktu 24 jam, dilakukan 8 sesi., hisapan bayi belum efektif, serta bayi tampak rewel setelah menyusui. Selain itu, ibu terlihat cemas selama proses menyusui. Berdasarkan informasi subjektif dan objektif yang ada, penulis menentukan diagnosis keperawatan menyusui yang tidak efektif terkait dengan kurangnya produksi ASI karena telah memenuhi indikator mayor sesuai SDKI.

Penulis menetapkan diagnosis ini sebagai prioritas ketiga namun menjadi fokus utama dalam karya tulis ilmiah ini karena sesuai dengan tujuan penelitian, yaitu penerapan *Oxytocin Massage*. Penanganan masalah ini penting dilakukan mengingat keberhasilan menyusui berpengaruh terhadap kecukupan nutrisi bayi, keberhasilan pemberian ASI eksklusif, serta kondisi psikologis ibu selama masa nifas (Sunengsih & Dwi Yolanda, 2024).

Langkah-langkah perawatan yang dirancang untuk mengatasi masalah menyusui yang tidak berhasil pada Ny. A terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, dan edukasi, sesuai (SIKI) yaitu Edukasi Menyusui (I.12393) yang dikombinasikan dengan terapi nonfarmakologis *Oxytocin Massage*. Penentuan intervensi keperawatan mengikuti kriteria hasil yang telah sesuai prinsip SMART yang difokuskan pada target pencapaian luaran klinis pasien (SLKI).

Tujuan dan Indikator hasil yang ditentukan oleh penulis berdasarkan pengalaman diharapkan dapat menghasilkan peningkatan produksi asi. Indikator yang ditentukan oleh penulis meliputi: peningkatan kemampuan bayi untuk melekat pada payudara ibu, cukupnya jumlah produksi ASI, meningkatnya rasa percaya diri ibu, bayi lebih mudah tidur setelah menyusui, peningkatan daya hisap bayi, berkurangnya rasa lelah ibu, pengurangan kecemasan ibu, dan berkurangnya ketidaknyamanan pada bayi. Bayi menangis setelah menyusui menurun. Alasan mengapa kriteria hasil lainnya tidak ditampilkan adalah karena pada pasien luaran tidak sejalan dengan tanda-tanda dan gejala Menyusui tidak efektif yang saat ini dialami oleh pasien.

Tujuan intervensi adalah meningkatkan produksi dan pengeluaran ASI, memperbaiki refleks *let-down*, meningkatkan kemampuan ibu dalam menyusui, serta mengurangi kecemasan selama proses laktasi. Keberhasilan tindakan diharapkan ditandai dengan meningkatnya produksi ASI, bayi mampu menyusui secara efektif, frekuensi menyusui semakin baik (Wilde et al., 2023).

Oxytocin Massage dipilih sebagai intervensi utama karena secara fisiologis (dari alveoli ke *duktus laktiferus*). Pijatan pada area punggung sepanjang tulang belakang yang dapat memberikan stimulasi pada sistem saraf *parasimpatis* yang kemudian meningkatkan sekresi oksitosin dari *hipofisis posterior* (Shella Afriany et al., 2024). Hasil penelitian Maryati & Hermayanti (2024), menunjukkan bahwa Pemberian pijatan oksitosin kepada ibu setelah operasi caesar dapat meningkatkan produk ASI dengan merangsang hormon oksitosin; terapi ini juga memberikan efek menenangkan menurunkan kecemasan, mengurangi ketegangan otot, serta meningkatkan kenyamanan ibu post operasi. Hal ini sangat penting karena nyeri serta kecemasan dapat menghambat. Temuan ini sejalan dengan penelitian oleh (Tiyas & Purwati, n.d.) yang menunjukkan bahwa pijat oksitosin efektif dalam

mengatasi masalah menyusui yang tidak berhasil pada ibu setelah menjalani operasi caesar karena dapat meningkatkan produksi ASI dan memperbaiki keberhasilan menyusui.

Menurut penelitian Erinnica et al. (2025), Oxytocin Massage yang dilakukan secara rutin selama 10–15 menit sebanyak dua kali sehari mampu meningkatkan volume ASI, mempercepat refleks. Selain itu, keterlibatan keluarga, khususnya suami, juga menjadi faktor yang berperan dalam keberhasilan pemberian ASI karena mampu memberikan dukungan emosional, rasa aman, serta membantu pelaksanaan terapi di rumah.

Proses perawatan keperawatan dilakukan selama tiga hari yaitu 8 sampai 10 April 2026 shif pagi. Pada hari pertama, penulis mengidentifikasi kesiapan dan keinginan ibu untuk menyusui. Hasilnya, Ny. A menyatakan ingin menyusui bayinya namun merasa ASI masih sedikit dan khawatir. Secara objektif, bayi tampak rewel saat menyusu, hisapan tidak efektif, dan ASI hanya keluar sedikit. Penulis menjelaskan manfaat *Oxytocin Massage*. Selanjutnya dilakukan tindakan pijat oksitosin selama 10–15 menit pada area punggung ibu. Respon klien setelah tindakan adalah merasa lebih rileks, nyaman, dan mengatakan punggung terasa lebih ringan. Setelah tindakan, ibu tampak lebih tenang meskipun produksi ASI masih sedikit. Sebagai pembenaran atas keterbatasan waktu observasi penulis yang hanya berada di shift pagi, asuhan keperawatan dasar menyusui pada shift siang dan malam didelegasikan kepada perawat ruangan untuk menjaga kesinambungan perawatan 24 jam. Tindakan keperawatan diserahkan dan didokumentasikan oleh perawat ruangan meliputi pemantauan cara perlekatan (*latch-on*) bayi pada payudara, memantau kelancaran pancaran ASI, memfasilitasi posisi menyusui yang nyaman, memberikan dukungan psikologis agar ibu tetap rileks saat menyusui bayinya.

Pada hari kedua, implementasi dilanjutkan dengan melakukan *Oxytocin Massage* dua kali sehari dan suami klien dilibatkan dalam proses pelaksanaannya melalui edukasi dan aplikasi teknik pemijatan agar dapat dilakukan secara mandiri. Hasil evaluasi menunjukkan produksi ASI mulai meningkat dibandingkan hari pertama, payudara mulai terasa lebih penuh, dan bayi mulai lebih lama menyusu meskipun belum optimal. Ibu juga mengatakan merasa lebih percaya diri dalam menyusui. Secara objektif, bayi mulai menunjukkan peningkatan kemampuan menghisap meskipun masih sesekali melepas puting. Untuk menjaga pemantauan laktasi, asuhan pada shift siang dan malam kembali diserahkan kepada perawat ruangan. Berdasarkan catatan perkembangan di rekam medis, tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan meliputi memantau kelancaran pancaran ASI, dan memberikan dukungan psikologis agar ibu tetap rileks saat menyusui bayinya.

Pada hari ketiga, terapi kembali diberikan sesuai prosedur. Klien menyatakan bahwa ASI sudah keluar lebih lancar dibandingkan sebelumnya. Bayi tampak mampu melekat dengan baik pada payudara, durasi menyusu meningkat, dan tidak lagi rewel setelah menyusu. Hasil observasi juga menunjukkan payudara menjadi lebih lunak setelah proses menyusui sebagai tanda bahwa pengosongan ASI berlangsung dengan baik. Selain itu, suami telah mampu melakukan teknik *Oxytocin Massage* secara mandiri.

Optimalisasi pelaksanaan, khususnya pijat oksitosin dan pemberian dukungan laktasi, menjadi hal yang penting. Apabila tindakan tersebut tidak dilakukan secara optimal, ibu dapat mengalami peningkatan stres dan kecemasan akibat hambatan dalam proses menyusui (Dewi, 2022). Kondisi psikologis tersebut dapat mengganggu mekanisme hormonal, sehingga produksi serta pengeluaran ASI dapat mengalami penurunan. Pengosongan berpotensi meningkatkan risiko peradangan pada payudara atau mastitis (Sunengsih & Dwi Yolanda, 2024).

Dampak lain dapat terjadi pada bayi apabila kebutuhan ASI pada periode awal kehidupan tidak terpenuhi dengan baik. Asupan nutrisi yang kurang dapat meningkatkan risiko dehidrasi dan penurunan berat badan (Shella Afriany et al., 2024).

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari menunjukkan bahwa masalah menyusui tidak efektif pada Ny. A telah teratasi. Hal tersebut ditandai dengan meningkatnya produksi ASI, kemampuan bayi menyusui secara efektif, berkurangnya kecemasan ibu, serta meningkatnya keyakinan ibu dalam memberikan ASI kepada bayinya. Keberhasilan tindakan ini juga didukung oleh keterlibatan keluarga, khususnya suami, yang secara aktif mendampingi ibu selama proses perawatan dan pelaksanaan pijat oksitosin.

Mengacu pada hasil perawatan keperawatan yang dilakukan kepada Ibu A, penerapan *Oxytocin Massage* memberikan hasil yang baik untuk membantu meningkatkan kuantitas ASI pada ibu setelah menjalani operasi caesar. Terapi ini mampu mendukung refleksi pengeluaran ASI, meningkatkan kenyamanan ibu, serta memperbaiki proses menyusui. Oleh karena itu, *Oxytocin Massage* dapat dipertimbangkan sebagai tindakan nonfarmakologis terbukti efektif untuk diterapkan terkait masalah menyusui tidak efektif.

Diagnosis yang teridentifikasi secara konseptual tetapi tidak ditemukan dalam situasi nyata:

a. Risiko infeksi

Risiko infeksi merupakan individu rentan invasi dan multiplikasi organisme patogenik. Memiliki kerentanan infeksi yang jauh lebih tinggi. Hal ini dikarenakan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya akan membuka jalan masuk bagi mikroorganisme dari jalan lahir menuju rahim, yang kemudian diperberat dengan adanya luka terbuka akibat insisi pembedahan abdomen.

Pada kasus Ny. A yang memiliki riwayat KPD dan luka insisi operasi, diagnosis Risiko Infeksi tidak diangkat menjadi prioritas

asuhan keperawatan pada kasus ini. Keputusan tersebut didasarkan pada analisis bahwa risiko infeksi klien telah terkelola dan terantisipasi dengan sangat baik melalui protokol kolaboratif medis, seperti pemberian terapi antibiotik dan penerapan teknik aseptik yang ketat selama operasi. Hal ini dibuktikan secara klinis melalui data objektif, di mana tidak ditemukan indikator sistemik maupun lokal terjadinya infeksi: area luka operasi tertutup rapat oleh balutan yang kering, serta tidak ditemukannya tanda-tanda inflamasi seperti kemerahan, bengkak, atau rembesan nanah di sekitar insisi.

b. Gangguan Pola Tidur

Diagnosis ini secara teori sangat rentan terjadi karena adanya nyeri pada luka operasi, adaptasi lingkungan rumah sakit yang dinamis, serta tuntutan fisiologis untuk menyusui dan merawat bayi baru lahir di malam hari.

Pada kasus Ny. A, klien memang sempat mengeluhkan tidurnya kurang nyenyak, hanya tidur sekitar 6 jam, dan sering terbangun karena merasakan nyeri luka tindakan bedah serta harus menyusui anaknya. Akan tetapi, diagnosis Gangguan Pola Tidur tidak ditegakkan oleh penulis karena tanda dan gejala yang ditemukan pada klien tidak memenuhi syarat penetapan diagnosis keperawatan. Berdasarkan ketentuan SDKI, sebuah diagnosis aktual baru dapat ditegakkan apabila minimal 80% dari kriteria tanda dan gejala mayor (data mayor) telah terpenuhi.

Meskipun Ny. A mengeluh tidur tidak nyenyak (memenuhi salah satu data mayor), klien tidak menunjukkan secara signifikan 80% data mayor lainnya, seperti mengeluh tidak puas tidur, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun drastis akibat kurang tidur, atau mengeluh pola tidurnya berubah hingga mengganggu fungsi kognitif. Selain itu, terbangunnya klien di malam hari lebih merupakan efek sekunder (dampak langsung) dari masalah Nyeri Akut dan proses adaptasi laktasi Menyusui. Sesuai dengan prinsip prioritas asuhan

keperawatan, apabila etiologi utamanya yaitu Nyeri Akut berhasil diatasi dan dikontrol dengan baik, maka kualitas istirahat dan tidur klien akan secara otomatis berangsur membaik tanpa perlu mengangkat Gangguan Pola Tidur sebagai diagnosis yang berdiri sendiri.

c. Defisit Perawatan Diri

Kondisi ketika individu mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan dasar secara maupun melakukan aktivitas. Dikarnakan nyeri pasca operasi yang menyebabkan gerakan menjadi terbatas.

Namun, pada Ny. A diagnosis defisit perawatan diri tidak ditegakkan. Selama pengkajian pasien tampak kooperatif, mampu makan dan minum secara mandiri, serta dapat menjaga kebersihan diri sesuai kemampuan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kemampuan perawatan diri pasien masih cukup baik sehingga diagnosis ini tidak sesuai dengan keadaan yang ditemukan.

d. Risiko Perdarahan

Risiko perdarahan, ketika seseorang kehilangan darah yang dapat memengaruhi status kesehatannya. Diagnosis ini muncul sebab tindakan bedah yang menyebabkan kerusakan dan pembuluh darah sehingga berpotensi.

Pada Ny. A, diagnosis risiko perdarahan tidak ditegakkan karena hasil pengkajian tidak menunjukkan adanya data yang mengarah pada perdarahan abnormal. Pengeluaran lochea berwarna merah (rubra) dengan bau khas yang tidak menyengat sebanyak kurang lebih 20 cc, kondisi perineum tidak mengalami ruptur, tidak terdapat luka episiotomi, serta tidak ditemukan tanda-tanda REEDA. Data tersebut menunjukkan bahwa kondisi pasien masih sesuai dengan proses nifas normal setelah *Sectio Caesarea*. Oleh karena itu, meskipun secara teori pasien *post Sectio Caesarea* memiliki risiko mengalami perdarahan, pada kasus Ny. A diagnosis tersebut tidak menjadi

prioritas karena belum ditemukan data pendukung yang memenuhi kriteria penegakan diagnosis.

e. Gangguan Eliminasi Urin

Gangguan eliminasi urin merupakan perubahan pada pola berkemih yang dapat berupa retensi urin, disuria, inkontinensia, maupun gangguan frekuensi berkemih. Dikarenakan efek anestesi, penggunaan kateter, maupun rasa nyeri pada area insisi.

Pada Ny. A, diagnosis gangguan eliminasi urin tidak ditegakkan karena pasien mampu berkemih kembali secara spontan setelah pelepasan kateter. Pasien juga tidak mengeluhkan nyeri saat berkemih, tidak mengalami kesulitan mengeluarkan urin, dan jumlah urin yang keluar sesuai dengan kondisi fisiologis. Berdasarkan hasil tersebut, tidak terdapat data yang mendukung penegakan diagnosis.

f. Konstipasi

Konstipasi merupakan keadaan ketika frekuensi buang air besar berkurang atau disertai kesulitan dalam mengeluarkan feses. Pada pasien post Sectio Caesarea, konstipasi dapat dipicu oleh berkurangnya aktivitas fisik, efek obat analgesik, pengaruh anestesi, serta kurangnya asupan cairan dan serat.

Pada kasus Ny. A, diagnosis konstipasi tidak ditegakkan karena selama proses pengkajian pasien tidak mengeluhkan kesulitan buang air besar maupun rasa tidak nyaman pada abdomen. Selain itu, bising usus terdengar normal dan pasien telah dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini serta memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi yang cukup. Dengan demikian, data yang diperoleh belum memenuhi kriteria untuk menegakkan diagnosis konstipasi sehingga diagnosis tersebut tidak muncul pada kasus ini.

B. KETERBATASAN

Merujuk pada pengalaman di lapangan, ada beberapa batasan yang harus diperhatikan oleh para peneliti di masa mendatang untuk meningkatkan kualitas penelitian mereka, karena studi ini sendiri memiliki kelemahan yang

terus-menerus diperbaiki oleh peneliti. Peneliti mengalami beberapa kendala salah satunya yaitu keterbatasan waktu observasi harian, peneliti tidak memungkinkan pendampingan secara penuh lebih dari 24 jam. Pelaksanaan intervensi dan evaluasi secara langsung oleh penulis hanya dapat dilakukan terbatas pada waktu jam dinas. Meskipun kelangsungan asuhan keperawatan di luar jam tersebut telah dikoordinasikan dan didelegasikan kepada perawat ruangan, penulis tidak dapat mengobservasi secara langsung respons pasien lebih dari 24 jam penuh. Ini merupakan salah satu keterbatasan dalam mengevaluasi perkembangan kondisi pasien secara terus-menerus.