

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Identifikasi Pengkajian

Pengkajian dilakukan oleh penulis di ruang Mawar RSUD Bangil pada tanggal 12/03/2024 pada pasien atas nama Ny.F P1001 Ab000 dengan *Post Sectio Caesarea*. Pada tahapan ini peneliti melakukan pengkajian dan identifikasi tingkat nyeri, tingkat kecemasan dan kesiapan mobilisasi pada Ny.F secara menyeluruh sesuai format asuhan keperawatan maternitas pada ibu nifas.

Hasil data pengkajian yaitu pasien Ny.F berusia 17 tahun bekerja sebagai IRT, *Post Sectio Caesarea* dengan riwayat kesehatan ibu epilepsi. Hasil dari identifikasi tingkat kecemasan pasien menggunakan kuisioner *Postpartum Anxiety Scale (PAS)* memperoleh hasil kecemasan sedang dan hasil dari identifikasi kesiapan mobilisasi dini memperoleh hasil kesiapan mobilisasi rendah. Selain itu pasien mengalami mengalami keterbatasan bergerak, keluhan nyeri luka bekas operasi dengan skala nyeri 7, pasien tampak meringis, enggan melakukan pergerakan, gelisah dan tremor saat melakukan sedikit pergerakan seperti menekuk kakinya. Hasil pengkajian tersebut menunjukkan bahwa adanya masalah dalam nyeri akut serta adanya kecemasan (ansietas).

Pada pasien *Post Sectio Caesarea* muncul keluhan, nyeri karena bekas luka sayatan pada bagian abdomen dan hilangnya pengaruh anestesi. Oleh karena itu timbul rasa khawatir dan gelisah sehingga dapat menyebabkan rasa takut dan enggan untuk melakukan aktivitas. pada pasien *Post Sectio Caesarea* tidak hanya berfokus pada pemulihan fisik, tetapi juga pada adaptasi dengan peran barunya sebagai ibu. Kecemasan tentang proses pemulihan, kemampuan mereka merawat

bayi, terutama jika ada keterbatasan mobilitas atau rasa sakit, juga dapat berkontribusi terhadap perasaan cemas (Syahrony & Sulastri, 2024).

Maka dari itu penulis berasumsi bahwa terdapat kesamaan teori dan kasus, di mana pada hasil pengkajian tanda dan gejala yang di alami pasien yaitu nyeri akut pada luka bekas operasi dan enggan melakukan pergerakan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Syahrony & Sulastri, 2024) yang menyatakan bahwa keluhan nyeri dan enggang untuk melakukan pergerakan pada pasien *Post Sectio Caesarea* merupakan hal yang dapat di atasi dengan melakukan mobilisasi dini.

5.2 Analisis Masalah Keperawatan Dan Prioritas Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian bahwa pasien mengeluh nyeri luka bekas operasi dengan skala nyeri 7, pasien tampak meringis, gelisah, pergerakan terbatas, dan hasil ttv TD: 130/88 mmhg, N: 110 x/menit, S: 36,5 °C, RR: 20 x/menit, SPO2 : 97% muncul masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri. Selain itu pasien juga mengalami keluhan gelisah dan tremor saat melakukan sedikit pergerakan seperti menekuk kakinya dan tingkat kecemasan pasien sedang, sehingga dari hasil pengkajian tersebut muncul masalah keperawatan ansietas b.d krisis situasional d.d pasien merasa takut dan khawatir.

Menurut SDKI, nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial, dengan onset mendadak dan durasi yang relatif singkat. Sedangkan ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Salah satu tantangan utama pasien *Post*

Sectio Caesarea adalah keterbatasan mobilitas fisik yang timbul akibat nyeri dan pembatasan gerakan yang disebabkan oleh luka insisi di dinding perut dan rahim. Pasien *Post Sectio Caesarea* sering kali mengalami kesulitan dalam bergerak atau bahkan beraktivitas ringan karena nyeri atau ketidaknyamanan yang dirasakan saat bergerak. Gangguan mobilitas dapat meningkatkan risiko berbagai komplikasi fisik, seperti infeksi (karena ketidakmampuan untuk menjaga kebersihan luka dengan baik), pembekuan darah, dan konstipasi akibat kurangnya pergerakan. Selain itu, keterbatasan mobilitas juga dapat memperburuk ketidaknyamanan fisik pasien, termasuk nyeri punggung atau kelelahan otot (Juwita et al., 2020). Bagi ibu yang baru melahirkan melalui *Sectio Caesarea*, mobilitas fisik yang terbatas dapat mengganggu kemampuan mereka untuk merawat bayi. Kemampuan untuk menyusui, menggendong, atau bahkan mengganti popok bisa terhambat oleh keterbatasan gerakan atau rasa sakit. Maka dari itu prioritas masalah keperawatan yaitu nyeri akut karena apabila tingkat nyeri menurun maka ibu menjadi lebih nyaman bergerak. Dan prioritas masalah kedua yaitu ansietas. Karena kecemasan pasca SC sering kali berhubungan dengan rasa takut terhadap rasa sakit dan ketakutan tentang pemulihan fisik, serta kecemasan tentang merawat bayi. Penulis berasumsi dengan mengurangi gangguan mobilitas fisik terlebih dahulu maka kecemasan pasien secara alami bisa berkurang.

5.3 Analisis Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan. Tidak hanya itu rencana tindakan keperawatan adalah

menetapkan tujuan, menentukan kriteria hasil, dan menentukan rencana tindakan keperawatan.(Suwignjo et al., 2022).

1. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri (D.0077).

Intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada pasien Ny.F dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, 2) Keluhan nyeri menurun, 3) Meringis menurun, dan 4) Gelisah menurun Rencana tindakan keperawatan mengacu pada SIKI yang sesuai dengan diagnosa keperawatan Nyeri Akut yaitu Dukungan Mobilisasi (I.05173).

2. Ansietas b.d krisis situasional d.d pasien merasa takut dan khawatir (D.0080)

Pada diagnosa ke dua intervensi yang akan dilakukan pada pasien Ny.F dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan Tingkat Ansietas (L.09093) dengan kriteria hasil:

1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun

2) Perilaku gelisah menurun

3) Frekuensi pemapasan membaik

4) Frekuensi nadi membaik

5)Tekanan darah membaik. Rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan berdasarkan diagnosis keperawatan yaitu Dukungan Emosional (1.09256).

5.4 Analisis Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan yang melibatkan pelaksanaan atau tindakan nyata terhadap rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tujuan dari implementasi adalah untuk mencapai tujuan yang telah

ditetapkan dalam rencana perawatan, melalui tindakan yang terstruktur dan terkoordinasi. Implementasi ini dilakukan dengan melibatkan pasien secara aktif, serta memperhatikan aspek fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual dari pasien. Selain itu, implementasi keperawatan juga memerlukan kolaborasi antara perawat, pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Potter et al., 2021).

Implementasi tindakan keperawatan pada pasien Ny.F dengan diagnosa keperawatan:

1. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri (D.0077).
2. Ansietas b.d krisis situasional d.d pasien merasa takut dan khawatir (D.0080).

Dilakukan dari tanggal 13/03/2024 s.d 15/03/2024 selama 8 jam kerja untuk membantu proses pemulihan pasien. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi kesiapan mobilisasi dini pasien, Hasil dari respon pasien: Kesiapan mobilisasi sedang, karena pasien merasa dirinya takut dan tidak siap untuk bergerak.
- 2) Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien sebelum melakukan mobilisasi dini, karena kesiapan mobilisasi dini pasien sedang dan pasien merasa takut untuk bergerak, maka peneliti mengkaji tingkat kecemasan pasien sebelum melakukan mobilisasi dengan hasil: Kecemasan sedang.
- 3) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, karena nyeri merupakan faktor yang dapat menghambat pasien dalam melakukan mobilisasi sehingga perlu dikaji untuk mengetahui keluhan fisik pasien. Hasil: Pasien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi dengan skala 7,
- 4) Memonitor TTV sebelum memulai mobilisasi Hasil: TD: 130/88 mmhg, N: 110 x/menit, S: 36,5 °C, RR: 20 x/menit, SPO2 : 97%,

5) Memberikan ruang pada pasien untuk mengungkapkan perasaan, dengan melakukan implementasi tersebut memberikan kesempatan kepada pasien untuk merasa didengarkan dan dipahami. Ini membantu pasien untuk mengatasi perasaan tertekan atau takut yang mereka rasakan, serta memberikan mereka kontrol atas emosi mereka (Ishmah et al., 2024).

6) Memberikan pernyataan suportif, dan motivasi kepada pasien,

7) Melakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. merangkul, menepuk-nepuk),

8) Memberikan edukasi pentingnya melakukan mobilisasi dini, karena karena mobilisasi dini memiliki dampak positif yang signifikan terhadap proses pemulihan dan kesehatan pasien secara keseluruhan.

9) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi,

10) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan selama 6-10 jam pertama *Post SC*, maka peneliti melatih pasien melakukan gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi pada kaki, ekstensi dan fleksi lutut, miring kanan dan kiri.

11) Mendampingi pasien dalam melakukan mobilisasi dini.

12) Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi dini secara mandiri.

14) Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat Ondansetron dan Ketorolac.

Pada hari kedua implementasi yang dilakukan sebagai berikut:

1) Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien sebelum melakukan mobilisasi dini, hasil: tingkat kecemasan ringan,

2) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil yang didapatkan: Pasien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi dengan skala 5,

- 3) Memonitor TTV sebelum memulai mobilisasi Hasil: TD: 121/76 mmhg, N: 90 x/menit, S: 36,5 °C, RR: 20 x/menit, SPO2 : 98%,
- 4) Memberikan ruang pada pasien untuk mengungkapkan perasaan, Memberikan pernyataan suportif, dan motivasi kepada pasien,
- 5) Melakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. merangkul, menepuk-nepuk),
- 6) Mengajarkan mobilisasi yang harus dilakukan 24 jam *Post op* yaitu: latihan duduk di tempat tidur, mengambil barang di dekat pasien, dan pindah dari tempat tidur ke kursi dan latihan berjalan,
- 7) Mendampingi pasien dalam melakukan mobilisasi dini,
- 8) Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi dini secara mandiri,
- 9) Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat Keterolac, Tranexamid Acid dan Metergin.

Pada hari kedua pasien mengeluh nyeri skala 5 yang artinya nyeri di hari kedua menurun selain itu, pasien mampu melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi, menjangkau barang di dekatnya, dan memakai baju, namun di bantu oleh keluarganya, tingkat kecemasan pasien juga menurun setelah diberikan dukungan emosional oleh peneliti.

Pada hari ketiga implementasi yang di lakukan sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil yang di dapat, pasien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi dengan skala 2,
- 2) Memonitor TTV sebelum memulai mobilisasi, hasil: TD: 118/89 mmhg, N: 88 x/menit, S: 36,5 °C, RR: 20 x/menit, SPO2 : 98%,
- 3) Memberikan pernyataan suportif, dan motivasi kepada pasien,

- 4) Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi dini secara mandiri di rumah,
- 5) Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat Keterolac, Tranexamid Acid dan Metergin.

Pada hari ketiga pasien sudah tidak gelisah dan tidak tampak meringis, skala nyeri 3 dan pasien sudah tidak mengalami kecemasan sehingga pengukuran tingkat kecemasan di hentikan, namun pemberian implementasi memberikan pernyataan suportif, dan motivasi kepada pasien tetap diberikan agar pasien tetap semangat melakukan mobilisasi dini.

5.5 Evaluasi Intervensi Mobilisasi Dini Dan Dukungan Emosional Dalam Menurunkan Tingkat Nyeri

Mobilisasi dini dan dukungan emosional adalah dua intervensi yang sangat penting dalam perawatan pasien post-Sectio Caesarea (SC) untuk mendukung pemulihan fisik dan mengurangi ketidaknyamanan akibat nyeri. Evaluasi terhadap kedua intervensi ini mencakup pengukuran efektivitasnya dalam menurunkan tingkat nyeri, mempercepat proses penyembuhan luka, serta mengurangi kecemasan yang dapat memperparah persepsi nyeri pada pasien.

Pada diagnosis keperawatan yang pertama yaitu Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri (D.0077), evaluasi mengacu pada kriteria hasil: Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah. Sedangkan pada diagnosi yang kedua yaitu Ansietas b.d krisis situasional d.d pasien merasa takut dan khawatir (D.0080), evaluasi mengacu pada kriteria hasil: Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, frekuensi pemapasan membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. Tindakan yang

dilakukan selama 3 hari kepada pasien mendapatkan hasil akhir yang cukup signifikan dalam proses pemulihan.

Evaluasi hari pertama setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilisasi dini dan dukungan emosional, mendapatkan hasil, pergerakan aktivitas meningkat, skala nyeri menurun dari skala 7 ke skala 5, pasien hanya dapat miring kanan, kiri, dan menekuk kaki dan kecemasan pasien menurun.

Evaluasi hari kedua setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilisasi dini dan dukungan emosional, mendapatkan hasil evaluasi : pergerakan aktivitas meningkat, skala nyeri menurun dari skala 5 ke skala 2, merinis menurun, pasien hanya dapat pasien dapat miring kanan, kiri, berjalan ke kamar mandi menggapai benda disekitar dan pasien sudah tidak khawatir untuk bergerak.

Evaluasi hari ketiga setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilisasi dini dan dukungan emosional, hasil evaluasi pasien yaitu: pergerakan aktivitas meningkat, skala nyeri menurun 2 nyeri ringan, pasien dapat berjalan ke kamar mandi menggapai benda di sekitar, memakai baju sendiri, menggendong bayinya dan berjalan-jalan secara mandiri. Karena pada hari ketiga kriteria hasil telah tercapai maka intervensi keperawatan di hentikan.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan berupa mobilisasi dini dan dukungan emosional selama 3 hari pada pasien post Sectio Caesarea, tingkat nyeri pasien mengalami penurunan yang signifikan, dari skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan. Penurunan tingkat nyeri ini menunjukkan bahwa kombinasi intervensi mobilisasi dini dan dukungan emosional efektif dalam mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi persepsi nyeri pasien. Temuan ini sejalan

dengan penelitian yang dilakukan oleh Safitri et al. (2024), yang menunjukkan bahwa mobilisasi dini secara signifikan menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi Sectio Caesarea di RSUD Sundari Medan. Penulis berasumsi bahwa mobilisasi dini dan dukungan emosional sangat penting untuk membantu menurunkan tingkat nyeri pada pasien post Sectio Caesarea. Selain tindakan mobilisasi dini, pasien juga membutuhkan dukungan emosional untuk mengurangi persepsi nyeri, karena faktor psikologis seperti kecemasan, ketakutan, dan stres dapat meningkatkan sensitivitas terhadap rasa nyeri dan memperburuk pengalaman nyeri yang dirasakan pasien. Dengan mengurangi beban psikologis melalui dukungan emosional, diharapkan nyeri yang dialami pasien dapat berkurang secara signifikan sehingga mempercepat proses pemulihan.

Dengan demikian, penerapan mobilisasi dini yang didukung oleh pendekatan emosional tidak hanya berperan dalam mempercepat proses fisik penyembuhan, tetapi juga secara efektif menurunkan tingkat nyeri pasien. Pendekatan holistik ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pemulihan pasien *post Sectio Caesarea* secara menyeluruh, baik dari aspek fisik maupun psikologis.