

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Mobilisasi Dini

1. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah menggerakkan tubuh dari satu tempat ke tempat lain yang harus dilakukan secara bertahap dan langsung setelah melahirkan, minimal 8-24 jam setelah persalinan. Mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk selekas mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya selekas mungkin berjalan. Menurut (Carpenito 2000 dalam Metasari 2023)

2. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan dari mobilisasi dini adalah untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, memperlancar eliminasi urin, mengembalikan aktifitas tertentu, sehingga pasien dapat Kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau komunikasi (Fitriyachsari, 2009 dalam Sartika 2023)

3. Manfaat Mobilisasi Dini

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan, memperlancar pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi uteri, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme, kesempatan yang baik untuk mengajar ibu memelihara/merawat anaknya (Dewi & Sunarsih, 2011 dalam Sartika & Bahar, 2023). Manfaat dilakukannya pergerakan dan memperlancar sirkulasi darah, mencegah terjadinya trombosis/sumbatan, meningkatkan kekuatan otot.

Manfaat mobilisasi dini pasca SC yaitu :

- a. Pasien merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation. Dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan

- b. Faal usus dan kandung kencing lebih baik. Dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ – organ tubuh bekerja seperti semula
- c. Mobilisasi dini memungkinkan kita mengajarkan segera untuk pasien bisa mandiri. Perubahan yang terjadi pada pasien pasca operasi akan cepat pulih misalnya kontraksi uterus, dengan demikian pasien akan cepat merasa sehat. Mobilisasi dini yang dilakukan secara teratur menyebabkan sirkulasi didaerah insisi menjadi lancar sehingga jaringan insisi yang mengalami cedera akan mendapatkan zat-zat esensial untuk penyembuhan, seperti oksigen, asam amino, vitamin dan mineral. Oleh karena itu, sangat disarankan pasien pasca operasi *sectio caesarea* untuk sesegera mungkin melakukan mobilisasi dini sesuai tahapan prosedur (Hanifah, 2015).

4. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

- a. Dapat menyebabkan aliran darah tersumbat
- b. Mengurangi pembekuan darah pada vena dalam (*deep vein*) ditungkai yang dapat menyebabkan masalah mobilisasi dini dapat segera dilakukan
- c. Dapat menyebabkan infeksi (*deep vein thrombosis*) karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi
- d. Dapat menyebabkan perdarahan
Perdarahan yang abnormal dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, makan resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka
- e. Peningkatan suhu tubuh
Peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.

5. Latihan Mobilisasi Dini Pasca Pembedahan

Mobilisasi pasca pembedahan yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur (latihan pernafasan), latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Berkanis, A. ., Nubatonis, D., & Lestari, A. A. istri fenny. (2020)

Tahap-tahap mobilisasi dini pada pasien dengan pasca pembedahan meliputi :

- a. Pada hari pertama 6-10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan Latihan pernafasan dan batuk efektif kemudian miring kanan – miring kiri sudah dapat dimulai.
- b. Pada hari ke 2, pasien didudukkan selama 5 menit, disuruh Latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
- c. Pada hari ke 3-5, pasien dianjurkan untuk belajar mandiri kemudian berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi dan keluar kamar sendiri (Suryani, 2014 dalam sartika 2023).

Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca operasi akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan. Bahkan justru hamper semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin. Dengan bergerak, hal ini akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ – organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka (Nursalam, N., Asyiah, N., & Rachmawati, D. 2020).

Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi disisi lain akan membugarkan pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik. Pada saat awal, pergerakan fisik bisa dilakukan diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kirindan ke kanan. Pada 12 sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan

kaki yang dijatuhkan atau di tempatkan di lantai sambil digerak-gerakkan (Ginting, S., Utami, T., & Novryanthi, D 2024).

Hari kedua paska operasi, rata-rata untuk pasien yang dirawat di kamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya memang sudah bisa berdiri dan berjalan di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya berjalan sendiri ke toilet atau ke kamar mandi dengan posisi infus yang tetap terjaga (Sulistyowati, 2015).

6. Standar Operasional Prosedure Mobilisasi Dini

Standar operasional prosedur untuk mobilisasi dini menurut PPNI (2021):

a. Pengertian

Mobilisasi dini pasca *Sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *Sectio caesarea*

b. Tujuan

- 1) Mengurangi nyeri post *sectio caesarea*
- 2) Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi
- 3) Mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli
- 4) Mempercepat penyembuhan luka

c. Persiapan pasien

- 1) Berikan salam, panggil pasien dengan Namanya
- 2) Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga

d. Prosedur

- 1) Tahap pra interaksi
 - a) Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan
 - b) Melihat data atau riwayat SC pasien
 - c) Melihat intervensi tenaga kesehatan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan
 - d) Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini
 - e) Mencuci tangan
- 2) Tahap orientasi
 - a) Memberikan salam dan memperkenalkan diri

- b) Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu
 - c) Menjelaskan tujuan dan prosedur dan Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien
- 3) Tahap kerja
- a) Pada 4 jam pertama Pasca SC
 - b) Menjaga privasi pasien
 - c) Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang
 - d) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
 - e) Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit
 - f) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan di atas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas
 - g) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali
 - h) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki
 - i) Pada -10 jam berikutnya
 - j) Latihan miring kanan dan kiri
 - k) Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain
 - l) Pada 24 jam Pasca SC
 - m) Posisikan semi fowler 30-40 derajat secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan.
 - n) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk

- o) Pada hari ke 2 Pasca SC
- p) Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan
- q) Pada hari ke 3 Pasca SC
- r) Pasien duduk dan menurunkan kaki ke arah lantai. Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur
- e. Evaluasi dan Tindak Lanjut
 - 1) Melakukan evaluasi tindakan
 - 2) Menganjurkan pasien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga
 - 3) Salam terapeutik dengan pasien
 - 4) Mencuci tangan Dokumentasi
- f. Dokumentasikan nama pasien, tanggal dan jam perekaman, dan respon pasien. Paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien

B. Konsep Dasar Nyeri Post *Sectio caesarea*

1. Pengertian Nyeri

Nyeri post *sectio caesarea* merupakan komplikasi dimana aktivitas sensorik dan emosional sebagai manifestasi dari proses patologis (kerusakan jaringan) yang kemudian memengaruhi saraf sensorik. Reaksi ini mengakibatkan rasa tidak nyaman, stres, bahkan derita. Nyeri akan terjadi pada 12 jam sampai 36 jam setelah operasi dan akan menurun pada hari ke 3. Nyeri dapat diketahui dari respon fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri pasien akan tampak meringis kesakitan, berkeringat, pucat, menangis bahkan berteriak ditandai dengan perubahan status hemodinamik yang dapat diukur seperti peningkatan tekanan darah, frekuensi, nadi dan pernafasan.

2. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri post *sectio caesarea* dikarenakan adanya kerusakan pada organ, jaringan, pembuluh darah dan saraf di daerah abdomen akibat dari tindakan

insisi dinding abdomen hingga uterus, yang akan merangsang pengeluaran *histamin*, *bradikin*, dan *prostaglandin* sebagai reseptor nyeri. Rangsangan pada nyeri ini akan diteruskan ke *dorsal spinal* hingga impuls nyeri mencapai *medula spinalis*. *Thalamus* akan mentransmisikan informasi ke susunan saraf pusat di otak, sistem limbik, korteks, dan samatosensori untuk mempersepsikan nyeri.

3. Patofisiologi Nyeri

Kondisi patologis yang menghambat proses persalinan normal seperti *plasenta previa* sentralis dan lateral, panggul sempit, disproporsi sefalopelvik, ruptura uterina, partus lama, partus tidak maju, *pre-eklamsia*, *distosia serviks*, dan *malpresentasi* janin. Hal tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.

Operasi *sectio caesarea* dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen yang akan memutuskan kontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin sebagai reseptor nyeri yang akan menimbulkan nyeri. Stimulus reseptor nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dengan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf. Terdapat pesan nyeri berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor mencegah stimulasi nyeri, agar dapat ditransmisikan tanpa hambatan ke korteks serebral. Ketika stimulus nyeri mencapai korteks, serebral, maka otak akan menginterpretasikan nyeri (Sugito A, Ta'adi & Ramian D. 2023)

4. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri menurut Hidayat dkk (2016) dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yakni yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.
- b. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan – lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yakni lebih dari enam bulan. Hal yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri

kronis, dan nyeri psikosomatis. Ditinjau dari sifat terjadinya, nyeri dapat dibagi ke dalam beberapa kategori, diantaranya nyeri tertusuk dan nyeri terbakar.

Nyeri pada post *sectio caesarea* termasuk dalam kategori nyeri akut dimana perubahan fisiologis dan psikologis terjadi akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial akibat tindakan pembedahan. Skala nyeri berada pada intensitas ringan hingga berat dan berlangsung kurang dari 3 bulan.

5. Lokasi Nyeri

Berdasarkan Lokasi nyeri menurut Zakiyah (2015) nyeri dibedakan menjadi

- a. Somatic pain Nyeri timbul karena gangguan dari bagian luar, nyeri ini dibagi menjadi dua yaitu:
- b. Nyeri superfisial (*Cutaneous Pain*) Nyeri jenis ini biasanya timbul pada bagian permukaan tubuh akibat stimulasi kulit seperti laserasi, luka bakar, dan sebagainya. Nyeri jenis ini memiliki durasi yang pendek, terlokalisasi, dan memiliki sensasi yang tajam.
- c. Nyeri somatic adalah nyeri yang terjadi pada otot dan tulang serta struktur penyokong lainnya.
- d. Nyeri visceral adalah nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal.
- e. Nyeri pantom (*Phantom Pain*)

Nyeri pantom merupakan nyeri khusus yang dirasakan klien yang mengalami amputasi, oleh klien nyeri dipersepsikan berada pada organ yang diamputasi seolah – olah organ yang diamputasi masih ada. Contoh : nyeri pada klien yang menjalani operasi pengangkatan ekstermitas.

- f. Nyeri menjalar

Nyeri menjalar merupakan sensasi yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Nyeri seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh, nyeri dapat bersifat intermitten atau konstan. Contoh: nyeri punggung bagian bawah akibat rupture diskus intravetebral disertai nyeri yang menyebar pada tungkai dan iritasi saraf skiatik.

- g. Nyeri alih

Nyeri alih merupakan nyeri yang timbul akibat adanya nyeri viselar yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat. Nyeri

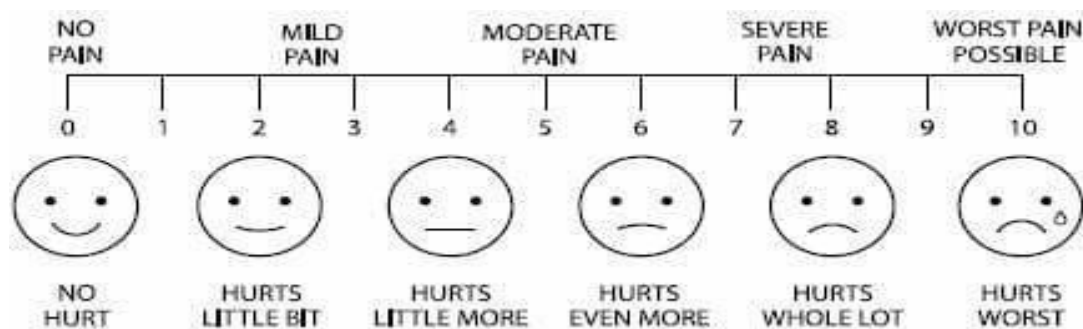
jenis ini dapat timbul karena masuknya neron sensori dari organ yang mengalami nyeri kedalam medulla spinalis yang mengalami sinapsis dengan serabut saraf yang berada pada bagian tubuh lainnya. Nyeri alih ini biasanya timbul pada Lokasi atau tempat yang berlawanan atau berjauhan dari Lokasi nyeri.

6. Pengkajian Nyeri

Banyak pengkajian nyeri yang dapat digunakan dalam menilai tingkat nyeri dengan masing – masing memiliki kelebihan dan kekurangan dalam penerapannya, dan dipengaruhi oleh jenis nyeri disamping itu juga Tingkat perkembangan individu (dewasa dan anak-anak). dalam pemilihan pengkajian nyeri, diperlukan pertimbangan yang sesuai dengan karakteristik nyeri yang dialami oleh individu yang akan diukur Tingkat nyerinya. Beberapa pengkajian nyeri yang sering adalah menurut Hidayat dkk (2016) dalam Idris, D, Kurnia & Napitu A (2023) sebagai berikut:

a. *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

Merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari jarak tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri. Pengukur menunjukkan kepada pasien skala tersebut dan memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya. Alat VSD ini memungkinkan pasien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.



Gambar 1. Verbal descriptor scala

b. *Numerical Rating Scala (NRS)*

Sebagai pengganti pendamping VDS, dalam hal ini klien memberikan penilaian nyeri dengan menggunakan skala 0 sampai 10. Skala paling efektif digunakan dalam megkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi

terapeutik. Penggunaan skala NRS biasanya dipakai patokan 10 cm untuk menilai nyeri pasien. Nyeri yang dinilai pasien akan dikategorikan menjadi:

- 1) Skala 0 : tidak nyeri
- 2) Skala 1-3 : nyeri ringan, secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan orang lain atau perawat
- 3) Skala 4-6 : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan Lokasi nyeri, dapat mendeskripsikanya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 4) Skala 7-9 : secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap Tindakan, dapat menunjukkan Lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikanya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas Panjang dan distraksi
- 5) Skala 10 : pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.



Gambar 2. *Numerical Rating Scale*

c. *Vibrating Analog Scala (VAS)*

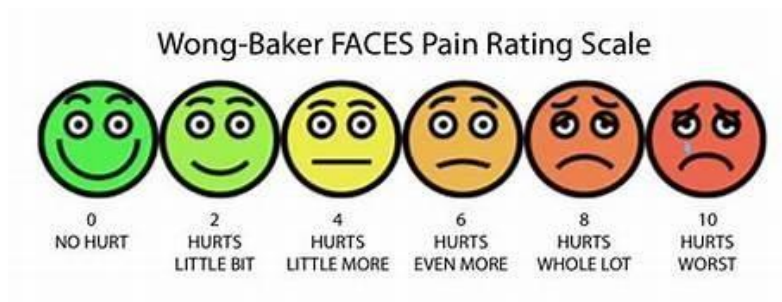
Menurut McGuire dalam potter dan perry (2005), Vas merupakan pengukuran Tingkat nyeri yang lebih sensitif karena pasien yang mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian angka yang menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang dirasakan pada satu waktu. *Vibrating Analog Scala* tidak melabelkan suatu definisi, melainkan hanya terdiri atas sebuah garis lurus yang dibagi secara merata menjadi 10 segmen dengan angka 0 sampai 10 dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. *Vibrating Analog Scala* dapat digunakan pada anak dan orang dewasa yang mengalami gangguan kognitif, menggantikan angka dengan kontinun wajah yang terdiri dari yang sedang tersenyum (tidak merasakan nyeri), kemudian kurang Bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah sangat ketakutan (sangat nyeri).



Gambar 3. *Visual Analog Scale*

d. *The Face Pain Scale*

Metode ini dengan cara melihat mimik wajah pasien dan biasanya untuk menilai intensitas nyeri pada anak – anak.



Gambar 4. *The Face Pain Scala*

Keterangan:

Fase pain scale	: 0 (Tidak nyeri/gembira)
Fase pain scale	: 2 (wajah masih tampak sedikit senyum, nyeri dapat di toleran)
Fase pain scale	: 4 (wajah mengerut atau bermuka masam, nyeri sedang)
Fase pain scale	: 6 (wajah mengerut, alis mata turut mengerut keatas, nyeri digambarkan sebagai nyeri hebat)
Fase pain scale	: 8 (wajah mengerut, alis mata turut mengerut keatas, nyeri digambarkan sebagai nyeri hebat)

Fase pain scale : 10 (wajah dan alis mata semakin mengkerut, air mata keluar/menangis, nyeri digambarkan sebagai nyeri sangat hebat)

Nyeri harus selalu dilakukan esesmen ulang tergantung pada tipe, intensitas, dan rencana pengelolaan. Nyeri dinilai ulang bila ada laporan baru terhadap adanya episode nyeri, intensitas nyeri bertambah, dan saat nyeri tidak berkurang secara adekuat setelah diberikan intervensi. Pada umumnya nyeri harus diesesmen ulang setelah sebuah intervensi mencapai kadar puncak (15-30 menit setelah obat parenteral, 1 jam setelah obat analgesic oral kerja cepat, 4-6 jam setelah obat analgesik lepas lambat atau transdermal, dan 30 menit setelah pengobatan non farmakologi). Esesmen ulang untuk nyeri pasca suatu intervensi terutama ditunjukkan untuk menilai apakah intensitas nyeri berkurang, apakah aktivitas harian membaik dengan pengelolaan nyeri yang adekuat, dan apakah muncul suatu efek samping akibat pemberian terapi.

7. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri akut dan nyeri kronik memerlukan pendekatan terapi yang berbeda. Pada penderita nyeri akut, diperlukan obat yang dapat menghilangkan nyeri dengan cepat. Pasien lebih dapat mentolerir efek samping obat dibanding nyerinya. Pada penderita nyeri kronik, pasien kurang dapat mentoleransi efek samping obat. Prinsip pengobatan nyeri akut dan berat (*nilai visual analogue scale VAS 7 – 10*) yaitu pemberian obat yang efek analgetiknya kuat dan cepat dengan dosis optimal. Pada nyeri akut, dokter harus memilih dosis optimum obat dengan mempertimbangkan kondisi pasien dan severitas nyeri. pada nyerini kronik, dokter harus mulai dengan dosis efektif yang serendah mungkin untuk kemudian ditingkatkan untuk sampai nyeri terkendali (Asmerianty & Deswita. (2023).

C. Konsep Dasar *Sectio caesarea*

1. Definisi *Sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut serta dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam Rahim (Padila, 2015) . *Sectio caesarea* yaitu suatu persalinan yang dibuat dimana janin yang dilahirkan dengan cara melalui suatu insisi pada dinding Rahim serta berat janin diatas 500 gram (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012 dalam sartika 2023).

2. Metode *Sectio caesarea*

a. Metode ERACS (*Enhanced Recovery After Cesarean Surgery*)

ERACS menurut UNUD (2022) mempunyai pengertian dari *Enhanced Recovery After Cesarean Surgery*, suatu prosedur operasi *caesarea* dengan pendekatan khusus untuk mengoptimalkan Kesehatan dan keamanan bunda dan bayi pada periode sebelum, selama, dan setelah menjalani operasi *caesarea*. Tujuannya, agar proses penyembuhan atau *recovery* persalinan pasca operasi dipercepat dengan hasil maksimal.

ERACS merupakan metode yang digunakan untuk mempercepat proses penyembuhan pasien bedah rawat jalan. Menurut RSST (2022) metode tersebut berguna untuk meningkatkan kontrol nyeri dan mengurangi mual dan muntah pasca operasi adalah area awal konsentrasi. Dengan begitu, pasien yang telah menjalani operasi bedah tidak perlu perawatan di rumah sakit lebih lama. Metode tersebut diterapkan untuk wanita yang melahirkan melalui operasi *sectio caesarea*. Hal tersebut bertujuan agar ibu yang baru saja melahirkan bisa cepat pulih dan dapat berfokus untuk merawat bayi. Pada metode ERACS, pemeriksaan sebelum operasi bisa dilakukan saat usia kehamilan mencapai 10 hingga 20 minggu untuk operasi *sectio caesarea* yang telah dijadwalkan. Sebelum operasi, pasien harus menjalani *skrining* kesehatan untuk mengetahui apakah terdapat penyakit komorbid atau kekurangan zat besi. Eracs merupakan protokol baru pada metode persalinan operasi caesarea yang bertujuan untuk mempercepat proses pemulihan dengan mengoptimalkan kesehatan ibu sebelum, selama, dan setelah menjalani persalinan secara *sectio caesarea* (Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. 2019)

b. Metode Konvensional

Sectio caesarea metode konvensional ialah metode operasi yang dilangsungkan dengan aksi kelahiran untuk memunculkan bayi melalui sayatan pada abdomen atau laparotomi dan uterus atau histerotomi.

Penderita bersalin lewat operasi *sectio caesarea* konvensional melakukan mobilisasi secara bertahap selama 12 jam secara bertahap, ibu bersalin *sectio caesarea* konvensional diizinkan untuk mobilisasi mencondongkan dan mendorong badanya diperlukan waktu 24 jam pasca operasi untuk mencegah terjadinya resiko pada luka jahitan.

3. Indikasi dan Kontra Indikasi *Sectio caesarea*

Keadaan Dimana proses persalinan tidak dapat dilakukan melalui jalan lahir merupakan indikasi mutlak untuk dilakukan operasi *Sectio caesarea* yang antara lain disebabkan karena terjadinya disproporsi kepala-panggul, presentasi dahi-muka, disfungsi uterus, distosia serviks, plasenta previa, janin besar, partus lama atau tidak ada kemajuan, fetal distress, pre-eklamsia, malpresentasi janin dengan indikasi panggul sempit, gemelli, dengan kondisi interlock, dan rupture uteri yang mengancam. Kontra indikasi untuk dilakukan persalinan *Sectio caesarea* antara lain karena kondisi janin mati, syok anemia berat, dan kelainan kongenital berat (Solikhah. 2011)

4. Manifestasi Klinis

Nyeri merupakan manifestasi utama pada pasien post operasi *Sectio caesarea* yang mengakibatkan aktivasi saraf simpatis sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan frekuensi dan kekuatan kontraksi jantung yang diinterpretasikan pada perubahan respon fisiologis seperti peningkatan tekanan darah dan denyut nadi. Sensasi nyeri yang dirasakan akan menstimulus kortisol, adrenokortikotropin, dan katekolamin yang dapat menghambat pelepasan insulin, sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka operasi menjadi lebih lama. Manifestasi klinis lain juga dapat ditemukan pada post operasi *Sectio caesarea* seperti kontraksi lemah fundus uterine yang teraba pada regio umbilicus, kehilangan volume darah selama prosedur pembedahan, perubahan status

emosional seperti cemas, mual, dan muntah akibat dari pengaruh anestesi (Kusumawardani, R., & Wulandari, R. 2022).

5. Komplikasi *Sectio caesarea*

Komplikasi yang mungkin terjadi pada post operasi *Sectio caesarea* antara lain resiko perlukaan pada vesika urinary yang mengakibatkan perdarahan selama proses pembedahan, infeksi puerperalis, dan infeksi jahitan luka operasi yang biasanya disebabkan oleh ketuban pecah dini yang terlalu lama, atonia uteri dampak dari perdarahan yang tidak bisa dikontrol yang akhirnya mengakibatkan kondisi syok hipovolemik, risiko tinggi terjadi plasenta previa pada kehamilan berikutnya. Nyeri post *sectio caesarea* mengakibatkan syok neurogenic jika tidak mendapatkan penanganan yang tepat.

6. Patofisiologi *Sectio caesarea*

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, preklampsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansitas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post

op, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. (Prawirohardjo, 2010 dalam Iyan, 2021).

7. Asuhan Keperawatan Pada *Sectio caesarea*

a. Pengkajian keperawatan pada post *sectio caesarea*

1) Pengkajian umum

Pada pengkajian klien dengan *sectio caesarea*, data yang dapat ditemukan meliputi distress janin, kegagalan untuk melanjutkan persalinan, malposisi janin, prolaps tali pusat, abrupcio plasenta dan plasenta previa.

a) Identitas atau biodata klien meliputi, nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor register, dan diagnosa keperawatan.

b) Keluhan utama

c) Riwayat Kesehatan

(1) Riwayat kesehatan dahulu: penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

(2) Riwayat kesehatan sekarang: riwayat pada saat sebelum inpartu di dapatkan cairan ketuban yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

(3) Riwayat kesehatan keluarga: adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, HT, TBC, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

2) Pola-pola fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana

Hidup sehat karena kurangnya pengetahuan klien tentang ketuban pecah dini, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya menjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam keperawatan.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada klien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya

c) Pola aktivitas

Pada pasien post partum klien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, terbatas pada aktivitas ringan, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah, pada klien nifas didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

(1) Pola eliminasi

(2) Pada pasien post partum sering terjadi adanya perasaan sering/susah kencing selama masa nifas yang ditimbulkan karena terjadinya oedema dari trigono, yang menimbulkan inveksi dari uretra sehingga terjadi konstipasi karena penderita takut untuk melakukan BAB.

(3) Istirahat dan tidur

Pada klien nifas terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri episiotomi setelah persalinan

(4) Pola hubungan dan peran

Peran klien dalam keluarga meliputi hubungan klien dengan keluarga dan orang lain

(5) Pola penanggulangan stress

Biasanya klien sering melamun dan merasa cemas

(6) Pola sensori dan kognitif

Pola sensori klien merasakan nyeri pada perineum akibat jahitan dan nyeri perut akibat involusi uteri, pada pola kognitif klien nifas primipara terjadi kurangnya pengetahuan merawat bayinya

(7) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, lebih-lebih menjelang persalinan dampak psikologis klien terjadi perubahan konsep diri antara lain dan body image dan ideal diri.

(8) Pola reproduksi dan sosial terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang-kadang terdapat adanya cloasma gravidarum, dan apakah ada benjolan

b) Leher

Kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, karena adanya proses menerang yang salah

c) Mata

Tekadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

d) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.

e) Dada

Terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papila mammae.

f) Abdomen

tampak insisi post op SC, namun pada klien nifas abdomen kendor kadang-kadang striae masih terasa nyeri. Fundus uteri 3 jari dibawah pusat.

g) Genitalia

Pengeluaran darah campur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yang feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.

h) Anus

Kadang-kadang pada klien nifas ada luka pada anus karena rupture

i) Ekstremitas

Pemeriksaan oedema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarnya uterus, karena preeklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal

j) Tanda-tanda vital

Apabila terjadi perdarahan pada post partum tekanan darah turun, nadi

cepat, pernapasan meningkat, suhu tubuh turun.

4) Pemeriksaan lab

- a) Hemoglobin atau hematokrit (HB/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan
- b) Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
- c) Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah
- d) Urinalisis/ kultur urine
- e) Pemeriksaan elektrolit

b. Perumusan Diagnosa Keperawatan pada Pasien Post *Sectio caesarea* (SDKI)

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (prosedur bedah (D.0077) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri skala 6 dengan wajah tampak meringis dan memegang perutnya saat bergerak.
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- 3) Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan dan eliminasi berhubungan dengan kelemahan (D.00109)

c. Intervensi Keperawatan pada Pasien Post *Sectio caesarea* (SLKI dan SIKI)

1) Manajemen nyeri

Defenisi: Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan:

Observasi

- a) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respons nyeri non verbal
- d) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- f) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

i) Monitor efek samping penggunaan analgetic

j) *Teraupetik*

- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Mis,mobilisasi ini hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri
- d) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu