

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Definisi Postpartum Spontan

Masa setelah melahirkan merupakan tahap khusus dalam kehidupan ibu dan bayi, untuk ibu yang pertama kali melahirkan, terdapat adanya perubahan yang sangat berarti dalam hidupnya, ditandai dengan pergantian emosional, pergantian fisik secara drastis, ikatan keluarga dan aturan yang baru, termasuk perubahan dari seorang perempuan menjadi seorang ibu (Elyasari et al., 2023). Postpartum adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan serta plasenta dari rahim, dan membutuhkan waktu 6 minggu, yang disertai pemulihan organ - organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan dengan proses persalinan (Anwar dan Safitri, 2022).

Postpartum merupakan masa yang dilewati ibu melahirkan dimulai dari hari kelahiran pertama sampai 6 minggu kelahiran. Pada tahap ini adanya perubahan fisik, alat reproduksi, perubahan psikologis menghadapi penambahan keluarga baru dan masa laktasi atau menyusui. (Pujiati et al., 2021).

2. Tahapan Postpartum Spontan

Tahapan - tahapan yang terjadi pada post partum Menurut Widyastutik et al., (2021) adalah sebagai berikut :

a. Periode *Immdiete Post Partum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendaharan karena atonia uteri. Oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokhea, tekanan darah, suhu.

b. *Periode Early Post Partum*

Pada fase ini bidan memastikan involusio uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokhea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Periode Late Post Partum*

Pada periode ini perawat tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari - hari serta konseling keluarga berencana (KB).

3. Perubahan Fisiologis Ibu Postpartum

Perubahan fisiologis pada ibu post partum menurut

(Wahyuningsih S. , 2018) yaitu :

a. Sistem Reproduksi dan Struktur Terkait

1) Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur - angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

2) Lokhea

Lokhea merupakan kotoran yang keluar dari vagina yang terdiri dari jaringan mati dan lender yang berasal dari rahim dan vagina.

Pada awal post partum, peluruhan jaringan desidua menyebabkan pengeluaran rabas vagina dengan jumlah bervariasi. Berikut beberapa jenis lokhea yaitu :

a) Lokhea Rubra

Berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa - sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo, meconium berlangsung 2 hari pasca post partum.

b) Lokhea Sanguilenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lender berlangsung 3 - 7 hari pasca post partum.

c) Lokhea Serosa

Berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7 - 14 hari pasca post partum.

d) Lokhea Alba

Berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel - sel desidua berlangsung 14 hari-2 minggu berikutnya.

3) Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

4) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks mendatar dan sedikit tonus, tampak lunak dan edema serta mengalami banyak laserasi kecil. Ukuran serviks dapat mencapai dua jari dan ketebalannya sekitar 1 cm dalam waktu 24 jam, serviks dengan cepat memendek dan menjadi lebih keras serta tebal. Mulut serviks secara bertahap menutup, ukurannya 2 sampai 3 cm setelah beberapa hari dan 1 cm dalam waktu 1 minggu. Pemeriksaan kolposkopik serviks menunjukkan adanya ulserasi, laserasi, memar, dan area kuning dalam beberapa hari setelah persalinan. Pemeriksaan ulang dalam 6 - 12 minggu kemudian biasanya menunjukkan penyembuhan yang sempurna.

5) Vagina

Setelah melahirkan vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Vagina secara berangsur - angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Sekitar minggu ketiga post partum, ukuran vagina menurun kembali dengan kembalinya rugae vagina.

6) Perineum

Perineum merupakan daerah vulva dan anus. Setelah melahirkan perineum sedikit bengkak dan terdapat luka jahitan bekas robekan atau episiotomy, yaitu sayatan untuk memperluas

pengeluaran bayi. Proses penyembuhannya biasanya selama 2 - 3 minggu post partum.

7) Payudara

Pada saat masa nifas terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi ASI dan laktasi. Ukuran payudara menjadi besar bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi segera setelah melahirkan melalui proses inisial menyusui dini (IMD), walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran kolostrum. Proses IMD ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2 - 3 post partum sudah mulai diproduksi ASI matur yaitu ASI berwarna. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme yaitu : produksi ASI dan sekresi ASI atau let-down reflex. Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir (Wahyuningsih E. D., 2018).

b. Sistem Endokrin

Menurut (Wahyuningsih S. ,2018) sistem endokrin terdiri dari :

1) Oksitosin

Hormon yang berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan

sekresi oksitosin sehingga membantu uterus Kembali ke bentuk semula.

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin untuk memproduksi ASI. Pada ibu yang tidak menyusui bayinya dalam 14 - 21 hari setelah persalinan sehingga merangsang kelenjar bawah otak yang mengontrol ovarium kearah permulaan produksi estrogen dan progesterone yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi dan menstruasi.

3) Estrogen dan Progesteron

Selama kehamilan, volume darah normal meningkat yang diperkirakan akibat tingginya tingkat estrogen sehingga hormon antidiuretik meningkat volume darah. Hormon progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi.

4. Perubahan Psikologi Ibu Postpartum

Perubahan adaptasi psikologis ibu post partum dibagi menjadi 3 tahap menurut Purwanto dkk (2018), yaitu :

a) *Fase taking in/* ketergantungan

Fase ini dapat terjadi pada hari ke 1 - 2 pasca persalinan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan

kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Kondisi ini mendorong ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

b) *Fase taking hold/* ketergantungan mandiri

Fase ini dapat terjadi pada hari ke 3 - 10 pasca persalinan. Secara bertahap tenaga ibu mulai meningkat dan merasa nyaman, ibu sudah mulai mandiri namun masih memerlukan bantuan, ibu sudah mulai memperlihatkan perawatan diri dan keinginan untuk belajar merawat bayinya. Pada fase ini pula ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Peran pendamping dan keluarga adalah memberikan dukungan dan komunikasi yang baik agar ibu merasa mampu melewati fase ini. Tugas tenaga kesehatan adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, memberikan health promotion yang dibutuhkan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain - lain.

c) *Fase letting go/* saling ketergantungan

Fase letting go yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri

dalam menjalani peran barunya. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani.

5. Manifestasi Klinis Postpartum

Tanda – tanda persalinan spontan :

a. Adanya kontraksi Rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu :

- 1) Increment : ketika intensitas terbentuk.
- 2) Acme : puncak atau maximum.
- 3) Decement : ketika otot relaksasi.

Kontraksi sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut akan mengalami kontraksi dan relaksasi, di akhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi (Walyani, 2020).

Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan Wanita tersebut. Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata - rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. Frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur

waktu dari permulaan satu kontraksi ke permulaan kontraksi selanjutnya (Walyani, 2020).

b. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil poliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim sumbatan yang tebal pada mulut Rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut Rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim* (Walyani, 2020).

c. Keluarnya air - air atau (ketuban)

Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum (Walyani, 2020).

Bila ibu hamil merasakan ada cairan yang merembes keluar dari vagina dan keluarnya tidak dapat ditahan lagi, tetapi tidak disertai mulas atau tanpa sakit, merupakan tanda ketuban pecah dini, yakni ketuban pecah sebelum terdapat tanda - tanda persalinan, sesudah itu akan terasa sakit karena ada kemungkinan kontraksi. Normalnya air

ketuban ialah cairan yang bersih, jernih dan tidak berbau (Walyani, 2020).

Segera hubungi dokter bila dicurigai ketuban pecah, dan jika pemecahan ketuban tersebut disertai dengan ketuban yang berwarna coklat kehijauan, berbau tidak enak, dan jika ditemukan warna ketuban kecoklatan berarti bayi sudah buang air besar didalam rahim, yang sering sekali menandakan bahwa bayi mengalami distress (meskipun tidak selalu dan perlu segera dilahirkan), pemeriksaan dokter akan menentukan apakah janin masih aman untuk tetap tinggal dirahim atau sebaliknya (Walyani, 2020).

d. Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama - tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat (Walyani, 2020). Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim (Walyani, 2020). Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani, 2020).

Tanda - tanda post partum menurut Wilujeng dan Hartati, (2018) adalah sebagai berikut :

- a. Perdarahan yang hebat selayaknya kondisi haid bahkan berlebih yang mendadak.
 - b. Keluarnya vaginal berbau sangat busuk.
 - c. Nyeri pada perut bawah serta punggung dan sakit kepala berkepanjangan sampai masalah pada penglihatan.
 - d. Hilangnya selera atau keinginn untuk makan.
 - e. Nafas tersengal-sengal serta merasakan kelelahan
6. Patofisiologi Persalinan Spontan

Pada saat persalinan terjadi proses yang melibatkan serangkaian peristiwa yang progresif dimulai dari aktivasi *Hypotalamic Pituitary Adrenal* (HPA) janin dan peningkatan *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) plasenta, hal ini menimbulkan penurunan fungsi progesteron dan aktivitas ekstrogen yang kemudian akan mengaktivasi *Contraction Associated Proteins* (CAPs) yang termasuk reseptor oksitosin dan prostaglandin. Peristiwa biologis ini yang kemudian akan menyebabkan pematangan serviks, kontraksi uterus, aktivasi desidua dan membrane janin serta kala II persalinan akan meningkatkan oksitosin ibu (Manuaba, 2015).

7. Penatalaksanaan Medis

Menurut Mochtar (2015) penatalaksanaan medis persalinan adalah upaya untuk mempercepat proses persalinan dengan menggunakan obat-obatan atau operasi. Penatalaksanaan medis persalinan juga mencakup perawatan pasca persalinan. Penatalaksanaan medis persalinan dapat dilakukan dengan:

- a. Menggunakan obat - obatan seperti oxytocin, misoprostol, dan meperidine.
- b. Melakukan tindakan pembedahan seperti amniotomi dan *section caesarea*.
- c. Memantau keselamatan ibu dan janin.
- d. Melakukan perawatan pasca persalinan.

Perawatan pasca persalinan meliputi:

- a. Memeriksa rahim dan vagina untuk melihat adanya robekan.
- b. Memeriksa perdarahan, kelainan tekanan darah, dan kesejahteraan umum.
- c. Memijat rahim untuk memastikan rahim berkontraksi dengan baik.
- d. Menjaga bayi baru lahir agar tidak mengalami hipotermia.
- e. Memeriksa tali pusat untuk melihat apakah ada lilitan.

Menurut (Septiani & Sartika, 2023) penatalaksanaan pada ibu post partum yaitu :

- a. Observasi pada 2 jam setelah persalinan (untuk mengetahui adanya komplikasi perdarahan).
- b. Pada jam 6 - 8 jam setelah persalinan : istirahat dan tidur tenang, usahakan miring-kanan, miring kiri.
- c. Hari ke 1 - 2: Memberikan pendidikan kesehatan mengenai cara menyusui yang benar serta perawatan payudara, perubahan - perubahan yang terjadi saat masa nifas.
- d. Hari ke 2: Mulai latihan duduk.
- e. Hari ke 3: Dilatih untuk berdiri dan berjalan.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Konsep Nyeri Akut

a. Pengertian Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akan berhenti dengan sendirinya (*self - miting*) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat, memiliki onset yang tiba - tiba, dan berlokalisasi (SDKI, 2018). Menurut PPNI (2016) Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Rasa nyeri pada persalinan merupakan manifestasi dari adanya kontraksi (pemendekan) dari otot rahim. Kontraksi inilah yang menimbulkan rasa sakit pada daerah perut, pinggang, dan menjalar hingga ke arah paha. Kontraksi tersebut mengakibatkan pembukaan serviks, yang mendorong terjadinya persalinan (Sri Rejeki, 2020).

b. Etiologi Nyeri Akut

Nyeri akut dapat disebabkan oleh sesuatu yang kasat mata seperti

akibat cedera fisik; atau disebabkan oleh sesuatu yang tidak tampak seperti infeksi; atau dapat disebabkan oleh penyakit degeneratif seperti osteoarthritis, rheumatoid arthritis, nyeri neuropati, nyeri kepala tipe tegang, dan migren; dan nyeri visceral yang diakibatkan karena adanya gangguan di organ internal seperti batu ginjal, radang usus buntu akut, pankreatitis, dan gangguan pencernaan (Purba, 2022).

Menurut Andarmoyo et al. (2013), faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan adalah faktor fisiologis dan faktor psikologis. Contoh faktor fisiologis yang dapat menimbulkan nyeri adalah kontraksi. Kontraksi akan membuat otot - otot rahim memanjang dan memendek. Contoh faktor psikologis yang dapat menimbulkan nyeri adalah rasa cemas dan ketakutan yang berlebihan. Setiap individu akan mempunyai versi yang berbeda tentang melahirkan dan rasa nyeri persalinan. Hal ini disebabkan karena ambang batas rangsangan nyeri setiap orang bersifat subjektif.

Etiologi nyeri akut yang lain sebagai berikut :

- 1) Budaya

Budaya mempengaruhi sikap ibu pada saat bersalin. Menurut Mulyati (2022) menjelaskan bahwa budaya mempengaruhi ekspresi nyeri intranatal pada ibu primipara. Penting bagi perawat maternitas untuk mengetahui bagaimana kepercayaan, nilai, praktik budaya mempengaruhi seorang ibu dalam mempresepsikan dan mengekspresikan nyeri persalinan.

2) Emosi (cemas dan takut)

Stres atau rasa takut ternyata secara fisiologis dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa semakin nyeri dan sakit dirasakan. Karena saat wanita dalam kondisi inpartu tersebut mengalami stress maka secara otomatis tubuh akan melakukan reaksi defensif sehingga secara otomatis dari stress tersebut merangsang tubuh mengeluarkan hormon stressor yaitu hormon Katekolamin dan hormon adrenalin, katekolamin ini akan dilepaskan dalam konsentrasi tinggi saat persalinan, jika calon ibu tidak bisa menghilangkan rasa takutnya sebelum melahirkan, berbagai respon tubuh yang muncul antara lain dengan “bertempur atau lari” (“*fight or flight*”). Dan akibat respon tubuh tersebut uterus menjadi semakin tegang sehingga aliran darah dan oksigen ke dalam otot - otot uterus berkurang karena arteri mengecil dan menyempit akibatnya adalah rasa nyeri yang tak terelakkan. Maka dari itu, ketika ibu yang sedang melahirkan ini dalam keadaan rileks yang nyaman, semua lapisan otot dalam rahim akan bekerja sama secara harmonis seperti seharusnya. Dengan begitu persalinan akan berjalan lancar, mudah dan nyaman.

3) Pengalaman Persalinan

Menurut (Potter & Perry, 2010) pengalaman melahirkan sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon ibu terhadap nyeri. Bagi ibu yang mempunyai pengalaman yang

menyakitkan dan sulit pada persalinan sebelumnya, perasaan cemas dan takut pada pengalaman lalu akan mempengaruhi sensitifitasnya rasa nyeri.

4) Support system

Dukungan dari pasangan, keluarga maupun pendamping persalinan dapat membantu memenuhi kebutuhan ibu bersalin, juga membantu mengatasi rasa nyeri.

5) Persiapan persalinan

Persiapan persalinan tidak menjamin persalinan akan berlangsung tanpa nyeri. Namun, persiapan persalinan diperlukan untuk mengurangi perasaan cemas dan takut akan nyeri persalinan sehingga ibu dapat memilih berbagai teknik atau metode latihan agar ibu dapat mengatrasasi ketakutannya. (Fauziah, 2012).

c. Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016):

1) Tanda dan gejala mayor :

- a) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri.
- b) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

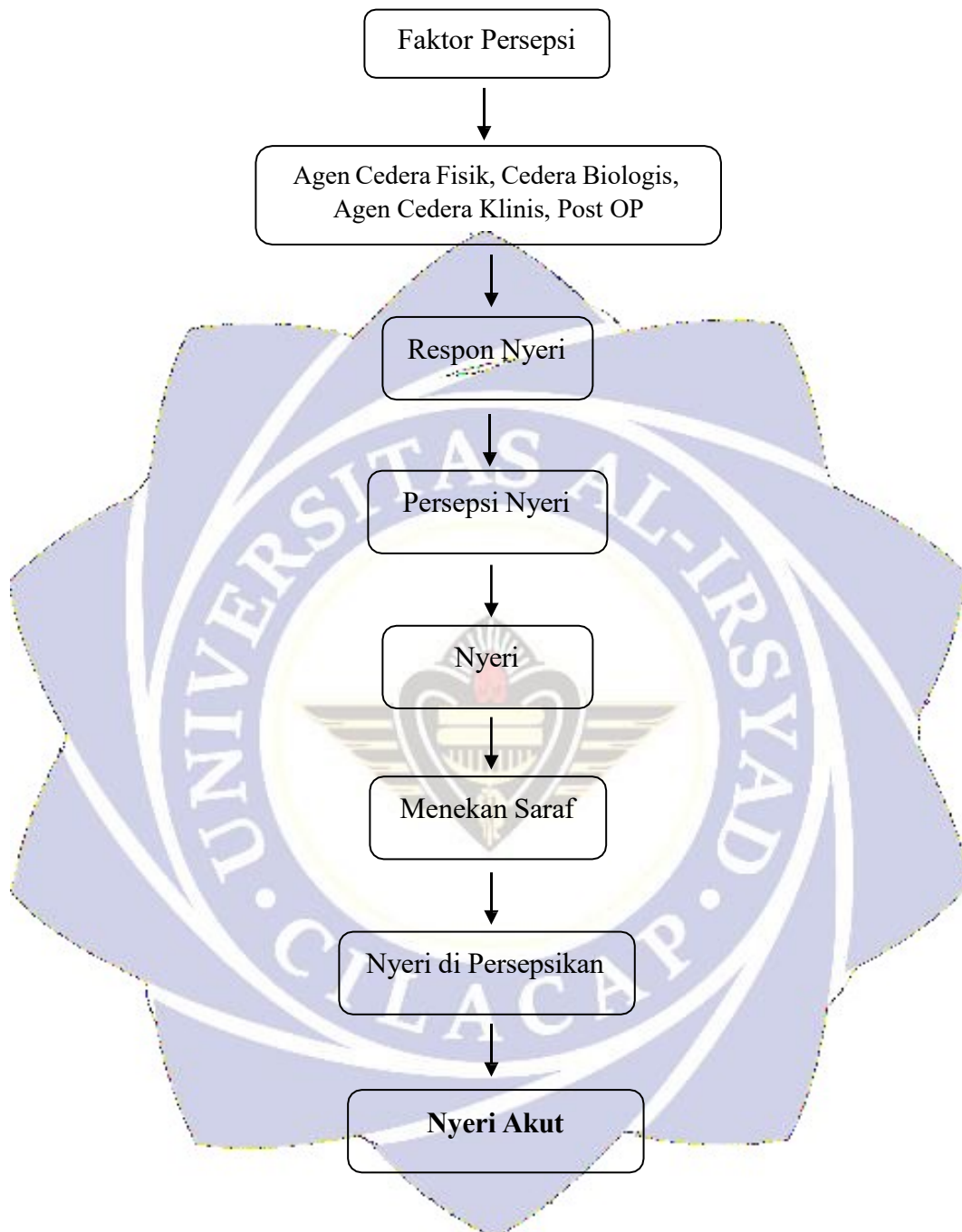
2) Tanda dan gejala minor :

- a) Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut.

- b) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.



d. Pathway



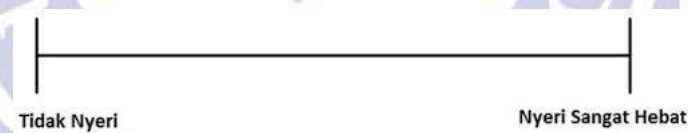
Bagan 2.1 : Pathway Nyeri Akut

Sumber : SDKI (2017)

Terdapat beberapa cara untuk mengkaji intensitas nyeri yang biasanya digunakan antara lain:

1) *Visual Analog Scale* (VAS)

Visual Analog Scale adalah sebuah instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur skala nyeri, dengan bentuk garis mendatar yang memiliki panjang 10 cm, dengan atau tanpa garis pada setiap sentimeter. Tanda pada kedua garis dapat berupa angka atau pernyataan yang deskriptif. Biasanya, ujung bagian kiri mewakili ‘tidak nyeri’, sedangkan ujung kanan menandakan ‘nyeri sangat hebat’. Pasien dapat membuat titik antara dua ujung tersebut dan diukur menggunakan penggaris, dengan angka 0 diletakan di ujung bagian kiri bersinggungan dengan titik ‘tidak nyeri’. (Mardana & Aryasa, 2017; Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015).



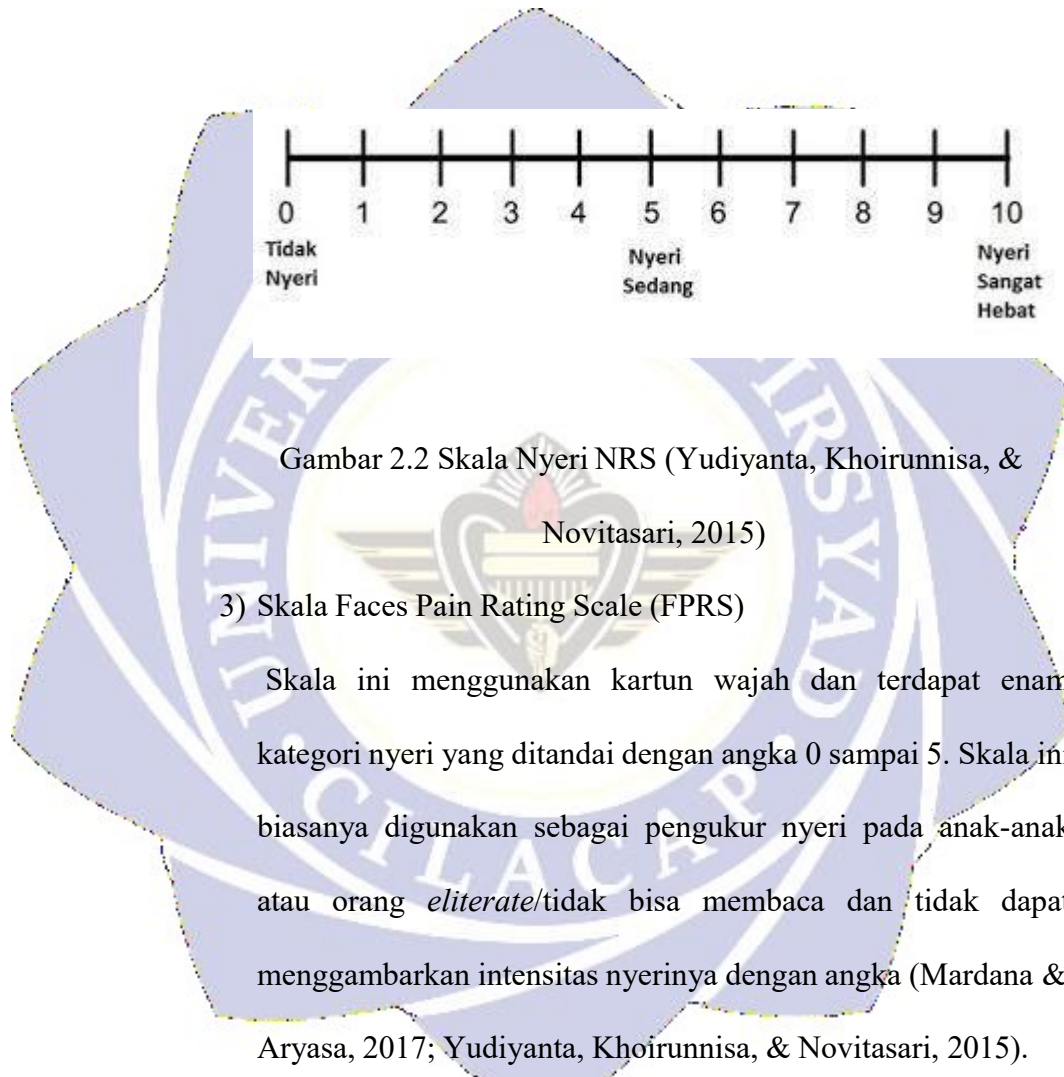
Gambar 2.1 Skala Nyeri VAS

(Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

2) *Numeric Rating Scale* (NRS)

Numeric Rating Scale adalah skala yang berbentuk garis mendatar dengan angka 0 sampai 10. Skala NRS dianggap lebih baik daripada VAS karena sensitif pada dosis dan lebih mudah dimengerti. Angka 0 berarti tidak ada rasa nyeri dan angka 10 menandakan nyeri yang paling hebat. Panjang skala NRS adalah

10 cm dan setiap pangjang 1 cm diberi tanda. Skala ini bisa digunakan bagi pasien post-operasi yang mengalami nyeri hebat. Selain itu, skala ini juga dapat dipakai untuk melihat efektifitas setelah diberi intervensi pereda nyeri (Mardana & Aryasa, 2017; Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015).



3) Skala Faces Pain Rating Scale (FPRS)

Skala ini menggunakan kartun wajah dan terdapat enam kategori nyeri yang ditandai dengan angka 0 sampai 5. Skala ini biasanya digunakan sebagai pengukur nyeri pada anak-anak atau orang *eliterate*/tidak bisa membaca dan tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Mardana & Aryasa, 2017; Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015).



Gambar 2.3. Skala Nyeri FPRS (Wong & Baker, 1983)

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Non farmakologi

Banyak pasien dan anggota tim cenderung untuk memandang obat sebagai salah satu metode untuk menghilangkan nyeri, namun begitu banyak aktifitas keperawatan non - farmakologi yang membantu dalam menghilangkan nyeri. Bentuk - bentuk pelaksanaan non - farmakologi menurut (Smeltzer & Bare, 2010). Walaupun terdapat berbagai jenis obat untuk meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Tindakan non farmakologi merupakan terapi yang mendukung terapi farmakologi dengan metode yang lebih sederhana, murah, praktis, dan tanpa efek yang merugikan (Potter & Perry, 2020). Intervensi kognitif - perilaku mengubah persepsi nyeri, menurunkan ketakutan, juga memberikan kontrol diri yang lebih. Terapi non farmakologi yang dapat digunakan adalah stimulasi kutaneus, pijat, kompres panas dan dingin, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), akupunktur, akupresur, teknik nafas dalam, musik, *guide imagery* dan distraksi (Suwondo *et al.*, 2017).

Beberapa tindakan-tindakan tersebut adalah:

- a) *Stimulasi Saraf Elektris Teanskutan/Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation* (TENS).

Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation adalah suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemua, menggetar atau mendengung pada area nyeri.

Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation adalah prosedur non - invasif dan merupakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri baik akut maupun kronis (Sulistyo, 2017).

b) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri. Seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian pada nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri (Smeltzer & Bare, 2010).

c) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat dan berirama (Smeltzer & Bare, 2010).

d) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus

untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan (Sulistyo, 2017).

e) Masase

Masase adalah melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau memperbaiki sirkulasi (Sulistyo, 2017).

f) Aromaterapi

Aromaterapi lavender adalah terapi komplementer dalam praktik keperawatan dan menggunakan minyak essensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup (Sulistyo, 2017).

g) Mobilisasi Dini

Menurut Potter & Perry dalam Berkanis (2020) Mobilisasi dini merupakan salah satu terapi non-farmakologi untuk mengatasi nyeri pada pasien, mobilisasi melancarkan peredaran darah mengembalikan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang akhirnya mempercepat proses penyembuhan luka.

f. Penatalaksanaan Medis

Farmakoterapi

Berdasarkan (Panji, 2019) menjelaskan bahwa semua obat yang mempunyai efek analgetika biasanya efektif untuk mengatasi nyeri akut. Hal ini dimungkinkan karena nyeri akut akan mereda atau hilang sejalan dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Praktik dalam tatalaksana nyeri, secara garis besar strategi farmakologi mengikuti "WHO Three Step Analgesic Ladder" yaitu:

- a) Tahap pertama dengan menggunakan obat analgetik nonopiat seperti NSAID atau COX2 *spesific inhibitors*.
- b) Tahap kedua, dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri. Maka diberikan obat-obat seperti pada tahap 1 ditambah opiat secara intermiten.
- c) Tahap ketiga, dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opiat yang lebih kuat.

2. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

a. Pengkajian

Menurut Doenges (2019) pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya. Pengkajian merupakan salah satu proses keperawatan yang mencakup pengumpulan informasi objektif dan subjektif serta peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien maupun keluarga pasien atau

ditemukan dalam rekam medis pasien yang memiliki tujuan untuk menghimpun data maupun informasi terkait kondisi pasien agar dapat menentukan masalah kesehatan, mengidentifikasi serta mengetahui kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien (Herdman & Kamitsuru, 2018).

1) Identitas Pasien

Biodata yang mencakup identitas pasien menurut (Anggraini, 2012) meliputi :Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, diagnosa medis, tindakan medis, nomor rekam medis, tanggal masuk, tanggal tindakan dan tanggal pengkajian.

2) Keluhan Utama

Berisi keluhan utama saat dikaji. Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa kontraksi, nyeri pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum. (Purwaningsih, W., 2015).

Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut:

a) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:

(1) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?

(2) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?

(3) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?

b) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:

(1) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?

(2) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?

c) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:

(1) Dimana gejala nyeri terasa?

(2) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?

d) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa : seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10 ?

e) T (timing atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:

- (1) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?
- (2) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?
- (3) Berapa lama nyeri berlangsung?
- (4) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?

3) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum, meliputi tingkat energi, self esteem, tingkat kesadaran, bb, tb, lila.
- b) Tanda vital normal (rr konsisten, nadi: cenderung bradikardia, suhu 36,2°C-38°C, respirasi 16-24x/menit)
- c) Kepala: rambut, wajah, mata (konjungtiva), hidung, mulut, fungsi pengecap, pendengaran dan leher.
- d) Payudara: pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola dan puting susu, stimulation nipple erection, kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri, produksi laktasi atau kolostrum, perabaan pembesaran kelenjar getah bening di ketiak.
- e) Abdomen: teraba lembut, tekstur kenyal, muskulus rektus abdominal utuh atau terdapat diastasis, distensi, striae, tinggi fundus uterus, konsistensi (keras, lunak, boggy), lokasi, kontraksi uterus, nyeri, perabaan distensi blas.
- f) Anogenital: lihat struktur, regangan, edema vagina, keadaan liang vagina (licin, kendur atau lemah) adakah hematom, nyeri, tegang.

g) Perineum: keadaan luka episiotomy, ekimosis, edema, kemerahan, eritema, drainase lochea (warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi, 1-3 hari lochea rubra, 4-10 hari lochea serosa, >10 hari lochea alba). Anus: hemoroid dan thrombosis pada anus.

h) Muskuloskeletal : tanda homan, edema, tekstur kulit, nyeri bila dipalpasi, kekuatan otot.

4) Konsep Diri

Sikap penerimaan ibu terhadap tubuhnya, keinginan ibu menyusui, persepsi ibu tentang tubuhnya terutama perubahan - perubahan selama kehamilan, perasaan klien bila mengalami operasi sc karena cpd atau karena bentuk tubuh yang pendek (Kumalasari, 2015).

5) Profil Keluarga

Kebutuhan informasi pada keluarga, dukungan orang terdekat, sibling, tipe rumah, community seething, penghasilan keluarga, hubungan sosial, dan keterlibatan dalam kegiatan masyarakat (Kumalasari, 2015).

6) Riwayat penyakit sekarang

Kesehatan sekarang pada ibu nifas diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini. (Kumalasari, 2015).

7) Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut dan kronis, seperti: jantung, hipertensi, asma, diabetes yang mempengaruhi pada masa nifas ibu (Kumalasari, 2015).

8) Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetik, menular, kelainan kongenital, atau gangguan kejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga (Kumalasari, 2015).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang dikutip dalam Leniwita & Anggraini (2019) adalah sebuah keputusan klinis mengenai seseorang, kelompok, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari proses kehidupan dan atau masalah kesehatan yang aktual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada ibu post partum spontan yaitu berdasarkan (SDKI, 2017):

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka episitomy post spontan (SDKI, 172).

Berdasarkan SDKI (2018) terdapat penjelasan mengenai nyeri akut sebagai berikut :

Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau

fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Untuk dapat mengangkat diagnosis nyeri akut, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS: Mengeluh nyeri.

DO: Tampak meringis, Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur.

Bila minimal 80% dari data diatas tidak tampak pada pasien, maka Perawat harus melihat kemungkinan masalah lain pada daftar diagnosis keperawatan, atau diagnosis keperawatan lain yang masuk dalam sub kategori nyeri dan kenyamanan pada SDKI.

Penyebab (etiologi) dalam diagnosis keperawatan adalah faktor - faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan.

Penyebab (etiologi) untuk masalah nyeri akut adalah:

- a) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan).

- c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

c. Intervensi Keperawatan

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) menjelaskan bahwa intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau outcome yang diharapkan.

Berikut merupakan perencanaan dalam diagnosa keperawatan nyeri akut :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut SDKI (2018)

No	SLKI	SIKI
1	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama...x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteri hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak mengeluh nyeri Tidak meringis Tidak bersikap protektif Tidak gelisah Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik Melaporkan nyeri terkontrol Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat Kemampuan menggunakan teknik non – farmakologis meningkat 	<p>Intervensi Utama : Dukungan Nyeri Akut: Pemberian Analgesik Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi). Identifikasi riwayat alergi obatIdentifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic Monitor efektifitas analgesi. <p>Terapeutik</p>

		<p>e. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</p> <p>f. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>g. Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respons pasien</p> <p>h. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan.</p> <p>Edukasi</p> <p>i. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>j. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p> <p>Dukungan Nyeri Akut : Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p>
--	--	--

		<p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>Terapeutik</p> <p>j. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain</p> <p>k. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>l. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>m. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>n. Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan mem</p> <p>o. Monitor nyeri secara mandiri</p> <p>p. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>q. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>r. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	---

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

Pada kasus nyeri akut ini metode yang digunakan untuk mengurangi nyeri adalah menggunakan mobilisasi dini.

Mobilisasi dini adalah proses aktivitas yang dilakukan sesudah pembedahan, mulai dari olahraga ringan di tempat tidur hingga kemampuan untuk bangun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan keluar dari kamar tidur (Brunner & Suddarth, 2016).

Tahap – tahap mobilisasi dini pada ibu post partum sebagai berikut (Nisa Afina *et al.*, 2020).

- 1) Pada 6 jam pertama ibu post sectio caesarea dianjurkan untuk sudah bisa menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur. Seperti belajar mengangkat tangan, mengangkat lengan, mengangkat tumit, dan menggeserkan kaki.
- 2) Kemudian setelah 6 - 10 jam, ibu diharuskan untuk bisa miring ke kiri dan ke kanan.
- 3) Kemudian pada 12 - 24 jam pertama ibu dilatih untuk dapat mulai latihan duduk.
- 4) Setelah pasien bisa duduk, lalu diajarkan untuk berlatih berjalan.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Olfah & Ghofur, 2016).

Evaluasi melihat tentang S : bagaimana subjek menjawab tentang perasaan nyeri yang dirasakan, misalnya pasien menjawab nyeri, Pasien masih mengeluh sedikit nyeri jika bergerak (miring, duduk dan berdiri) namun sudah dapat melakukannya sendiri, nyeri seperti ditusuk – tusuk benda tajam berkurang, Lokasi nyeri di bekas luka jahitan paska persalinan, skala nyeri 3 dan nyeri dirasakan hilang timbul kurang lebih durasinya 5 menit, O: melihat kembali apakah pasien tampak menahan nyeri, meringis kesakitan, menahan sakit dll, misalnya : pasien tampak menahan sakit, pasien memegang area yang nyeri, pasien tampak meringis kesakitan, A : apakah masalah keperawatan teratasi atau tidak di tandai dengan nilai kriteria yang di tunjukan dari sebelum tindakan dan setelah tindakan dilakukan, misalnya masalah nyeri teratasi di tunjukan dengan nilai yang meningkat, P : tindakan yang harus tetap dilanjutkan untuk mengurangi masalah nyeri akut pasien, misalnya : hentikan intervensi jika masalah teratasi dan lanjutkan intervensi untuk masalah yang belum teratasi.

C. Evidence Base Practice (EBP)

1. Mobilisasi Dini

a. Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah proses aktivitas yang dilakukan sesudah pembedahan, mulai dari olahraga ringan di tempat tidur hingga kemampuan untuk bangun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan keluar dari kamar tidur (Brunner & Suddarth, 2016).

Mobilisasi dini adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak, kehilangan kemampuan seseorang untuk bergerak menyebabkan ketergantungan, keadaan ini jelas membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi di perlikan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

b. Tujuan dan Manfaat Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini yang dilakukan oleh ibu post partum secara fisik, bertujuan untuk melatih otot dan persendian setelah melahirkan untuk mencegah kekakuan dalam sistem pencernaan, meningkatkan mobilitas lambung, menstimulasi peristaltik dan meningkatkan toleransi otot perut (Herman, Santoso, & Yunitasari, 2020). Menurut Smeltzer & Bare (2018), manfaat mobilisasi dini pada pasien mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri, mencegah tromboflebitis,

memberi nutrisi untuk penyembuhan pada daerah luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal. Mobilisasi bermanfaat untuk menormalkan sirkulasi darah dalam tubuh. Selain itu, manfaat mobilisasi dini adalah mencegah komplikasi seperti emboli paru dan tromboflebitis (Nasriani., 2021).

c. Jenis Mobilisasi Dini

Jenis mobilisasi dini berdasarkan rentang gerakannya menurut Merdawati (2018) adalah sebagai berikut:

1) Pasif

Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2) Aktif

Rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.

3) Fungsional

Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

d. Tahapan Mobilisasi Dini

Tahap – tahap mobilisasi dini pada ibu postpartum sebagai berikut (Afina *et al.*, 2020).

1) Pada 2 jam pertama ibu postpartum dianjurkan untuk sudah bisa menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur. Seperti belajar mengangkat tangan, mengangkat lengan, mengangkat tumit, dan menggeserkan kaki.

2) Kemudian setelah 4 jam postpartum, ibu diharuskan untuk bisa miring ke kiri, ke kanan, belajar duduk dan belajar berjalan.

e. Prosedur Pelaksanaan Mobilisasi

Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini menurut Jayanti (2020) adalah sebagai berikut:

1) Tahap pra interaksi

- a) Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan.
- b) Melihat data atau riwayat operasi pasien.
- c) Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat.
- d) Mengkaji kesiapan pasien 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.

d) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien.

3) Tahap kerja

Pada 2 jam pertama post partum :

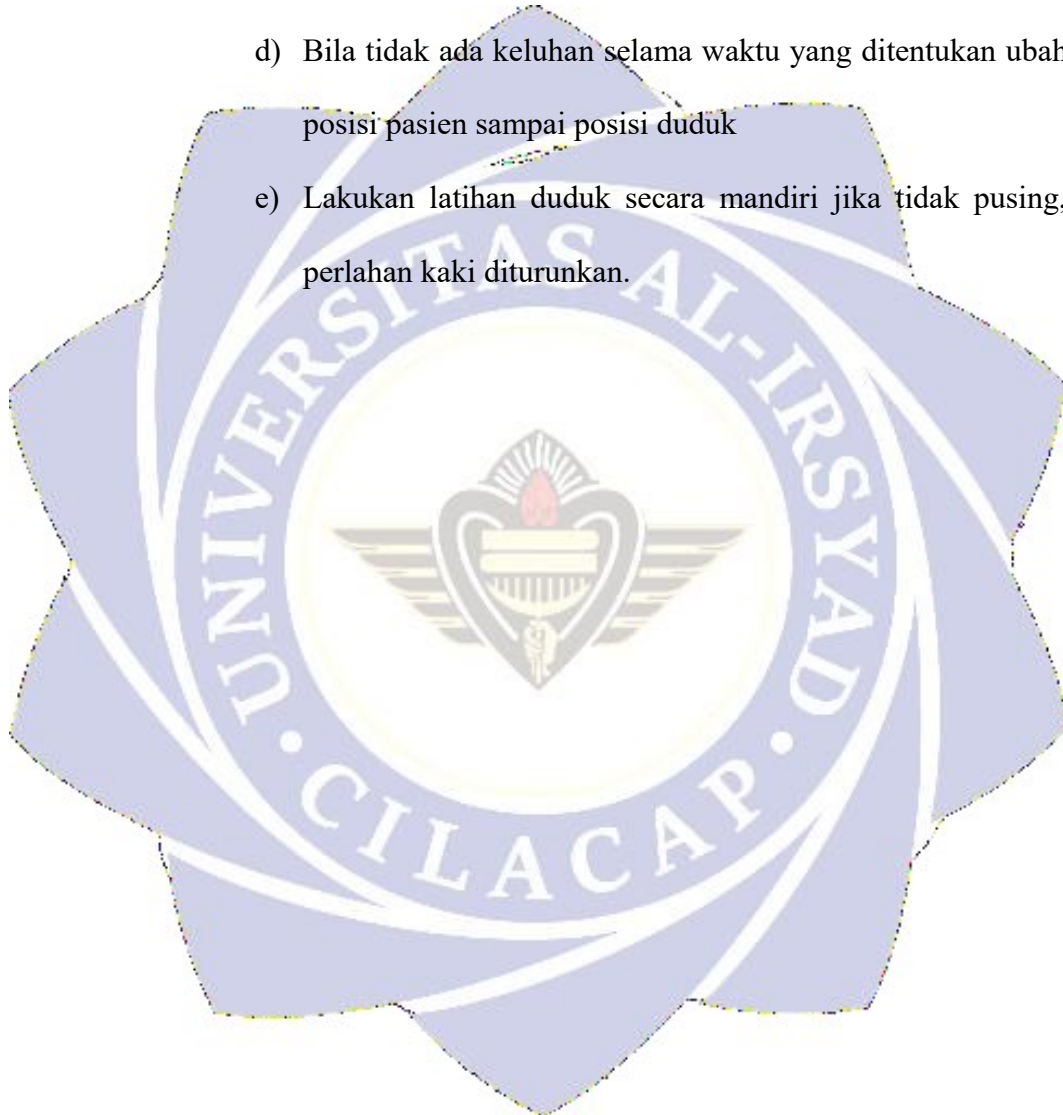
- a) Menjaga privasi pasien
- b) Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang
- c) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan - lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
- d) Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada lengan dan siku selama setengah menit
- e) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas
- f) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5 - 8 kali
- g) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki .

Pada 4 jam pertama post partum :

- a) Latihan miring kanan dan kiri
- b) 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 5 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain.

- c) Posisikan *semi fowler* 30°- 40° secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan
- d) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk
- e) Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan.



Tabel 2.2

Evidence Base Practice (EBP)

No	Penulis (Tahun)	Judul Penelitian	Metode (Jenis, Desain, Sampel, Variabel dan Instrumen)	Hasil Penelitian
1.	Nurry (2024)	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Luka Jahitan Perineum Pada Ibu Post Partum Di RSUD Balaraja	Metode dalam penelitian ini adalah <i>pre eksperimen design</i> dengan pendekatan <i>one grup pre test dan post test</i> . Teknik pengumpulan data menggunakan <i>accidental sampling</i> . Instrumen penelitian nyeri dengan <i>numerical rating scale</i> dan mobilisasi dini dengan lembar <i>checklist</i> . a) Variabel <i>Independent</i> : Pengaruh Mobilisasi Dini b) Variabel <i>Dependent</i> : Nyeri Luka Jahitan Perineum Pada Ibu Post Partum c) Populasi : 30 Responden	Analisa data menggunakan uji <i>Wilcoxon</i> . Hasil penelitian menunjukkan rata – rata intensitas nyeri sebelum mobilisasi setelah mobilisasi dini menjadi 2.60. Hasil statistic diperoleh <i>nilai Z score = - 4.963</i> , dengan <i>p value = 0.000</i> . Dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada ibu post partum pada luka jahitan perineum.
2.	Ribkha (2020)	Mobilisasi Dini Menurunkan Nyeri Akibat Jahitan Perineum Tingkat II Pada Ibu Post Partum	Penelitian dengan <i>survey analitik</i> dengan pendekatan <i>cross – sectional</i> . Analisa data menggunakan <i>rank spearman</i> . Dengan teknik <i>accidental sampling</i> . a) Variabel <i>Independent</i> : Mobilisasi Dini b) Variabel <i>Dependent</i> : Menurunkan Nyeri Akibat Jahitan Perineum c) Populasi : 30 Responden	Hasilnya adalah pada 2 jam post partum Sebagian besar tingkat nyeri jahitan luka perineum grade II pada tingkat sedang sebanyak 14 responden (46.7%) dan pada 4 jam post partum Sebagian besar tingkat nyeri jahitan perineum grade II sedang sebanyak 17 responden (56.7%). Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan terdapat hubungan tingkat nyeri jahitan perineum grade II dengan mobilisasi dini ibu 2 jam post partum (<i>p value = 0.000</i>) dan ibu 4 jam post partum (<i>p value = 0.027</i>).
3.	Nurjannah (2020)	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Perineum Ruptur Tingkat II	Jenis penelitian ini adalah bersifat kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional study</i> . Teknik pengambilan sampel dengan <i>purposive sampling</i> .	Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 orang responden, yang melakukan mobilisasi dini sebanyak 19 orang (63.3%), yang tidak melakukan mobilisasi dini sebanyak 11 orang

Pada Ibu Post
Partum di
Puskesmas Kassi
–Kassi Makassar
Tahun 2019

- a) Variabel *Independent* :
Pengaruh Mobilisasi
Dini
- b) Variabel *Dependent* :
Penyembuhan luka
perineum rupture tingkat
II
- c) Populasi : 85 Responden
Sampel : 30 Responden

(36.7 %), dan yang memiliki
penyembuhan baik terhadap luka
perineum sebanyak 21 orang
(70.0%), yang kurang baik
sebanyak 9 orang (30.0%). Hal ini
menunjukkan terdapat pengaruh
mobilisasi dini terhadap
penyembuhan luka perineum pada
ibu post partum dengan nilai $p =$
 $0.004 < \alpha = 0.05$.

