

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Edukasi

1. Definisi Edukasi

Edukasi pasien dalam manajemen nyeri adalah proses terencana dan sistematis untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan pengelolaan mandiri, dan perilaku terkait nyeri pasien. Edukasi ini memberdayakan pasien untuk memahami nyeri, menyadari penyebabnya, bagaimana respon fisiologi terhadap nyeri, serta strategi farmakologis maupun non-farmakologis untuk mengurangi intensitasnya. Pendekatan ini membantu membangun pemahaman tentang pengalaman nyeri yang kompleks dan menekankan peran pasien dalam mengelola nyeri mereka sendiri (Mankelow et al, 2022).

2. Manfaat Edukasi

Menurut Pierluigi sinatti dkk (2022) Edukasi mempunyai manfaat seperti yaitu:

- a) Mengurangi intensitas nyeri
- b) Meningkatkan pemahaman dan self-Management
- c) Meningkatkan kepatuhan terhadap terapi
- d) Mengurangi ketergantungan pada obat

3. Kontra indikasi Edukasi

Edukasi tidak cocok diberikan pada pasien yang belum stabil secara klinis, mengalami gangguan kognitif berat, atau tidak mampu memahami materi edukasi tanpa bantuan klinis (Geneen ddk, 2016).

4. Standar Operasi Prosedur Edukasi

Adapun prosedur pelaksanaan edukasi adalah sebagai berikut :

- a) Fase pra-interaksi, pada tahap ini perawat melakukan persiapan alat yang digunakan yaitu leaflet. Kemudian perawat mengatur posisi pasien dengan posisi nyaman dan aman pasien.
- b) Fase Orientasi, pada tahap ini perawat memberikan salam, perkenalan diri dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien dengan teliti. Kemudian pasien diberi penjelasan tentang prosedur yang akan

dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien menjaga privasi pasien dan memberikan informasi consent.

c) Fase kerja, pada tahap ini langkah-langkah yang dilakukan adalah :

1) Menjelaskan pengertian nyeri dan penyebab nya

2) Menjelaskan bahwa nyeri dapat dikontrol

Mengajarkan teknik non-farmakologis seperti : Relaksasi napas dalam
Distraksi

Mobilisasi dini sesuai kondisi

Teknik perubahan posisi

3) Menjelaskan pentingnya kepatuhan obat analgesik sesuai resep dokter

4) Demonstrasikan teknik relaksasi dan minta pasien untuk

5) Menanyakan kembali pemahaman pasien

6) Mengevaluasi ulang skala nyeri setelah intervensi

7) Mendokumentasikan hasil di rekam medis

B. Konsep Dasar Mobilisasi Dini

1. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan serangkaian latihan aktivitas ringan yang dirancang untuk mempercepat pemulihan ibu dari trauma persalinan. Latihan ini dilakukan melalui gerakan memiringkan tubuh ibu ke arah kanan dan kiri, diikuti dengan bangun duduk dari tempat tidur, serta dilanjutkan dengan latihan berjalan (Dewi Maritalia, 2022).

2. Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Mawarni (2018), Mobilisasi Dini punya manfaat seperti yaitu:

a) Lancar keluarnya lochia (darah sisa pasca melahirkan)

b) Bantu penuhi kebutuhan hygiene ibu dan bayi

c) Lancar sirkulasi darah buat percepat produksi ASI

d) Kurangi rasa sakit atau nyeri

3. Kontra indikasi Mobilisasi Dini

Mobilisasi pasca-persalinan tidak dianjurkan apabila pasien mengalami keluhan atau menderita kondisi medis seperti anemia, penyakit kardiovaskuler, syok septik, atau gangguan pernapasan, serta

kontraindikasi lainnya, dikarenakan status kesehatan umum yang tidak optimal dan kadar energi yang rendah (Sulistyawati ddk, 2022).

4. Standar Operasi Prosedure Mobilisasi Dini

Adapun prosedur pelaksanaan teknik Mobilisasi Dini adalah sebagai berikut:

- a. Fase pra-interaksi, pada tahap ini perawat melakukan persiapan alat yang digunakan yaitu leaflet. Kemudian perawat mengatur posisi pasien dengan posisi nyaman dan aman pasien.
- b. Fase Orientasi, pada tahap ini perawat memberikan salam, pengenalan diri dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien dengan teliti. Kemudian pasien diberi penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan yang diberikan pasien, menjaga privasi pasien dan memberikan informasi consent.

- c. Fase kerja, pada tahap ini langkah-langkah yang dilakukan adalah:

Langkah–langkah :

- 1) Latihan menarik nafas dalam (tarik melalui hidung keluarkan melalui mulut) setelah sadar,



Gambar 1 Latihan Nafas dalam

Dengan cara :

- a. Berbaring dengan kaki ditekuk sedikit
- b. Letakkan kedua tangan ibu diatas dada
- c. Tarik nafas pelan-pelan melalui hidung tahan sampe hitungan ke 3 dan keluarkan melalui mulut

2) Latihan batuk terkontrol 1 hari setelah operasi



Gambar 3 Pengontrolan Batuk

Dengan cara :

- a. Kedua tangan letakkan diperut tanpa menekan nya
- b. Hirup nafas 2 kali perlahan dan hembuskan melalui mulut
- c. Tarik nafas satu kali lagi dan tahan sampai hitungan ke 3
- d. Lalu batukan dengan perlahan tanpa menghirup nafas.

3) Latihan miring kanan, dan miring kiri 6 s/d 10 jam setelah operasi



Gambar 4 Miring kiri dan kanan

Dengan cara :

- a. Letakkan tangan kiri diatas luka operasi
- b. Lalu pegang pembatas tempat tidur bagian kiri dengan menggunakan tangan kanan dan sebaliknya
- c. Kemudian tarik ke arah kiri dan miringkan dan miringkan tubuh kearah tersebut secara bergantian

4) Latihan duduk hari ke 2 setelah operasi



Gambar 5 Posisi baring ke posisi duduk

Dengan cara :

- a. Tekuk lutut dan miringkan tubuh ke samping
- b. Putar kepala dan gunakan tangan untuk membantu ke posisi duduk pertahankan beberapa saat
- c. Pindahkan berat tubuh ketangan dan goyangkan pinggul ke arah belakang

5) Latihan berdiri



Gambar 6 Posisi duduk ke posisi berdiri

Dengan cara :

- a. Gerakan tubuh ke posisi duduk
- b. Kemudian gerakkan kaki perlahan lahan ke sisi tempat tidur
- c. Gunakan tangan untuk mendorong badan ke depan dan turunkan kaki ke lantai
- d. Berdiri perlahan lahan dan jika luka terasa nyeri pakai bantal untuk menyangga luka operasi.

6) Latihan berjalan



Gambar 7 Berjalan

Dengan cara :

- a. Jika berdiri sudah nyaman, mulailah melakukan langkah kecil dengan bantal tetap di posisi depan luka atau perut
- b. Berjalan perlahan dengan bantuan keluarga dan perawat dan lakukan semampu nya saja .

C. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri akut 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 3 bulan. Sebagai mediator nyeri (SDKI,2017).

2. Penyebab Nyeri Akut

Pada nyeri akut, terdapat tiga penyebab utama yaitu:

- a. Agen pencedera fisiologis yaitu seperti inflamasi, iskemia, neoplasma.
- b. Agen pencedera kimiawi yaitu seperti, terbakar, bahan kimia iritan.
- c. Agen pencedera fisik yaitu seperti, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan
(SDKI, 2017).

3. Tanda dan Gejala Nyeri

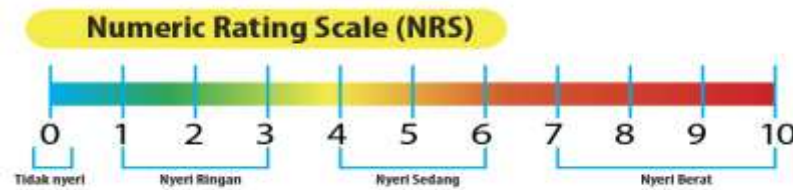
Adapun tanda dan gejala nyeri akut menurut SDKI (2017) :

- a. Tanda dan Gejala Mayor
Subjektif : Mengeluh nyeri
Objektif : Tampak meringis, bersikap proktetif (mis: posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- b. Gejala dan tanda Minor
Subjektif : (tidak tersedia)
Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

4. Skala Nyeri

Beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan, yaitu:

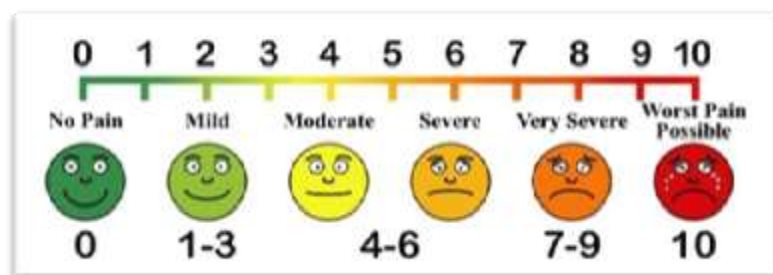
- a. Skala nyeri *Numerical Rating Scale (NRS)*
Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien dapat menilai nyeri dengan menggunakan skala angka 0 -10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengui intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.



Gambar 1 : Skala Pengukuran *Numerical Rating Scale*

Keterangan :

- 1) Skala nyeri 0 : Tidak nyeri
- 2) Skala nyeri 1-3 : Nyeri ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 3) Skala nyeri 4-6 : Nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 4) Skala nyeri 7-10 : Nyeri berat terkontrol, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi.
 - a) Skala Nyeri Wajah (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*) Skala nyeri muka (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*) ini tergolong mudah untuk dilakukan, hanya dengan melihat
 - b) Ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhan.



Gambar 4 : Skala Pengukuran Nyeri wajah

Keterangan :

- 1) Ekspresi angka 0: tidak sakit
- 2) Ekspresi angka 2: sakit sedikit

- 3) Ekspresi angka 4: lebih sakit
- 4) Ekspresi angka 6: sangat sakit
- 5) Ekspresi angka 8 : teramat sakit
- 6) Ekspresi angka 10 : sakit yang tak tertahan (Judha, 2018)

1. Penangan Nyeri

Manajemen Penatalaksanaan terapi farmakologi dan non farmakologi dibedakan menjadi dua faktor lain (Rahmatun & Heru, 2020).

- a) Penatalaksanaan secara Farmakologis dengan memberikan analgesik, golongan opioid untuk nyeri hebat dan golongan anti *inflamasi non steroid (NSAID)* untuk nyeri sedang atau ringan. Metode menghilangkan nyeri dengan cara sistematis (oral, rektal, transdermal, sublingual, subkutan, intramuskular, intravena, atau per infus.
- b) Terapi non farmakologi dapat dilakukan dengan pendekatan secara fisik dan perilaku kognitif. Ada beberapa tindakan nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, antara lain:
 - 1). Kompres dingin yaitu terapi es yang dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi.
 - 2). Kompres hangat yaitu tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi dan mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat dan tujuannya untuk mengurangi rasa nyeri.
 - 3). Massase yaitu salah satu stimulasi kulit yang dapat dilakukan dengan teknik pemijatan yang berguna untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan, mengurangi stres dan menciptakan ketenangan,
 - 4). Relaksasi yaitu suatu metode untuk menghilangkan ketegangan dan nyeri otot.

C. Konsep Sectio Caesarea

1. Definisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea adalah persalinan dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus (histerotomi) melalui dinding depan abdomen (laparotomi). Definisi lain dari *sectio caesarea* adalah persalinan buatan untuk melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh dengan berat janin diatas 500 gram atau usia kehamilan lebih dari 28 minggu (Sugioto,2023). *Sectio Caesarea* adalah suatu pembedahan yang digunakan untuk melahirkan janin lewat pembedahan pada perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus) sehingga janin keluar dengan keadaan utuh dan sehat (Jitowiyono & Krisnayasari,2022). *Sectio Caesarea* adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut serta dinding uterus untuk melahirkan janin dari rahim (Sartika & Bahar, 2023).

2. Etiologi Sectio Caesarea

Menurut Barmomoli (2023) etiologi *sectio caesarea* sebagai berikut:

- a) Panggul sempit dan dystocia mekanis : Disproporsi fetopelvic, panggul sempit, ukuran bayi terlalu besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, dytocia jaringan lunak, neoplasma dan partus lama.
- b) Pembedahan sebelumnya pada uterus, *sectio caesarea*, histerektomi ekstensi dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan *sectio caesarea*.
- c) Perdarahan disebabkan oleh plasenta previa dan abrupsis.
- d) Toemia gravidarium meliputi preeklamsia dan eklamsia, hipertensi esensial dan nefritis kronis.
- e) Indikasi fetal antara lain gawat janin, cacat, infusiensi rhesus, post matern caesarea dan infeksi virus herpes pada traktus genetalis.

3. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi

uterus, distorsia jaringan lunak, *placenta previa* dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagian kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril.

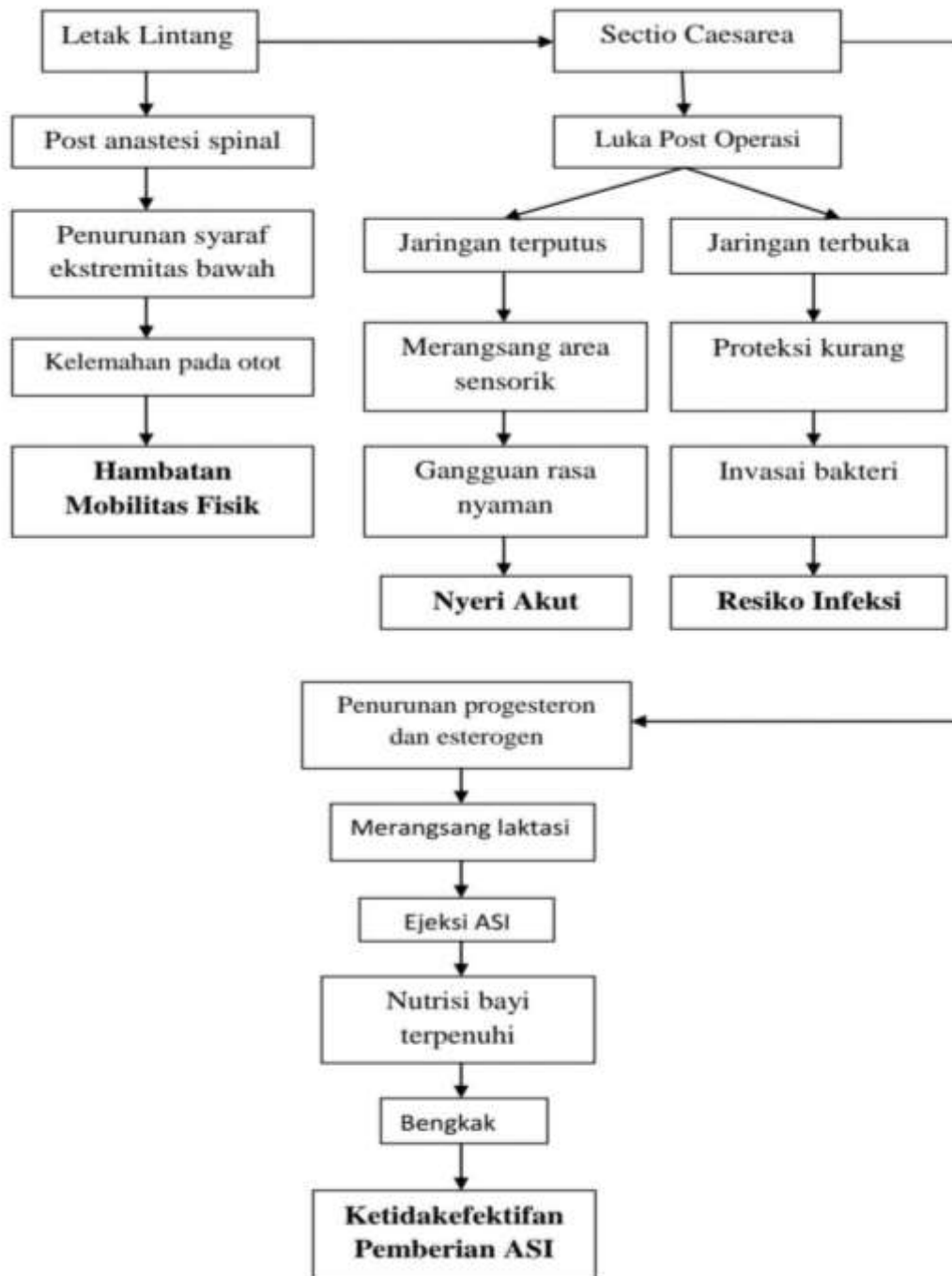
Dampak nyeri pasca *operasi caesarea*, nyeri setelah operasi *caesarea* dapat menimbulkan berbagai dampak negatif seperti, Keterbatasan mobilisasi fisik, hal ini sering menyebabkan pasien menunda mobilisasi dini, gangguan bonding attachment, hubungan emosional antara ibu dan bayi dapat terganggu, Keterbatasan aktivitas sehari-hari (ADL) ibu kesulitan melakukan kegiatan harian, Stres, kecemasan, dan ketakutan. (Hizkianta Sembiring, 2022).

Section caesarea merupakan suatu prosedur pembedahan yang menyelamatkan jiwa ibu dan bayi ketika terjadi komplikasi kehamilan dan persalinan. Prosedur ini telah tercatat dalam sejarah sebagai prosedur untuk menyelamatkan janin dari ibu, yang mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan (Sungkar & Basrowi 2020).

Nyeri adalah salah satu utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu, anestesi janin sehingga kadang kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Seperti yang diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Syaiful & Fatmawati,2020).

PATHWAY

SECTIO CAESAREA

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2018)

2. Penatalaksanaan Post Sectio Caesarea

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan post *section caesarea*, yaitu:

a. Perawatan awal

1) Letakkan pasien pada posisi pemulihan (*recovery*)

Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda-tanda vital 15 menit sekali pada 1 jam pertama, Kemudian tiap 30 menit sekali untuk 1 jam selanjutnya. Pada jam selanjutnya, pantau tingkat kesadaran pasien setiap 15 menit hingga sadar.

2) Pemberian cairan Pasca operasi *sectio caesarea*

Pasien akan puasa dalam 6 jam pertama. Oleh karena itu dalam pemberian cairan intravena ke pasien harus tercukupi yang mengandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya. Biasanya cairan intravena yang diberikan adalah D5 10 %, NaCl, dan Ringer Laktat secara selang – seling dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasien. Jika kadar hemoglobin rendah maka pasien diberikan transfusi darah sesuai dengan kebutuhan pasien.

b. Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi.

1) Diit

Biasanya pemberian cairan intravena dihentikan setelah pasien kentut, selanjutnya diawali dengan memberikan minuman dan makanan melalui mulut. Minuman diberikan dalam jumlah yang sedikit pada 6-8 jam setelah operasi *sectio caesarea* yaitu air putih dan teh.

2) Kateterisasi

Penuhnya bladder dapat mengakibatkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada pasien, hal ini dapat menghambat involusi uteri dan menyebabkan perdarahan. Biasanya selama 24 sampai 48 jam atau bisa lebih, kateter terpasang bergantung pada jenis operasi dan kondisi pasien.

3) Pemberian terapi obat Antibiotik

Analgesik, Supposituria (Rahmadhani,2022)

c. Perawatan pasien post *sectio caesarea*

- 1) Pemantauan Kesehatan Ibu
- 2) Melakukan Pemantauan Tanda Tanda Vital ibu secara rutin dan teratur, seperti tekanan darah, denyut jantung, dan suhu tubuh. Deteksi dini perubahan tanda vital yang dapat mengindikasikan komplikasi.

d. Perawatan Luka

- 1) Memantau luka operasi dengan cermat untuk deteksi dini tanda-tanda infeksi, perdarahan dan komplikasi lainnya. Perawatan luka sesuai dengan protokol, termasuk membersihkan luka dan mengganti dressing.
- 2) Edukasi kepada pasien untuk menjaga kebersihan luka, mengganti perban sesuai petunjuk dokter, dan memantau tanda – tanda infeksi.

e. Manajemen Nyeri

- 1) Memantau dan menilai tingkat nyeri ibu pasca operasi.
- 2) Pemberian obat penghilang rasa sakit sesuai dengan resep dokter.
- 3) Instruksi dan bantuan dalam menggunakan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, seperti teknik Edukasi dan Mobilisasi dini.

f. Mobilisasi Dini

- 1) Mendorong dan memandu ibu untuk melakukan mobilisasi dini dengan aman.
- 2) Memberikan edukasi bahwa mobilisasi dini salah satu upaya untuk mencegah timbulnya komplikasi dan mengembalikan fungsi fisiologis tubuh karena mempercepat penyembuhan luka, mencegah komplikasi seperti pembekuan darah.

g. Asuhan Laktasi dan Payudara

- 1) Memberikan dukungan dan informasi mengenai perawatan payudara
- 2) Dukungan dan bimbingan dalam menyusui. Pemantauan posisi menyusui dan edukasi teknik menyusui jika diperlukan.
- 3) Menganjurkan agar sesering mungkin memberikan ASI saja

(Herlina et al, 2024)