

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan pada Ny. A fokus intervensi mobilisasi dini untuk meningkatkan mobilitas fisik pada indikasi Preeklampsia di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi. Yang mengulas secara mendalam sesuai dengan tahapan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan dari hasil pengkajian mulai tanggal 14 Maret 2026 akan penulis bahas lebih lengkap di bawah ini.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data sesuai kebutuhan dasar manusia dan memberikan gambaran tentang keadaan pasien. Pengumpulan data yang komprehensif terdapat dua pendekatan yaitu yang pertama berorientasi pada masalah yang difokuskan pada situasi pasien saat ini. Yang kedua format data komprehensif yang berstruktur seperti pada pola pengkajian fungsional menurut Abraham Maslow (Lestari, 2022).

Dalam pengkajian, penulis menggunakan metode wawancara dan pengamatan (observasi) berdasarkan dari pengkajian pada Ny. A di Ruang Dewi Shinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi. Pasien dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi dengan riwayat

masuk pada tanggal 13 Maret 2026 pukul 11.30 WIB di ruang bersalin. Ny. A mengeluh nyeri perut dan perut terasa kencang-kencang sejak tanggal tersebut. Saat tiba di ruang bersalin, dilakukan pengecekan tanda-tanda vital dengan hasil TD: 155/110 mmHg, Nadi: 104x/menit, Suhu: 36°C, RR: 20x/menit, SPO2: 98%, DJJ: 140x/menit, TFU: 32 cm, dan VT: 3 cm kala 1.

Selama di ruang bersalin, pasien sempat mendapatkan motivasi untuk relaksasi napas dalam, namun tidak ada kemajuan tanda persalinan dan tidak memungkinkan untuk melahirkan secara normal akibat tekanan darah pasien yang tinggi (*preeklamsia*). Setelah dikonsulkan, dokter menyarankan tindakan operasi *sectio caesarea* (SC) dengan indikasi *preeklamsia*. Pasien kemudian dipindahkan ke ruang operasi pada pukul 15.00 WIB dan menjalani operasi SC pada tanggal 13 Maret 2026 jam 15.10-16.00 WIB (total waktu 60 menit) dengan jenis anestesi SAB (*Spinal Anesthesia/Subarachnoid Block*) oleh dokter ahli anestesi dr. Yusriani Sp.An. Bayi lahir berjenis kelamin perempuan, Berat Badan (BB): 3.250 kg, Panjang Badan (PB): 50 cm, menangis kuat, tidak ada kelainan kongenital, dengan APGAR Score 8/9/10 serta refleks *sucking*, *rooting*, dan *swallowing* yang kuat. Plasenta lahir lengkap dalam waktu 5 menit dengan perdarahan ± 200 cc.

Setelah selesai operasi, pasien dipindahkan ke ruang Dewi Shinta pada pukul 17.00 WIB. Pada saat pengkajian lanjutan hari Sabtu, 14 Maret 2026 pukul 09.45 WIB, keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran

composmentis (GCS 15: E4M6V5), dengan vital sign TD: 135/90 mmHg, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit, dan Suhu: 37°C, serta SpO2: 99%. Berdasarkan pengkajian riwayat kesehatan masa lalu, Ny. A mengatakan ini adalah kehamilannya yang pertama (status P1A0) dan belum pernah menjalani operasi SC sebelumnya. Pasien juga menyatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular atau menurun seperti hepatitis, HIV/AIDS, Diabetes Melitus, maupun TBC. Riwayat haid Ny. A menunjukkan menarche pada usia 15 tahun dengan siklus teratur 28 hari, lama haid 7-8 hari, serta jumlah darah normal (3x ganti pembalut, ± 20 cc). Selama masa kehamilan, pemeriksaan ANC dilakukan di bidan desa sebanyak 3-4 kali dengan keluhan mual di trimester pertama.

Pada pengkajian fungsional menurut Abraham Maslow, pola yang terganggu pada Ny. A adalah pola gerak dan keseimbangan serta pola rasa aman dan nyaman. Masalah pada pola gerak ini terbukti dari data objektif yang menunjukkan pasien tampak lemah, pergerakannya sangat terbatas, *bedrest* total, kekuatan otot ekstremitas sebenarnya bernilai penuh (5/5) namun tidak dapat dioptimalkan karena keterbatasan gerak akibat rasa nyeri yang hebat pada area abdomen bawah pasca-pembedahan. Pasien mengakui seluruh aktivitas harian (*Activity of Daily Living/ADL*) seperti menyusui, menyuap makanan, dan membersihkan diri harus dibantu penuh oleh suami dan keluarganya.

Kondisi imobilitas ini diperparah oleh kecemasan psikologis pasien

yang merasa takut bahwa gerakan fisik sekecil apa pun akan membuat jahitan operasinya terlepas atau robek. Pada pemeriksaan fisik abdomen, tampak luka post SC sepanjang 12 cm yang masih tertutup balutan bersih tanpa rembesan, kulit sekitar perban tampak kemerahan, dan terdapat nyeri tekan di area sekitar insisi tersebut. Pengkajian nyeri secara komprehensif dengan metode PQRST menunjukkan P: luka bekas operasi *sectio caesarea*, Q: nyeri terasa seperti disayat-sayat, R: area abdomen bawah, S: skala nyeri 7 (nyeri berat), T: hilang timbul dan bertambah parah saat digunakan untuk bergerak. Nyeri akut ini merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2022).

2. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, Evaluasi Fokus Mobilisasi Dini

Diagnosa keperawatan adalah analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian pasien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang kesehatan yang nyata atau aktual dan kemungkinan akan terjadi, dimana pengambilan keputusannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat (Apriani, 2020). Setelah terkumpulnya data-data pengkajian, tindakan selanjutnya adalah analisa data untuk menentukan masalah yang ada pada Ny. A.

a. Nyeri Akut (D.0077)

Menurut Hidayat (2021), nyeri merupakan kondisi yang tidak menyenangkan dan bersifat sangat subjektif karena persepsi serta ambang nyeri berbeda pada setiap orang. Secara patofisiologi kebidanan dan bedah, persepsi nyeri pasca-SC terjadi akibat adanya trauma pembedahan melalui insisi *pfannenstiel* sepanjang 12 cm yang membuka lapisan kulit, subkutan, fascia, otot abdomen, hingga sayatan pada segmen bawah rahim (SBR). Kerusakan jaringan ini menyebabkan sel-sel yang cedera melepaskan mediator kimia inflamasi (seperti bradikinin, prostaglandin, histamin, dan serotonin) yang mengaktifkan nosiseptor (reseptor nyeri) di area lokal. Impuls nyeri tersebut kemudian ditransmisikan melalui serabut saraf aferen menuju korda spinalis dan diteruskan ke korteks serebri untuk dipersepsikan sebagai rasa nyeri yang tajam. Hidayat (2021)

Diagnosa Nyeri Akut ditegakkan berdasarkan data subjektif dari Ny. A yang mengeluh nyeri pada daerah bekas luka operasi *sectio caesarea* (SC). Nyeri tersebut digambarkan oleh pasien memiliki karakteristik seperti disayat-sayat, berlokasi di area abdomen kuadran bawah (daerah insisi bedah), dengan skala nyeri 7 yang dikategorikan sebagai nyeri berat, serta bersifat hilang timbul dan dirasakan semakin bertambah parah saat digunakan untuk bergerak atau beraktivitas. Data objektif pendukung yang ditemukan di lapangan menunjukkan pasien

tampak meringis kesakitan, bersikap protektif terhadap nyeri dengan memegang bagian perutnya secara hati-hati, pasien tampak gelisah, mata pasien terlihat sayu menahan ketidaknyamanan, frekuensi nadi meningkat mencapai 105 x/menit, serta tekanan darah (TD) berada di angka 136/95 mmHg.

Penulis menetapkan diagnosa aktual Nyeri Akut ini sebagai prioritas masalah keperawatan utama karena berhubungan langsung dengan kebutuhan dasar fisiologis menurut teori Abraham Maslow, yaitu kebutuhan rasa aman dan nyaman. Pada pasien post-SC dengan indikasi Preeklampsia (PE), penanganan nyeri menjadi sangat krusial dan mendesak. Jika nyeri hebat dibiarkan tanpa penanganan adekuat, respon stres tubuh akan merangsang hipotalamus untuk mengaktifkan sistem saraf simpatis. Stimulasi simpatis ini memicu pelepasan hormon katekolamin (adrenalin dan noradrenalin) yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah dan peningkatan curah jantung. Akibatnya, pasien dapat mengalami lonjakan tekanan darah (hipertensi sekunder) yang sangat berbahaya karena meningkatkan risiko komplikasi pasca-PE seperti stroke, perdarahan, atau kejang eklampsia. Selain itu, nyeri berat merupakan penghambat mekanis utama yang membuat pasien enggan dan takut untuk melakukan mobilisasi dini akibat ketidaknyamanan fisik.

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP) (2020), nyeri kronis didefinisikan sebagai nyeri yang bertahan atau berulang selama lebih dari tiga bulan, yang tidak hanya berfungsi sebagai gejala dari penyakit lain tetapi juga dapat berkembang menjadi suatu kondisi penyakit tersendiri. Definisi ini menegaskan pergeseran paradigma medis yang memandang nyeri kronis melalui pendekatan biopsikososial, di mana rasa nyeri yang berkepanjangan tersebut melibatkan interaksi kompleks antara kerusakan jaringan, sensitivitas sistem saraf, serta faktor psikologis dan sosial yang secara signifikan menurunkan kualitas hidup penderitanya.

Perencanaan keperawatan atau intervensi merupakan proses merumuskan tujuan, tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan berdasarkan hasil pengkajian agar masalah kesehatan pasien bisa teratasi (Yahya, 2023). Intervensi keperawatan yang ditetapkan mengacu pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu Manajemen Nyeri (I.08238) dengan tujuan mencapai Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x24 jam. Penulis melakukan revisi dikritia waktu yang awalnya 2x8 jam menjadi 2x24 jam dengan pertimbangan SMART, S (specific) : klien mengatakan penurunan intensitas nyeri pada luka post *sectio caesarea*, M (measurable) : klien mengatakan skala nyeri menurun dari 7 menjadi

5, A (achievable): klien mendapatkan terapi analgesik ketorolac 2x1 gr dan kaltrofen sup 2x100mg R (relevant): klien mengatakan setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini dapat mengurangi intensitas nyeri, T (time): diharapkan tercapai dalam waktu 2x24 jam dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun (5), meringis menurun (5), sikap protektif terhadap nyeri menurun (5), gelisah menurun (5), kesulitan tidur menurun (5), dan frekuensi nadi membaik (5) (PPNI SDKI, 2017).

Rencana tindakan keperawatan diatur secara komprehensif, meliputi: tindakan observasi (mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri menggunakan metode PQRST, serta memonitor respons nyeri non-verbal pasien), tindakan terapeutik (memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan ruangan yang dapat memperberat nyeri seperti kebisingan dan pencahayaan, serta memfasilitasi istirahat tidur), tindakan edukasi (menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, serta mengajarkan teknik non-farmakologis secara mandiri), dan tindakan kolaborasi (kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi). Menurut Muttaqin & Sari (2013), penilaian karakteristik nyeri dengan metode PQRST (*Provoking, Quality, Region, Severity, Timing*) sangat penting selain untuk menegakkan diagnosa keperawatan, juga sebagai landasan evaluasi perkembangan nyeri dari hari ke hari dan ketepatan pemilihan

strategi meredakan nyeri yang disesuaikan dengan ambang batas toleransi pasien.

Implementasi keperawatan dilakukan oleh penulis pada hari Sabtu, 14 Maret 2026 secara terstruktur. Pukul 07.05 WIB, penulis melakukan tindakan pengkajian karakteristik nyeri komprehensif (PQRST) untuk mengetahui status awal nyeri pasien. Pukul 07.15 WIB, penulis memonitor tanda-tanda vital (TD: 135/80 mmHg, N: 98x/menit, RR: 19x/menit, S: 36,2°C) sebagai indikator dasar respons fisiologis tubuh terhadap nyeri. Pukul 07.20 WIB, penulis mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri, di mana didapatkan data bahwa nyeri dirasakan bertambah parah saat pasien mencoba bergeser posisi atau bergerak di tempat tidur. Pukul 08.05 WIB, penulis mengajarkan teknik non-farmakologis berupa teknik relaksasi napas dalam. Latihan ini dilakukan dengan menginstruksikan pasien menarik napas dalam secara perlahan melalui hidung, menahaninya selama 1-2 detik, kemudian mengembuskannya secara lembut melalui mulut sambil merilekskan otot-otot tubuh, yang diulang sebanyak 3 kali.

Pukul 08.20 WIB, penulis mendampingi dan melatih pasien untuk menerapkan teknik relaksasi napas dalam tersebut secara mandiri setiap kali serangan nyeri hilang timbul muncul kembali. Latihan napas dalam ini bekerja dengan cara menstimulasi sistem saraf parasimpatis untuk memproduksi hormon endorfin (neurotransmitter

penenang alami tubuh) yang dapat memblokir transmisi sinyal nyeri di korda spinalis, menurunkan ketegangan otot abdomen, dan membuat pikiran lebih rileks (Potter & Perry, 2010).

Pukul 12.05 WIB, penulis berkolaborasi dalam pemberian terapi farmakologis analgesik *Eviden Based* berupa Kaltrofen supositoria 100 mg yang dimasukkan melalui anus untuk meredakan nyeri lokal pascabedah. Pukul 12.30 WIB, penulis memberikan edukasi dan menjelaskan strategi jangka panjang meredakan nyeri secara mandiri kepada pasien dan keluarga. Pukul 13.05 WIB, penulis mengobservasi ulang skala nyeri dan respons non-verbal pasien, di mana didapatkan hasil skala nyeri menurun ke angka 6 namun pasien masih tampak meringis menahan nyeri saat digunakan untuk miring kanan-kiri. Pukul 13.10 WIB, penulis melanjutkan kolaborasi medis dengan memberikan injeksi intravena analgetik Ketorolac 1 ampul (30mg/ml) untuk memblokir sintesis prostaglandin pada sistem saraf perifer, serta memberikan antibiotik Ceftriaxone 1 gram melalui selang infus sebagai tindakan profilaksis guna mempercepat penyembuhan jaringan dan mencegah timbulnya komplikasi infeksi pada luka bedah (Wahyuningsih, 2019). Pada pukul 16.00-07.00 wib dilakukan tindakan keperawatan oleh perawat ruangan.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan setelah melakukan tindakan pada hari pertama (Sabtu, 14 Maret 2026) menunjukkan data

subjektif: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka bekas operasi *sectio caesarea* dengan P: akibat luka post-SC, Q: seperti disayat-sayat, R: abdomen area bawah, S: skala nyeri 5 (nyeri sedang), T: hilang timbul dan bertambah parah saat bergerak/beraktivitas. Data objektif menunjukkan pasien tampak lemas, sesekali masih meringis kesakitan dan bersikap protektif terhadap perutnya saat mencoba latihan miring atau duduk, kesadaran *composmentis*, dengan TD: 130/90 mmHg, Nadi: 95 x/menit, RR: 20 x/menit, dan Suhu: 36°C. Berdasarkan analisis evaluasi tersebut, kriteria hasil yang diharapkan baru tercapai sebagian sehingga masalah keperawatan Nyeri Akut dinyatakan belum teratasi sepenuhnya, dan diputuskan untuk melanjutkan *planning* intervensi (identifikasi skala nyeri berkala, fasilitasi teknik relaksasi napas dalam sebelum latihan mobilisasi, kontrol kenyamanan lingkungan, dan lanjutkan pemberian terapi analgetik kolaboratif).

Evaluasi keperawatan pada hari kedua (Minggu, 15 Maret 2026), menunjukkan perkembangan klinis yang sangat memuaskan. Data subjektif didapatkan pasien mengatakan rasa nyeri pada luka post-SC sudah jauh berkurang, nyeri terasa ringan (skala 4), dan hilang timbul hanya jika tubuh melakukan aktivitas pergerakan yang cukup berat. Data objektif menunjukkan pasien tampak jauh lebih tenang, ekspresi wajah tampak rileks dan sudah tidak meringis konstan, pasien tampak lebih bertenaga, dengan TD: 136/89 mmHg, Nadi: 98 x/menit, RR: 20

x/menit, Suhu: 36°C, dan SpO₂: 99%.

Pencapaian kriteria hasil ini membuktikan bahwa kombinasi manajemen nyeri farmakologis analgetik dosis tepat dan teknik relaksasi napas dalam non-farmakologis yang diterapkan terbukti efektif menurunkan persepsi nyeri pada pasien. Mengingat kriteria hasil tingkat nyeri yang diharapkan telah terpenuhi secara adekuat, maka masalah keperawatan Nyeri Akut pada Ny. A dinyatakan teratasi sebagian (dalam fase pemulihan rawat jalan), dan intervensi rumah sakit dihentikan karena pasien dinyatakan stabil secara klinis dan diizinkan untuk pulang dengan dibekali edukasi minum obat oral (Amoxicillin 500 mg) secara teratur di rumah.

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Mobilitas didefinisikan sebagai kapasitas individu untuk bergerak secara leluasa sekaligus menjadi elemen kunci yang mempercepat proses pemulihan pascabedah. Pergerakan ini merupakan mekanisme biologis yang kompleks dan memerlukan sinergi yang baik antara sistem saraf serta sistem muskuloskeletal (Potter, 2010). Sementara itu, pelaksanaan mobilisasi dini pasca-*sectio caesarea* merujuk pada serangkaian aktivitas, perubahan posisi, atau pergerakan fisik yang dijalankan oleh ibu dalam beberapa jam setelah melahirkan melalui metode pembedahan sesar, yang bertujuan utama untuk mencegah timbulnya komplikasi pasca-operasi. Penerapan mobilisasi secara bertahap terbukti sangat bermanfaat dalam mendukung keberhasilan proses

penyembuhan pasien (Sabella, 2021). Dengan demikian, mobilitas atau mobilisasi dini dapat disimpulkan sebagai kemahiran seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan orientasi untuk memenuhi kebutuhan fungsional harian demi menjaga status kesehatan serta kemandiriannya.

Di sisi lain, hambatan mobilitas fisik diartikan sebagai keterbatasan dalam pergerakan tubuh secara mandiri pada satu ekstremitas maupun lebih. Pada ibu nifas di hari pertama pasca-*sectio caesarea*, terdapat berbagai faktor pencetus gangguan mobilitas fisik, di antaranya penurunan kekuatan otot, pengaruh agen farmakologis, intensitas nyeri, kecemasan, hingga faktor psikologis berupa keengganan untuk melakukan pergerakan. Berdasarkan manifestasi klinisnya, gejala serta tanda utama yang bersifat subjektif meliputi keluhan kesulitan saat menggerakkan anggota gerak (ekstremitas), sedangkan temuan objektifnya ditunjukkan melalui penurunan kekuatan otot serta berkurangnya rentang gerak (*Range of Motion / ROM*). Adapun gejala dan tanda minor meliputi keluhan nyeri saat bergerak, sikap enggan bergerak, dan perasaan cemas ketika hendak mengubah posisi, dengan temuan objektif berupa keterbatasan ruang gerak tubuh. (PPNI SDKI, 2017).

Berdasarkan pengkajian yang penulis dapatkan pada Ny. A di ruang Dewi Shinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi yaitu, data subjektif

pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas dan berpindah secara mandiri karena masih merasa nyeri di bagian operasi, merasa cemas dan takut jika jahitannya robek saat bergerak. Data objektif menunjukkan pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu penuh oleh keluarganya, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri hebat saat digerakkan, pasien tampak *bedrest* total, dan gerakan pasien sangat terbatas dengan vital sign TD: 135/90 mmHg, Nadi: 90 x/menit, Suhu: 37 °C, RR: 20 x/menit, dan SPO2: 99%.

Penulis menentukan bahwa diagnosa keperawatan yang terjadi pada Ny. A adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis dan nyeri pascaoperasi. Kondisi pembedahan adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (Sjamsuhidajat R, 2019). Pembedahan menyebabkan gangguan mobilitas fisik karena rasa nyeri dan sisa blok sensorik anestesi spinal yang menurunkan respons motorik. Sesuai dengan data yang ditemukan di lapangan dan dibandingkan dengan teori SDKI (2018), diagnosa gangguan mobilitas fisik ditegakkan berdasarkan kesesuaian data subjektif dan objektif pasien yang ada, sehingga sangat tepat jika diagnosa gangguan mobilitas fisik dijadikan fokus prioritas masalah keperawatan pada pasien ini.

Perencanaan keperawatan atau intervensi merupakan perumusan tujuan, tindakan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian masalah kesehatan dan keperawatan pada pasien dapat

teratasi (Yahya, 2023). Tujuan tindakan intervensi atau tindakan keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada Ny. A mengacu pada SLKI yaitu Dukungan Mobilisasi (I.05042) setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x24 jam penulis merevisi dikriteria waktu yang awalnya 2x8 jam menjadi 2x24 jam dengan pertimbangan SMART, S (specific): klien mengatakan pergerakan pada ekstermitas meningkat, M (measurable): klien mengatakan dapat melakukan tindakan mobilisasi dini, A (achievable): klien mendapatkan tindakan mobilisasi dini, R (relevant): klien mengatakan setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini pergerakan pada ekstermitas meningkat, T (time): diharapkan tercapai dalam waktu 2x24 jam dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat (5), kekuatan otot meningkat (5), rentang gerak (ROM) meningkat (5), kecemasan menurun (5), gerakan terbatas menurun (5), dan kelemahan fisik menurun (5) yang ditargetkan membaik dalam asuhan keperawatan.

Rencana tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik yang telah ditetapkan antara lain mengidentifikasi toleransi fisik pasien dalam melakukan pergerakan, memonitor TTV sebelum dan sesudah mobilisasi, melibatkan keluarga secara aktif, serta mengajarkan tahapan mobilisasi dini secara bertahap dan terstruktur.

Tindakan keperawatan yang krusial adalah melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Dukungan keluarga

merupakan proses interaksi antarmanusia yang diimplementasikan melalui pemberian dukungan yang dikategorikan menjadi dukungan emosional, informasi, instrumental dan appraisal (Swarjana, 2022). Semakin besar dukungan keluarga maka semakin besar pula motivasi ibu nifas untuk melakukan mobilisasi dini, dan sebaliknya semakin kurang dukungan keluarga akan semakin menghambat pelaksanaan mobilisasinya.

Dukungan keluarga sangat diperlukan untuk memberikan motivasi pada pasien post SC untuk melakukan mobilisasi dini pasca-SC dan sebagai *support system* utama selama proses pemulihan (Subagio & Suhartini, 2023). Kesimpulannya adalah keluarga berperan sangat besar dalam meningkatkan pergerakan pasien post SC. Melalui dukungan fisik saat membantu merubah posisi dan dukungan psikologis yang menenangkan kecemasan pasien, keluarga dapat membantu pasien untuk lebih cepat pulih, mencegah komplikasi trombosis, dan meningkatkan kenyamanan fisik pasien.

Tindakan utama yang diaplikasikan penulis adalah mengajarkan melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin berjalan, yang dilakukan segera setelah ibu melahirkan dan dapat dilakukan pembimbingan ibu untuk bergerak dan bangun dari tempat tidur untuk membantu keberhasilan pemulihan (Mahayati, 2021 dalam Setyorini & Aby Restanty, 2024). Tujuan dari mobilisasi dini adalah untuk mempercepat proses involusi uteri, meningkatkan sirkulasi dan

mencegah terjadinya tromboflebitis vena, mencegah konstipasi, mempertahankan tonus otot, memperlancar pengeluaran lochea, mempercepat proses penyembuhan luka, memperlancar peredaran darah, meningkatkan fungsi kinerja peristaltik usus dan kandung kemih, serta mengembalikan otot-otot perut serta panggul kembali normal (Sulistyawati dkk, 2023 dalam Suryanti, 2024).

Pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post *sectio caesarea* dilakukan secara bertahap sebagai berikut: Pada 6 jam pertama post SC: Atur posisi senyaman mungkin (telentang tanpa bantal tinggi atau sesuai toleransi pasca-anestesi spinal). Anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan tarik napas perlahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut untuk meminimalisir nyeri abdomen saat mulai menggerakkan tubuh. Latihan gerak tangan berupa gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan, dan siku selama setengah menit untuk merangsang sirkulasi perifer atas. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan di atas kepala secara bergantian. Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi, adduksi, serta rotasi/pergelangan kaki pada seluruh bagian kaki secara perlahan untuk mencegah stasis darah di ekstremitas bawah.

- 1) Pada 6-10 jam berikutnya: Latih pasien miring kanan dan miring kiri. Latihan dilakukan dengan menekuk kedua lutut secara perlahan (fleks), kemudian perawat atau keluarga membantu pasien berpegangan pada pagar pengaman tempat tidur, lalu menarik badan ke arah yang berlawanan secara

perlahan. Tahan posisi miring selama beberapa menit untuk melatih otot abdomen dan meningkatkan kenyamanan posisi tidur.

- 2) Pada 24 jam post SC: Posisikan pasien semi-fowler (duduk bersandar dengan kemiringan tempat tidur 30-40 derajat) secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi adanya keluhan pusing atau tanda-tanda hipotensi ortostatik. Jika pasien mengeluh pusing, turunkan tempat tidur secara perlahan. Bila tidak ada keluhan, ubah posisi pasien secara bertahap sampai posisi duduk tegak di tepi tempat tidur dengan kaki menggantung.
- 3) Pada hari kedua post SC: Latih pasien duduk secara mandiri jika sudah tidak mengeluh pusing. Jika pasien merasa cukup kuat, dibolehkan latihan berdiri secara mandiri atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan berpegangan pada perawat atau keluarga. Jika tidak ada keluhan pusing atau lemas, anjurkan dan dampingi pasien untuk latihan berjalan di sekitar tempat tidur, kemudian dilanjutkan berjalan secara mandiri menuju kamar mandi.

Implementasi yang dilakukan penulis pada pasien Ny. A dimulai pada hari Sabtu, 14 Maret 2026. Pukul 07.45 WIB, penulis mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan dengan hasil respons pasien merasa lemas dan mengeluh nyeri hebat (skala 7) di perut saat mencoba bergeser. Pukul 08.05 WIB, penulis mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk menurunkan ketegangan otot abdomen pasien sebelum melakukan latihan. Pukul 08.15 WIB, penulis melatih gerakan ekstremitas atas dan bawah secara pasif dan aktif ringan

(abduksi-adduksi jari kaki dan tangan).

Pukul 12.45 WIB, penulis mengajarkan dan membantu pasien melakukan latihan miring kanan dan kiri yang dibantu secara langsung oleh suaminya. Pasien menunjukkan sikap kooperatif meskipun tampak meringis menahan nyeri pada area insisi sepanjang 12 cm tersebut. Pukul 13.40 WIB, setelah berkolaborasi dalam pemberian analgetik Kaltrofen supositoria dan Ketorolac IV yang berhasil menurunkan intensitas nyeri menjadi skala 5, penulis melatih pasien untuk mengambil posisi duduk di tepi tempat tidur dan memotivasinya belajar berdiri serta melangkah perlahan.

Respons hasil menunjukkan pasien mampu mengikuti instruksi perawat dengan baik dan berhasil duduk serta melangkah pendek dengan bantuan pegangan pada keluarga. Keuntungan dari implementasi terstruktur ini adalah mampu merangsang kembalinya fungsi eliminasi (peristaltik usus meningkat menjadi 22x/menit), sirkulasi darah menjadi lancar, mempercepat involusi uteri, serta mengurangi kecemasan pasien secara signifikan (Sulistyawati dkk, 2023 dalam Suryanti, 2024).

Hasil evaluasi keperawatan yang didapatkan setelah melakukan tindakan pada hari pertama Sabtu, 14 Maret 2026 menunjukkan data subjektif: pasien mengatakan belum mampu sepenuhnya beraktivitas dan berpindah secara mandiri karena rasa nyeri di area luka jahitan masih terasa mendominasi (skala 5) saat beraktivitas. Data objektif menunjukkan pasien masih tampak lemah, rentang gerak (ROM) meningkat sebagian namun aktivitas harian masih

membutuhkan bantuan keluarga, pasien tidak lagi *bedrest* total karena sudah bisa miring dan duduk, namun gerakan masih tampak protektif dan hati-hati. Masalah gangguan mobilitas fisik dinyatakan belum teratasi sepenuhnya pada hari pertama, sehingga diputuskan untuk melanjutkan intervensi latihan mobilisasi mandiri dan pendampingan berjalan.

Pada evaluasi hari kedua Minggu, 15 Maret 2026 jam 13.45 WIB, data subjektif menunjukkan peningkatan yang sangat signifikan di mana pasien mengatakan sudah mampu berjalan sendiri sampai ke kamar mandi tanpa merasakan pusing atau lemas. Data objektif menunjukkan pasien tampak mampu berjalan dengan stabil di sekitar tempat tidur ruangan Dewi Shinta, kekuatan otot ekstremitas optimal (5/5), kecemasan terhadap luka jahitan robek sudah menurun (5), dan aktivitas harian hanya dibantu minimal oleh keluarga (misalnya saat keluar-masuk kamar mandi). Berdasarkan data objektif dan subjektif tersebut, masalah gangguan mobilitas fisik dinyatakan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan, dan intervensi keperawatan dihentikan karena pasien dinyatakan pulih secara klinis dan diizinkan pulang oleh dokter.

Penulis memprioritaskan gangguan mobilitas fisik sebagai fokus diagnosa keperawatan yang sangat krusial karena beberapa alasan utama yang berkaitan dengan keselamatan, pemulihan fungsional, dan dampak sistemik tubuh. Jika gangguan mobilitas fisik tidak segera ditangani melalui intervensi mobilisasi dini, pasien post-SC berisiko tinggi mengalami berbagai komplikasi pascaoperasi yang berbahaya. Dari sistem muskuloskeletal, imobilitas dapat

memicu atrofi otot dan penurunan kekuatan fisik secara drastis. Dari sistem kardiovaskular, hambatan gerak memicu stasis vena yang dapat berkembang menjadi *Deep Vein Thrombosis* (DVT) atau tromboflebitis, yang sangat berisiko pada pasien post-PEB karena kondisi hiperkoagulasi darah.

Selain itu, dari sistem pencernaan, imobilitas yang lama dapat mengakibatkan penurunan peristaltik usus yang memicu konstipasi berat atau ileus paralitik. Mobilisasi dini secara bertahap terbukti secara klinis mampu meminimalisir seluruh risiko komplikasi sistemik tersebut, merangsang pengeluaran lochea rubra secara lancar, mempercepat kontraksi uterus (TFU terukur baik), meningkatkan harga diri serta kemandirian pasien dalam merawat dan menyusui bayinya secara optimal pasca-melahirkan.

c. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Gangguan pola tidur merupakan kondisi terganggunya kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal maupun internal tubuh, sehingga mengganggu fungsi normal tubuh dan pikiran (Saphira Ayu, 2020). Diagnosa aktual ini ditegakkan pada Ny. A karena siklus istirahatnya mengalami disrupsi nyata pasca-tindakan bedah. Data subjektif menunjukkan pasien mengeluh sulit tidur, merasa tidurnya tidak nyenyak, kualitas tidur menurun, dan mengeluh sering terbangun di malam hari apabila rasa nyeri jahitan timbul serta merasa kurang nyaman dengan lingkungan baru rumah sakit karena harus menyusui bayinya secara berkala. Data objektif memperlihatkan pasien tampak lemas, wajah kelelahan, dan kedua

matanya terlihat sayu.

Intervensi keperawatan yang ditetapkan mengacu pada SIKI yaitu Dukungan Tidur (I.09265) dengan luaran SLKI Pola Tidur Membaik (L.05045) dalam target waktu 2x24 jam asuhan keperawatan. Kriteria hasil yang diharapkan mencakup: keluhan sulit tidur menurun (5), keluhan tidak puas tidur menurun (5), keluhan sering terjaga menurun (5), keluhan istirahat tidak cukup menurun (5), dan keluhan pola tidur berubah menurun (5). Rencana tindakan yang disusun meliputi identifikasi pola aktivitas/tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan (kebisingan dan pencahayaan), membatasi jumlah pengunjung ruangan, dan memfasilitasi teknik relaksasi sebelum tidur.

Implementasi yang dilaksanakan penulis pada hari Sabtu pukul 08.35 WIB adalah mengidentifikasi faktor pengganggu tidur di mana pasien menegaskan faktor utamanya adalah nyeri tajam insisi abdomen bawah serta suasana bising ruangan kamar baru. Pukul 13.30 WIB penulis mengimplementasikan modifikasi lingkungan fisik dengan cara membatasi jumlah pengunjung ruangan yang menjenguk untuk meminimalkan kebisingan dan memberikan privasi yang tenang bagi Ny. A. Penulis juga memberikan edukasi mengenai pentingnya pemenuhan tidur adekuat 7-8 jam untuk membantu memulihkan energi fisik dan mempercepat proses granulasi jaringan luka operasi.

Hasil evaluasi hari pertama menunjukkan masalah belum teratasi karena pasien masih lemas dan mengeluh sering terbangun di malam hari jika efek obat antinyeri habis. Namun pada evaluasi hari kedua Minggu, 15 Maret 2026, setelah intensitas nyeri berkurang skala 4 dan pasien mulai beradaptasi dengan lingkungan, diperoleh data subjektif pasien mengatakan istirahat tidurnya sudah mulai cukup dan nyenyak. Data objektif menunjukkan pasien tampak segar, bersemangat, dan ceria. Berdasarkan pencapaian tersebut, masalah Gangguan Pola Tidur dinyatakan teratasi dan intervensi keperawatan dihentikan.

3. DIAGNOSA YANG TIDAK MUNCUL

a. Gangguan eliminasi urine

Gangguan eliminasi urine merupakan kondisi ketika seseorang mengalami disfungsi atau ketidakmampuan dalam menjalankan proses eliminasi urine secara normal akibat berbagai faktor anatomis, fisiologis, maupun psikologis. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, gangguan ini ditandai dengan manifestasi klinis berupa desakan berkemih (urgensi), berkemih tidak tuntas (hesitancy), retensi urine, inkontinensia, hingga perubahan frekuensi pola BAK. Kondisi disfungsi ini umumnya dipicu oleh penurunan kapasitas atau iritasi kandung kemih, kelemahan otot pelvis, kebingungan sensorik, hingga efek tindakan medis dan bedah seperti manipulasi pascaoperasi saluran kemih (Meydina et al., 2024).

b. Menyusui tidak efektif

Menyusui tidak efektif didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan pada proses pemberian maupun penerimaan air susu ibu (ASI) secara optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut literatur jurnal keperawatan (misalnya, Rosa et al., 2023), masalah ini timbul akibat berbagai kendala teknis dan fisiologis—seperti teknik pelekatan yang kurang tepat, kecemasan maternal, hingga ketidaklancaran pengeluaran ASI yang menyebabkan intake nutrisi bayi tidak adekuat serta berpotensi memicu timbulnya ketidaknyamanan, puting lecet, hingga bendungan ASI pada ibu.

c. Gangguan pertukaran gas

Gangguan pertukaran gas didefinisikan sebagai kondisi klinis ketika individu mengalami kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut literatur keperawatan (seperti Oktavia et al., 2022), masalah ini terjadi akibat ketidakseimbangan antara ventilasi dan perfusi atau adanya perubahan struktur membran alveolar, yang ditandai dengan gejala seperti sesak napas (dispnea), penurunan saturasi oksigen, serta ketidaknormalan kadar gas darah arteri ($p\text{CO}_2$ dan $p\text{O}_2$), sehingga pasokan oksigen ke sel dan jaringan tubuh menjadi terganggu.

4. KETERBATASAN PENULIS

Peneliti menghadapi kendala utama berupa keterbatasan waktu dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pasien post *sectio caesarea* dengan indikasi Preeklampsia (PE) yang kondisinya telah stabil biasanya hanya menjalani masa perawatan yang singkat di rumah sakit, yaitu berkisar antara 2 sampai 4 hari saja, bahkan banyak yang sudah diperbolehkan pulang dalam waktu 2-3 hari. Pada kasus Ny. A, asuhan keperawatan intensif hanya dapat dilaksanakan selama 2x24 jam (sejak pengkajian hari Sabtu, 14 Maret hingga pasien pulang hari Minggu, 15 Maret 2026).

Kondisi tersebut membuat waktu observasi klinis dan pengumpulan data perkembangan mobilitas fisik menjadi sangat singkat. Peneliti tidak dapat memantau perkembangan kemandirian pasien secara jangka panjang saat kembali ke rumah, pemulihan kekuatan otot perut secara total, maupun proses penyembuhan luka insisi secara menyeluruh hingga jaringan kulit menutup sempurna. Akibatnya, hasil evaluasi keperawatan dalam laporan kasus ini terbatas pada pencapaian fase mobilisasi akut di lingkungan rumah

