

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Sectio Casarea*

1. Definisi

Sectio casarea adalah metode persalinan dengan melibatkan pemotongan melalui dinding perut anterior (laparotomi) atau dinding rahim (hystrotomi) (Cunningham, 2012). Janin yang beratnya lebih 500 gram dan/atau lebih dari 28 minggu kehamilan diambil secara artifisial melalui sayatan di dinding perut dan rahim saat masih utuh. Prosedur ini juga dikenal sebagai operasi *caesar*. Operasi *caesar* adalah teknik medis yang digunakan untuk membantu dalam persalinan yang tidak mungkin dilakukan karena komplikasi yang mempengaruhi ibu atau janin. Prosedur ini didefinisikan sebagai operasi untuk mengantarkan kehamilan melalui vagina, dengan membuka rahim dan dinding abdomen, atau dengan histerotomi untuk mengantarkan janin yang berada di dalam rahim (Dumilah, 2018).

2. Etiologi

Keadaan dimana distress janin, preeklampsia, presentasi janin yang abnormal dengan indikasi panggul sempit, bayi kembar dalam kondisi saling mengunci, disfungsi uterus, distosia serviks, plasenta previa, janin besar, persalinan yang berkepanjangan atau kurangnya kemajuan, ketidakcocokan kepala-panggul, presentasi dahi-wajah, dan ancaman robekan rahim adalah semua alasan mengapa operasi *caesar* sangat diperlukan ketika proses persalinan tidak dapat diselesaikan melalui jalan lahir. Kematian janin, syok, anemia berat, dan kelainan bawaan yang serius adalah di antara situasi yang menghalangi dilakukannya operasi *caesar* (Vevi Delta Anggaria, 2022).

a. Pre Eklamsia Berat

Pre-eklamsia adalah kondisi serius yang hanya terjadi selama kehamilan, biasanya muncul setelah minggu ke-20. Penyakit ini disebabkan oleh masalah pada pembuluh darah yang menyebabkan vasospasme (penyempitan pembuluh darah) dan aktivasi endotel (lapisan dalam pembuluh darah), sehingga mengganggu aliran darah ke organ-organ tubuh. Ciri khas pre-eklamsia adalah tekanan darah tinggi,

pembengkakan (edema) dan kehadiran protein dalam urin (proteinuria) (Aprina, 2016). Pre eklampsia dan eklampsia merupakan kontinum gangguan yang secara langsung diinduksi oleh kehamilan, etiologi spesifiknya masih belum pasti. Preeklampsia dan eklampsia adalah penyebab utama kematian ibu dan neonatal, setelah infeksi dan perdarahan. Oleh karena itu, diagnosis dini sangat penting karena dapat mengidentifikasi dan mengobati kondisi ini sebelum berkembang menjadi eklampsia.

b. Ketuban Pecah

Istilah pecahnya ketuban premature mengacu pada pecahnya membran sebelum ada tanda-tanda persalinan muncul dan, jika tidak ada, setelah satu jam. Sebagian besar kasus pecahnya air ketuban prematur terjadi pada kehamilan yang sudah cukup bulan di atas 37 minggu, sementara pecahnya air ketuban prematur dinyatakan terjadi ketika itu terjadi sebelum proses persalinan dimulai. Dalam obstetri, pecahnya membran prematur adalah masalah signifikan karena dapat menyebabkan masalah dari kelahiran prematur dan infeksi koriokarsinoma, yang dapat menginfeksi ibu dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal akibat sepsis. Pecahnya membran prematur bisa disebabkan oleh membran yang melemah atau tekanan intrauterin yang meningkat. Penyebab berkurangnya kekuatan membran adalah infeksi yang berasal dari leher rahim dan vagina.

Dalam mengobati pecahnya ketuban dini, faktor-faktor seperti usia kehamilan, infeksi maternal, masalah janin, dan indikasi persalinan harus diperhatikan (Sarwono Prawirohardjo, 2012).

c. Plasenta previa

Kondisi yang dikenal sebagai plasenta previa terjadi ketika plasenta menempel di lokasi yang tidak teratur, terutama di segmen bawah rahim, menutupi seluruh atau sebagian saluran lahir. Akibatnya, bagian terendah sering mengalami kesulitan memasuki Inlet Pelvis (PI) atau mengakibatkan kelainan bagi janin di dalam rahim. Menurut Aprina

(2016) plasenta biasanya terletak di korpus rahim anterior atau posterior, sedikit lebih dekat ke fundus rahim.

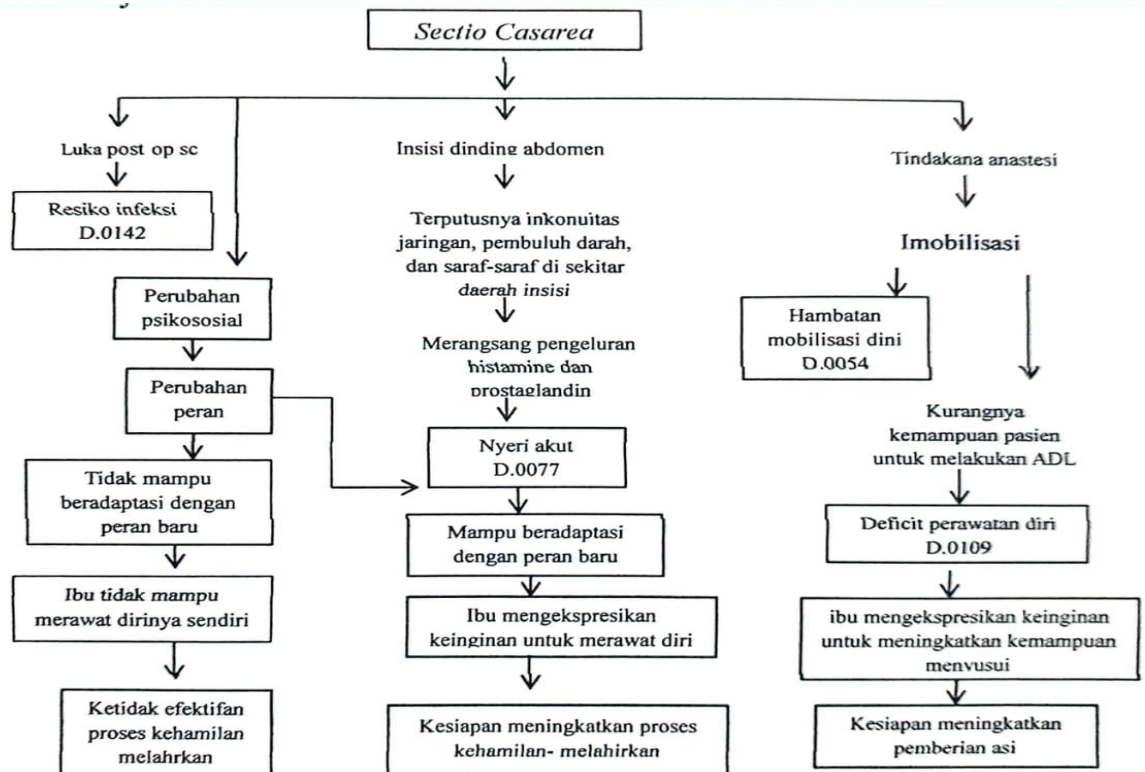
d. Bayi Kembar

Tidak semua bayi kembar dilahirkan dengan operasi *caesar*. Ini karena kelahiran bayi kembar memiliki risiko kesulitan yang lebih besar dibandingkan dengan kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar dapat muncul dengan tidak normal atau dalam posisi sungsang, yang dapat membuat persalinan biasa menjadi sulit.

3. Patofisiologi Post *Sectio Caesarea*

Bayi yang tidak dapat lahir secara normal atau spontan dapat disebabkan oleh beberapa kelainan atau hambatan dalam proses persalinan, seperti pre-eklampsia, distosia serviks, risiko robekan rahim, panggul kecil, disproporsi cephalopelvik, plasenta previa sentral dan lateral, serta malpresentasi janin. Kondisi ini yang dapat dilakukannya pembedahan *sectio caesarea* jika pasien tidak menyadari prosedur bedah, pemulihan, dan perawatan setelahnya, mereka mungkin akan merasa cemas. Selama proses pembedahan, tindakan selain itu, dinding perut akan terpotong, mengakibatkan amputasi jaringan di sekitarnya, pembuluh darah, dan saraf. Setelah pembedahan selesai, histamin dan prostaglandin akan dilepaskan, yang menyebabkan nyeri dan rasa sakit. Setelah pembedahan tempat sayatan akan ditutup setelah selesai, meninggalkan luka jika tidak dirawat dengan baik, dapat menyebabkan infeksi (Wahidmurni, 2023).

Pathway



Gambar 2.1 Pathway

Sumber : Rama Novita (2018)

4. Klasifikasi

Menurut Vevi Delta Anggaria, (2022) mengklasifikasi *sectio caesarea* beberapa bagian:

a. persalinan sesarea melintang

Persalinan dengan operasi *caesar* yang dikenal sebagai kelahiran transversal atau segmen bawah biasanya dipilih karena beberapa alasan. Jenis sayatan ini menyebabkan kehilangan darah yang paling sedikit karena dilakukan di bagian bawah rahim, yang merupakan area paling tipis dan paling tidak aktif dari rahim. Selain sembuh lebih cepat, area ini juga mengurangi risiko robekan jaringan pada perut selama kehamilan selanjutnya. Setelah itu, adhesi usus, ileus paralitik, peritonitis juga lebih jarang terjadi di sini.

Daerah peritoneum rahim, yang menempel longgar tepat di atas kandung kemih, dipotong secara melintang untuk membuat sayatan pertama, yang membuka rongga perut. Miometrium rahim dipotong baik

secara vertikal atau horizontal dan kandung kemih serta lipatan peritoneum bawah dipisahkan dari rahim. Janin dikeluarkan saat membran amnion pecah. Untuk menyebabkan kontraksi rahim, oksitosin disuntikkan dan plasenta dikeluarkan. Dua lapisan jahitan digunakan untuk menutup sayatan rahim, lapisan kedua menutupi yang pertama. Diperkirakan bahwa lochia tidak dapat mencapai rongga peritoneum karena cara dua lipatan penutup ini diatur, yang menutup sayatan rahim dengan aman. Setelah itu, benang yang dapat diserap digunakan untuk membuat satu lapisan jahitan terus menerus untuk menutup kembali peritoneum visceral. Setelah dicuci dengan saline biasa untuk mencegah infeksi pasca operasi, abdomen dijahit lapis demi lapis.

b. *Casarea* Klasik

Pada dinding rahim, dibuat sayatan vertikal secara langsung. Setelah mengeluarkan janin dan plasenta, tiga lapisan jahitan benang resorbable digunakan untuk menutup sayatan. Pengobatan ini dilakukan dengan memasuki rahim melalui lapisan tertebalnya di badan rahim. Ini sangat membantu ketika terdapat adhesi besar akibat operasi *caesar* sebelumnya di kandung kemih dan segmen bawah. Pengobatan ini kadang-kadang digunakan dalam kasus plasenta previa anterior atau ketika janin berada dalam posisi melintang.

5. Manifestasi Klinis

Penelitian Lina Marlina, dkk (2022) menunjukkan bahwa manifestasi klinis yang paling umum terjadi pada pasien setelah operasi *sectio caesarea* meliputi :

- a. Nyeri: nyeri merupakan pengalaman utama yang dapat dirasakan oleh sebagian besar ibu setelah *post sectio caesarea*. Nyeri biasanya dirasakan pada area luka, perut, atau area lain di sekitar luka. Intensitas nyeri bervariasi, mulai dari ringan hingga berat.
- b. Perdarahan: perdarahan setelah operasi *sectio caesarea* biasanya lebih banyak daripada persalinan normal. Namun, perdarahan yang berlebihan perlu diwaspadai.

- c. Gangguan mobilisasi: nyeri dan kelemahan dapat menyebabkan gangguan mobilisasi pada pasien setelah operasi *sectio caesarea*. Pasien mungkin kesulitan untuk berjalan, duduk, atau melakukan aktivitas sehari-hari lainnya.
- d. Masalah laktasi: beberapa wanita mungkin mengalami masalah laktasi setelah operasi *sectio caesarea*. Masalah laktasi dapat berupa produksi air susu ibu (ASI) yang kurang atau kesulitan dalam menyusui bayi.

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Vevi Delta Anggaria (2022) pemeriksaan penunjang pada pasien *sectio caesarea* yaitu:

- a. Hemoglobin atau hematokrit (Hb/Ht) untuk menilai dampak kehilangan darah selama operasi dan menguji variasi tingkat pra-operatif. Tingkat Hb dan Ht menurun pada pasien yang telah menjalani persalinan *caesar*. Rentang normal untuk Hb dan Ht adalah 12,3–15,3% dan 36,0–45,0%, masing-masing.
- b. Dengan jumlah leukosit normal antara 3.600–10.600 uL, ibu yang telah menjalani operasi caesar sering kali berisiko lebih tinggi mengalami peningkatan kadar leukosit dalam darah mereka. Leukosit (WBC) adalah tanda infeksi.
- c. Urinalisis digunakan untuk mengukur tingkat albumin dan glukosa. Setelah operasi *caesar*, ibu biasanya memiliki tingkat albumin yang lebih rendah; rentang normal adalah 3,2 - 4,6 g/dL.
- d. Kultur: menyadari jenis virus herpes simpleks tipe II
- e. Analisis elektrolit: untuk menjaga kesehatan rahim, dan ibu biasanya menderita kekurangan elektrolit setelah operasi *caesar*, yang mungkin mengakibatkan hipovolemia.

B. Konsep Nyeri Akut *Post Sectio Caesarea*

1. Pengertian Nyeri *Post Sectio Caesarea*

Ketika jaringan terluka, rasa sakit adalah pengalaman sensorik yang dibawa oleh rangsangan (Sofiyah, L., Ma'rifah, A. R., & Susanti, I. H, 2014). Tidak selalu ada korelasi antara rasa sakit dan tingkat cedera jaringan. Namun, ini adalah fenomena pribadi yang dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, latar belakang budaya, dan genetik (Kurniawan, S. N, 2015).

Nyeri pasca-operasi caesar adalah rasa sakit yang dialami oleh pasien pada area bekas sayatan operasi caesar. Nyeri ini muncul karena adanya kerusakan jaringan akibat prosedur pembedahan. Oleh karena itu, setelah operasi, sebagian besar pasien akan merasakan nyeri pada luka bekas operasi mereka.

2. Fisiologi Nyeri

Nyeri bukanlah proses tunggal, melainkan hasil dari berbagai mekanisme kompleks yang saling berkaitan. Ini melibatkan beberapa tahapan, termasuk nosisepsi (proses awal deteksi rangsangan berbahaya), sensitisasi perifer (peningkatan sensitivitas saraf di area cedera), perubahan fenotip (perubahan karakteristik sel saraf), sensitisasi sentral (peningkatan respons saraf di otak dan sumsum tulang belakang), eksitabilitas ektopik (aktivitas saraf abnormal), reorganisasi struktural (perubahan fisik pada sistem saraf), dan penurunan inhibisi (berkurangnya kemampuan tubuh untuk menekan sinyal nyeri). Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri: transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Bahrudin M, 2017).

a. Transduksi

Ujung saraf sensorik aferen mengubah rangsangan berbahaya, seperti tusukan jarum, menjadi impuls nyeri nosiseptif selama langkah pertama persepsi nyeri, yang dikenal sebagai transduksi. Proses ini melibatkan tiga jenis serat saraf yang berbeda: serat C, serat A-delta, dan serat A-beta. Dari ketiganya, serabut A-delta dan serat C adalah yang paling responsif terhadap stimulus yang merusak, sehingga dikelompokkan sebagai nosiseptor atau serat pengantar nyeri. Selain itu, ada juga nosiseptor diam (silent nociceptor) yang terlibat dalam transduksi. Serabut saraf aferen ini tidak bereaksi terhadap rangsangan eksternal kecuali jika ada mediator inflamasi (zat pemicu peradangan) yang muncul (Bahrudin M, 2017).

b. Transmisi

Transmisi adalah tahap di mana impuls nyeri dihantarkan dari lokasi cedera. Impuls ini pertama-tama bergerak menuju kornu dorsalis medula spinalis (bagian belakang sumsum tulang belakang), lalu melanjutkan

perjalanannya sepanjang jalur sensorik menuju otak Neuron aferen primer (serabut saraf yang membawa sinyal dari tubuh ke sistem saraf pusat) berperan penting di sini. Mereka berfungsi mengirim dan menerima aktif dari sinyal kimiawi dan listrik. Akson (serabut panjang neuron) dari neuron ini berakhir di kornudorsalis medula spinalis dan kemudian terhubung dengan banyak neuron spinal lainnya, yang selanjutnya akan meneruskan sinyal tersebut (Bahrudin M, 2017).

c. Modulasi

modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis (Bahrudin M, 2017).

d. Persepsi

Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen (Bahrudin M, 2017).

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut penelitian Wijaya, I Putu Artha (2016) Faktor-faktor yang memengaruhi respons nyeri adalah sebagai berikut antara lain:

a. Usia

Semakin bertambah usia seseorang, intensitas nyeri yang dirasakan cenderung semakin tinggi. Ini berarti, pasien yang lebih tua umumnya

mengalami nyeri dengan tingkat yang lebih parah dibandingkan dengan pasien dewasa muda.

b. . Spritualitas

Spiritualitas yang kuat cenderung lebih mahir dan lebih baik dalam mengatasi nyeri dibandingkan dengan spiritualitasnya kurang. Ini karena memandang tuhan atau suatu kekuatan spiritual sebagai sumber kebahagiaan, koneksi, dan makna hidup dapat membantu mereka menghadapi rasa sakit. Selain itu, berdoa juga dianggap sebagai bentuk terapi spiritual yang dapat mengurangi rasa sakit. Keyakinan pada tuhan atau kekuatan yang maha kuasa bisa sama efektifnya dalam pengobatan seperti halnya obat-obatan medis (Pusdiknakes, 2005, dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

c. Budaya

Cara seseorang mengatasi dan mengekspresikan nyeri sangat bervariasi antar budaya. Bahkan jika dua orang merasakan nyeri dengan intensitas yang sama, respons atau cara mereka melaporkan nyeri bisa berbeda jauh. Ini karena setiap budaya memiliki makna dan sikap yang unik terhadap nyeri faktor budaya sangat memengaruhi toleransi seseorang terhadap nyeri, bagaimana mereka menginterpretasikan sensasi nyeri tersebut, serta bagaimana mereka bereaksi terhadapnya, baik secara verbal maupun non-verbal (Le Mone & Burke, 2008 dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

d. Tingkat pendidikan

Pasien dengan tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung merasakan nyeri yang lebih intens setelah operasi perut dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah atau menengah hal ini dapat dijelaskan karena tingkat pendidikan memengaruhi perubahan perilaku seseorang. Semakin tinggi pendidikan, seseorang diasumsikan telah melalui proses belajar yang lebih sering dan mendalam. Dengan kata lain, tingkat pendidikan mencerminkan seberapa sering dan intens seseorang belajar, yang pada akhirnya bisa memengaruhi bagaimana mereka merasakan dan melaporkan nyeri (Notoatmodjo, 2012 dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

e. Pengalaman nyeri sebelumnya

Orang yang belum pernah mengalami nyeri sebelumnya cenderung merasakan intensitas nyeri yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang sudah pernah. Ini berarti, mereka yang pernah memiliki pengalaman nyeri sebelumnya umumnya merasakan nyeri dengan intensitas yang lebih rendah alasan di baliknya adalah bahwa jika nyeri sebelumnya berhasil diatasi atau dihilangkan, individu tersebut akan lebih mudah mengetahui dan melakukan tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri di kemudian hari (Potter & Perry, 2006 dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

f. Sikap dan keyakinan tentang nyeri

Sikap dan keyakinan seseorang memang sangat memengaruhi bagaimana nyeri dirasakan dan bagaimana mereka akan mengelolanya. Memahami nyeri memungkinkan seseorang untuk memutuskan kapan nyeri menjadi pertanda bahaya atau kerusakan jaringan potensial, serta menentukan sumber dan tingkat nyeri yang masih dianggap aman (Unruh & Henrikson, 2005 dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

4. Pengkajian Nyeri

Menentukan apakah rasa sakit ada atau tidak, faktor-faktor yang mempengaruhi rasa sakit, pengalaman rasa sakit, ekspresi rasa sakit, karakteristik rasa sakit, respons rasa sakit dan efeknya (fisiologis, perilaku, dan dampaknya terhadap ADL), persepsi rasa sakit, dan mekanisme adaptasi rasa sakit adalah beberapa aspek yang dapat diperiksa untuk menilai rasa sakit (Sulistyo A, 2016).

Untuk memahami keluhan nyeri pasien secara menyeluruh, pengkajian dapat dilakukan dengan mengidentifikasi karakteristik nyeri menggunakan metode PQRST. Metode ini membantu:

a. *Provocate/palliates* (P)

Apa yang menyebabkan atau memperburuk nyeri, apa yang meringankan nyeri (Sulistyo A, 2016).

b. *Quality* (Q)

Bagaimana rasanya nyeri tersebut (misalnya, tertusuk, terbakar, tumpul, berdenyut) (Prasetyo, 2010).

c. *Region* (R)

Di mana lokasi nyeri, apakah nyeri menyebar ke area lain (Prasetyo, 2010).

d. *Severity* (S)

Seberapa parah nyeri yang dirasakan (biasanya menggunakan skala nyeri, seperti skala 1-10) (Sulistyo, 2016).

e. *Time* (T)

Kapan nyeri dimulai? berapa lama nyeri berlangsung Seberapa sering nyeri muncul (Sulistyo, 2016).

5. Pengukuran Respons Intensitas Nyeri

Mengetahui prosedur nyeri akut pasca operasi yang baik, dalam menilai nyeri adalah komponen penting, menurut Arisetijono, E., Husna, M., Munir, B., & Rahmawati, D. (2015). Tingkat nyeri dinilai menggunakan narasi pasien dan alat penilaian nyeri. Sejak awal, ketika pasien mampu mengungkapkan ketidaknyamanan mereka dan berbicara, tingkat penderitaan mereka harus dievaluasi.

Pengukuran skala nyeri dengan Numerical Rating Scale (NRS)



Gambar 2.2 Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber: Kemenkes, 2022

6. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnose keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Prastiwi dkk, 2023).

1) Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor *medical record*.

2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah alasan yang paling dirasakan oleh pasien seperti tanda-tanda yang dirasakan oleh pasien seperti tanda-tanda yang dirasakan setelah *post operasi sectio caesarea*, meliputi pengkajian nyeri PQRST.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sebelumnya

untuk menentukan apakah ibu pernah mengalami penyakit serius. Selain menentukan apakah ibu pernah melalui operasi organ reproduksi, karena ini akan berdampak pada kehamilannya.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Apakah ibu sehat saat ini dan bebas dari kondisi jangka panjang seperti diabetes, hipertensi, masalah ginjal, penyakit jantung, TB, asma, dan lainnya. Ini karena gangguan kesehatan yang terjadi selama kehamilan secara tidak langsung berdampak pada kehamilan, baik pada ibu sendiri maupun perkembangan dan pertumbuhan janin yang dikandungnya.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Karena penyakit menular seperti hepatitis, TB, dan HIV/AIDS dapat menyebar ke anggota keluarga lainnya, sangat penting untuk meneliti riwayat kondisi ini di keluarga ibu dan suami. Selain itu, penting untuk meneliti riwayat kondisi keturunan seperti penyakit jantung koroner, diabetes melitus, asma, hipertensi, dan lainnya di keluarga ibu dan suami. Ini karena kondisi-kondisi ini dapat berbahaya jika mempengaruhi anggota keluarga lainnya.

d) Riwayat persalinan sekarang

Untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji yaitu : kehamilan beberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.

e) Riwayat haid

Siklus menstruasi berlangsung selama tiga sampai tujuh hari, dan perempuan mengalami menarche pada usia dua belas tahun. Darah

mestruasi biasanya tidak membeku dan berkisar antara 50 dan 80 mililiter. Pada hari pertama dan ketiga, darah banyak, encer, dan berwarna merah, dan pada hari keempat, darah menjadi merah kecoklatan. Untuk memperkirakan persalinan, wanita yang sedang haid mengeluh sakit pinggang, ketidaknyamanan, gelisah, dan nyeri pada payudara karena ketidak stabilan hormon dan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir).

f) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui berapa lama pasien menikah, berapa kali menikah, dan berapa umur pasangan dan suami saat menikah.

g) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menggunakan metode kontrasepsi sebelum hamil atau tidak, jenis kontrasepsi yang digunakan, berapa lama ibu menggunakannya, dan rencana kontrasepsi apa yang akan digunakan pasien setelah melahirkan.

h) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

pola nutrisi: periksa diet pasien, kepatuhan mereka terhadap menu seimbang, dan apakah mereka makan tiga kali sehari. Kurangi asupan karbohidrat dan tingkatkan konsumsi sayuran mingguan menjadi setengah kilogram. Pola eliminasi: BAK dan BAB adalah eliminasi yang perlu diselidiki. Penting untuk melihat frekuensi dan warna tinja gerakan usus harian ibu.

Pola eliminasi: buang air kecil dan besar penting untuk memeriksa jumlah setiap harinya harus dipelajari. Sembelit biasanya terjadi pada ibu hamil karena efek hormon progesteron dan tablet besi yang dikonsumsi selama hamil terkadang membuat fesesnya berwarna hitam. Studi dilakukan pada BAK untuk tahu berapa kali ibu BAK melakukannya setiap hari dan apakah itu lancar atau tidak. Karena uterus dan kepala janin menekan kandung kemih, ibu hamil biasanya mengalami BAK.

Pola personal hygiene: kulit dibersihkan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun. Perawatan payudara dipersiapkan untuk

tugasnya yang berbeda dalam menghasilkan ASI untuk bayi baru lahir. Perawatan putaran sangat disarankan.

Pola istirahat dan tidur, istirahat dan tidur, pada pasien *post sectio casarea* terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.

Gerak dan aktifitas: pada pasien *post sectio caesarea* terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.

Kebersihan diri: pada pasien *post sectio caesarea* kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.

Berpakaian: pada pasien *post sectio caesarea* biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat atau keluarga pasien. Rasa nyaman, pada pasien *post section caesarea* akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.

Konsep diri, pada pasien *post sectio caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.

Sosial: pada ibu *sectio caesarea* lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.

Bermain dan rekreasi: pada pasien *post sectio caesarea* ibu biasanya belum bisa bermain dan berkreasi.

Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.

Belajar: kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan *post partu* untuk ibu dengan *sectio caesarea* meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

Data spiritual: kaji kepercayaan ibu terhadap tuhan

i) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum

Tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.

Pemeriksaan kepala wajah: Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.

Pemeriksaan payudara: bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.

Pemeriksaan abdomen: tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka.

Pemeriksaan ekstremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.

Genitalia: menggunakan dower kateter.

Data penunjang: pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ialah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Rencana asuhan keperawatan dapat digunakan penerapan SLKI (PPNI, 2019). Dalam standar luaran keperawatan indonesia (SLKI), luaran utama untuk diagnosis nyeri akut adalah: “gangguan nyeri akut menurun.”

1) Analisa data

Kemampuan untuk berpikir dan mengevaluasi data keperawatan menggunakan prinsip-prinsip ilmu keperawatan untuk menarik

kesimpulan mengenai masalah keperawatan dikenal sebagai analisis data.

2) Perumusan diagnosa

Diagnose yang sering muncul pada pasien ibu *post section caesarea*

- a) Nyeri akut b.d agen pecedera fisik (L.08068)
- b) Gangguan mobilitas fisik b.d keenganan melakukan aktivitas (L.05042)
- c) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

3) Standar diagnosa

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan, maka di harapkan tingkat nyeri menurun SLKI.

- a) Tidak mengeluh nyeri
- b) Tidak meringis
- c) Tidak bersikap protektif
- d) Tidak gelisah
- e) Kesulitan tidur menurun
- f) Frekuensi nadi membaik
- g) Melaporkan nyeri terkontrol
- h) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat
- i) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
- j) Kemampuan menggunakan teknik
- k) Standar Intervensi keperawatan Indonesia

Manajemen Nyeri (SIKI. I.08238)

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi respon nyeri non verbal
- c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- d) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri
- e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- f) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas Hidup

- g) Memonitori keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- h) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan).
- c) Fasilitasi (istirahat dan tidur).

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgesic.

C. Konsep Mobilisasi Dini *Post Sectio Caesarea*

1. Definisi Mobilisasi Dini *Post Sectio Caesarea*

Beberapa jam setelah melahirkan melalui operasi *caesar*, wanita tersebut dapat bergerak, berposisi, atau melakukan aktivitas yang dikenal sebagai mobilisasi dini (Mawarni, 2018).

Enam jam pertama setelah bedah *caesar* dikhususkan untuk mobilisasi awal, yang mencakup latihan abduksi dan aduksi untuk lengan dan kaki klien di tempat tidur. Klien didorong untuk berlatih miring ke kiri dan ke kanan selama enam hingga sepuluh jam berikutnya. Klien diinstruksikan untuk duduk di tempat tidur dan mengambil posisi semi-Fowler 24 jam setelah bedah *caesar*. Klien sebaiknya mencoba duduk sendiri dengan menjatuhkan kakinya ke lantai pada hari kedua setelah bedah *caesar*. Disarankan agar klien mulai berjalan pada hari ketiga setelah bedah *caesar* (Mawarni, 2018). Ferinawati (2019) melakukan penelitian di rumah sakit umum Avicenna Bireuen yang mencakup sekelompok pasien dengan variabel independen dan dependen setelah bedah *caesar*. Dimulai enam jam setelah kejadian, kegiatan mobilisasi awal dilaksanakan secara bertahap.

2. Tujuan Latihan Mobilisasi Dini

Menurut oleh Mawarni (2018) ada beberapa tujuan dari latihan mobilisasi dini, diantaranya yaitu:

- a. mengurangi rasa nyeri
- b. Mempercepat penyembuhan luka
- c. Dapat memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi
- d. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli
- e. Mengurangi lama rawat di Rumah sakit

3. Manfaat Latihan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini diketahui merupakan latihan yang mudah di rekomendasikan untuk dilakukan segera setelah menjalani operasi, salah satunya operasi *sectio caesarea* (Erlina, 2019). Menurut Fatkan et al. (2018), pasien mungkin merasakan ketidaknyamanan yang lebih sedikit setelah operasi *caesar* jika mobilisasi dini dilakukan dengan tepat dan sesuai dengan protokol operasi standar. Mobilisasi dini mampu menjadikan ibu nifas merasa lebih kuat, sehat dan terbiasa dengan nyeri yang dirasakan sehingga ibu dapat melakukan aktivitas, memiliki kualitas hidup yang jauh lebih baik, terutama mampu memberikan asi serta memberikan perawatan kepada bayi dengan maksimal (Peni Cahyati, 2020).

4. Standar Prosedur Operasional Mobilisasi Dini

Tabel 2. 1 SPO Mobilisasi Dini

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MOBILISASI DINI	
Pengertian	Mobilisasi dini <i>post section caesarea</i> adalah suatu pergerakan posisi atau kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan <i>caesarea</i> .
Tujuan	1. mengurangi nyeri 2. Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi. 3. Mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli dan Mempercepat penyembuhan luka. 4. Mengurangi waktu lamanya di rawat di rumah sakit
Persiapan Alat	Handscond dan masker
Tahap Orientasi	1. Berikan salam panggil pasien dengan Namanya. 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga. 3. Jelaskan tujuan tindakan kepada pasien/keluarga. 4. Minta persetujuan pasien. 5. Jaga privasi pasien.
Prosedur Kerja	A. Tahap pra interaksi 1. Membuat standar prosedur operasional mobilisasi yang akan digunakan. 2. Memeriksa riwayat atau statistik operasi <i>sectio caesarea</i> pasien. 3. Memeriksa intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat. 4. Mengkaji apakah ibu sudah siap untuk mobilisasi dini awal. B. Langkah orientasi 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri. 2. Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu. 3. Mengguraikan proses dan tujuan 4. Menanyakan tentang kesiapan dan persetujuan pasien. C. Tahap kerja Pada 6 jam pertama <i>post sectio caesarea</i> 1. Menjaga privasi pasien.

-
2. Ciptakan suasana senyaman mungkin dan tenpatkan pasien dengan nyaman.
 3. Ajak pasien untuk mengencangkan dinding perut tiga kali selama sekitar satu menit sambil berlatih teknik relaksasi dengan bernapas perlahan melalui hidung dan mengeluarkannya melalui mulut.
 4. Untuk latihan gerakan lengan selama setengah menit, gerakkan jari-jari, lengan, dan siku Anda dalam gerakan abduksi dan aduksi. Pertahankan kedua lengan di atas kepala anda, telapak tangan menghadap ke atas, sambil tetap dalam posisi telentang. Untuk lima hingga sepuluh repetisi, lakukan gerakan menarik ke atas secara bergantian.
 5. Lakukan gerak kaki yaitu gunakan abduksi, aduksi, dan rotasi pada setiap bagian kaki untuk menjalankan gerakan kaki.

Pada 6-10 jam berikutnya

1. miring ke kiri dan ke kanan.
2. Untuk memulai latihan, miringkan tubuh ke satu sisi, tekuk kedua lutut kaki selama 30 detik, turunkan salah satu kaki, dan instruksikan ibu untuk bertahan pada pegangan tempat tidur sementara dia menarik tubuhnya ke sisi lain dengan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit, lalu ulangi di sisi yang lainnya.

Pada 24 jam *post sectio caesarea*

1. Posisikan semi *fowler* dengan hati-hati pada sudut 30 hingga 40 derajat selama satu jam. Jika merasa pusing, secara bertahap turunkan tempat tidur.
 2. Pada hari kedua setelah operasi, pindahkan pasien ke posisi duduk jika tidak ada keluhan dalam periode yang ditentukan pada ibu *post sectio casarea*.
 3. Pada hari ketiga, secara bertahap turunkan kaki sambil melakukan latihan duduk sendiri jika tidak merasa pusing *post sectio casarea* duduklah dan turunkan kaki ke arah lantai. Jika pasien merasa kuat, mereka diperbolehkan berdiri sendiri atau dengan bantuan posisi, berpegangan pada perawat atau anggota keluarga dengan kedua tangan. Jika pasien tidak merasa
-

	pusing, mereka dianjurkan untuk berlatih berjalan di sekitar tempat tidur.
Tahap Terminasi	1. Tidak terjadi cedera 2. Tanyakan keadaan dan keyamanan pasien setelah tindakan. 3. Dokumentasi responden prosedur
Dokumentasi	Catat hasil.

Sumber : Innayatul Nur Farida (2022)