

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Persalinan *Sectio Caesarea* (SC)

1. Pengertian

Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Potter & Perry, 2020). Operasi adalah tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh yang dilakukan di ruang operasi rumah sakit dengan prosedur yang sudah ditetapkan (Smeltzer & Bare, 2018).

Istilah *Sectio Caesarea* berasal dari perkataan Latin *Caedere* yang artinya memotong. *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Leniwita & Anggraini, 2019). Menurut Saifuddin (2018), *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

2. Kategori *Sectio Caesarea*

Yustanta (2016) menjelaskan bahwa berdasarkan waktu dan pentingnya dilakukan SC, maka dikelompokkan 4 kategori yaitu:

- a. Kategori 1 atau emergency, dilakukan sesegera mungkin untuk menyelamatkan ibu atau janin, contohnya abropsio plasenta, atau penyakit parah janin lainnya.

- b. Kategori 2 atau urgent, dilakukan segera karena adanya penyulit namun tidak terlalu mengancam jiwa ibu ataupun janinnya, contohnya distosia.
- c. Kategori 3 atau scheduled, tidak terdapat penyulit.
- f. Kategori 4 atau elective, dilakukan sesuai keinginan ibu dan kesiapan tim.

3. Etiologi *Sectio Caesarea*

Oxorn dan Forte (2019) menjelaskan bahwa indikasi SC adalah sebagai berikut:

- 1) Panggul sempit dan dystocia mekanis; Disproporsi fetopelik, panggul sempit atau jumlah janin terlampau besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan persalinan tidak maju.
- 2) Pembedahan sebelumnya pada uterus; *Sectio Caesarea*, histerektomi, miomektomi ekstensif dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan *Sectio Caesarea*.
- 3) Perdarahan; disebabkan plasenta previa atau abruptio pasenta.
- 4) Toxemia gravidarum; mencakup preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
- 5) Indikasi fetal; gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, prolapses funiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post moterm caesarean dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis.

4. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Sectio cesarea adalah suatu proses persalinan melalui pembedahan pada bagian perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh. Indikasi persalinan SC disebabkan karena faktor ibu dan janin. Setiap operasi *Sectio Caesarea* anestesi spinal lebih banyak dipakai dikarenakan lebih aman untuk janin. Tindakan anestesi yang diberikan dapat mempengaruhi tonus otot pada kandung kemih sehingga mengalami penurunan yang menyebabkan gangguan eliminasi urin (Ainuhikma, 2018).

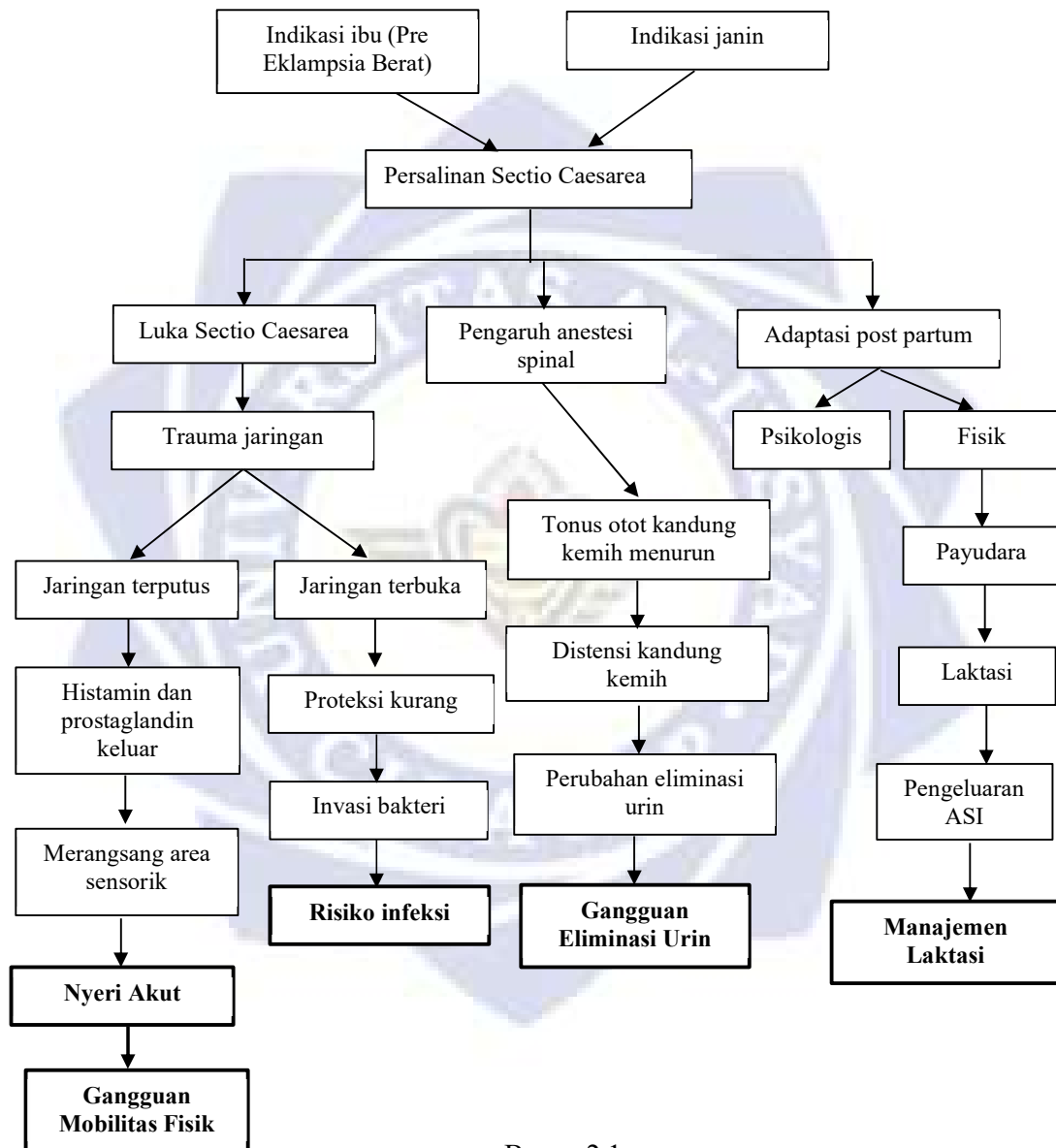
Sayatan pada perut dan rahim akan menimbulkan trauma jaringan dan terputusnya inkontinensia jaringan, pembuluh darah, dan saraf disekitar daerah insisi. Hal tersebut merangsang keluarnya histamin dan prostaglandin. histamin dan prostaglandin ini akan menyebabkan nyeri pada daerah insisi. Rangsangan nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan munculnya masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Selanjutnya hambatan mobilisasi fisik yang dialami oleh ibu nifas dapat menimbulkan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Adanya jaringan terbuka juga akan menimbulkan munculnya risiko tinggi terhadap masuknya bakteri dan virus yang akan menyebabkan infeksi apabila tidak dilakukan perawatan luka yang baik (Potter & Perry, 2020).

5. Komplikasi

Morbiditas pada seksio sesarea lebih besar jika dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Ancaman utama bagi wanita yang menjalani seksio sesarea berasal dari tindakan anastesi, keadaan sepsis yang berat,

serangan tromboemboli dan perlukaan pada traktus urinarius, infeksi pada luka (Bobak et al., 2018).

6. Pathway



Bagan 2.1
Pathway

Sumber: Ainuhikma (2018) dan Potter & Perry (2020).

7. Penatalaksanaan

Keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* di ruang rawat ketika pasien sudah mencapai ruang rawat menurut Sari (2022) maka hal yang harus dilakukan adalah :

- a. Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, drainage, tube/selang, dan komplikasi.
- b. Manajemen luka, amati bekas luka operasi dan jahitan, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal. Observasi discharge untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Manajemen luka meliputi perawatan luka sampai dengan pengangkatan jahitan.
- c. Mobilisasi dini yang dapat meliputi *range of motion* (ROM), nafas dalam dan batuk efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neumuskuler dan mengeluarkan secret dan lendir.
- d. Rehabilitasi diperlukan oleh pasien untuk memulihkan kondisi pasien kembali.
- e. *Discharge planning* pasien dan memberikan informasi pada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi/penyakitnya post *Sectio Caesarea*.

B. Asuhan Keperawatan

1. Konsep nyeri

a. Pengertian

Nyeri (*pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan.

Sifatnya sangat subjektif karna perasaan nyeri berbeda pada setiap

orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Widaningsih & Rosya, 2019). Menurut Faisol (2022), nyeri merupakan pengalaman manusia yang paling kompleks dan merupakan fenomena yang dipengaruhi oleh interaksi antara emosi, prilaku, kognitif dan faktor-faktor sensori fisiologi. Nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian yang dilukiskan dengan istilah kerusakan.

Pada proses operasi pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah. Namun setelah selesai operasi, pasien mulai sadar dan efek anastesi habis bereaksi, pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri dibekas jahitan, keluhan ini sebetulnya wajar karena tubuh tengah mengalami luka dan penyembuhan luka tersebut tergolong panjang dan dalam. Pada operasi *Sectio Caesarea* ada tujuh lapisan perut yang harus disayat dan kemudian dijahit. Rasa nyeri di daerah sayatan yang membuat sangat terganggu dan merasa tidak nyaman (Dina & Ira, 2000).

b. Klasifikasi nyeri

Widaningsih dan Rosya (2019) menjelaskan bahwa klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi adalah sebagai berikut:

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang 10 lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali.

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu priode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.

c. Etiologi nyeri post *Sectio Caesarea*

Penyebab nyeri post SC adalah adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan *Sectio Caesarea* (SC). Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan

merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

d. Tanda dan gejala nyeri

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 :

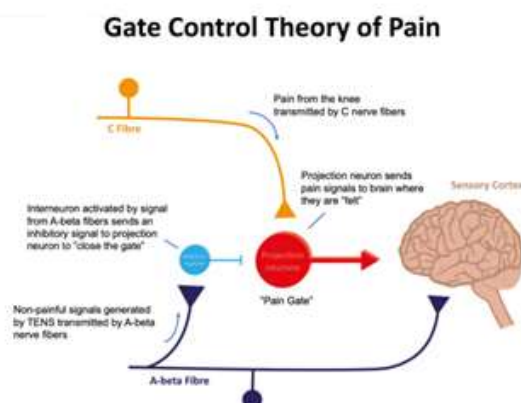
- a) Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut.
- b) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

e. Patofisiologi Nyeri Post *Sectio Caesarea*

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan *Sectio Caesarea* akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan

merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal. Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri post *Seccio Caesarea* dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan nonfarmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan hormone endorpin dari dalam tubuh. Endorpin berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis (Fauziah, 2023).

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun *Gate control theory* dianggap paling relevan (Widaningsih & Rosya, 2019).



Gambar 2.2 *Gate Control Theory of Pain*
Sumber: Widaningsih & Rosya (2019)

Impuls nyeri diatur oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentranmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan (Potter & Perry, 2020).

Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mechanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi, musik, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter & Perry, 2020).

f. Faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri

Mohamad et al. (2022) menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri adalah sebagai berikut:

1) Faktor fisiologis

- a) Kelemahan (*fatigue*) meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri terkadang jarang dialami setelah tidur atau istirahat cukup daripada di akhir yang panjang (Potter & Perry, 2020).
- b) Usia memiliki peranan penting dalam mempersiapkan rasa nyeri. Usia akan memengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan. Usia anak-anak akan sulit menginterpretasikan dan melokalisasi nyeri yang dirasakan karena belum dapat mengucapkan kata-kata dan mengungkapkan secara verbal maupun mengekspresikan nyeri yang dirasakan sehingga nyeri yang dirasakan biasanya akan diinterpretasikan kepada orang tua atau tenaga kesehatan (Mohamad et al., 2022).

2) Faktor psikologis.

Keadaan individu yang cemas dan stress dapat menghambat keluarnya endokrin yang berfungsi menurunkan persepsi nyeri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3) Faktor sosial

- a) Keluarga dan dukungan sosial, meski nyeri masih terasa, tetapi kehidupan keluarga ataupun teman terkadang dapat membuat pengalaman nyeri yang menyebabkan stress berkurang (Potter & Perry, 2020).
- b) Perhatian, tingkatan dimana klien memfokuskan perhatian terhadap nyeri yang dirasakan mempengaruhi persepsi nyeri. Meningkatkan perhatian berhubungan dengan kurangnya respon nyeri (Potter & Perry, 2020).
- c) Pengalaman sebelumnya, Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh

terhadap harapan individu yang terhadap penangan nyeri saat ini (Mubarak & Chayatin, 2020).

- 4) Faktor koping, Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki fokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa (Mubarak & Chayatin, 2020).

g. Penilaian nyeri

Potter dan Perry (2020) menjelaskan bahwa untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang antara lain:

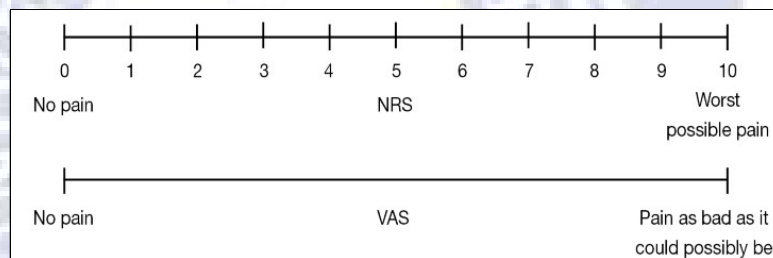
- 1) *Verbal Descriptor Scale* (VDS)

Verbal Descriptor Scale (VDS) adalah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari “tidak adanya rasa nyeri” sampai “nyeri hebat”. Perawat menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS

memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan.

2) *Visual Analogue Scale (VAS)*

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata



Gambar 2.3 *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada skala 1-3 seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules. Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk. Skala 7-9 merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien, sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol. Ujung kiri pada VAS menunjukkan “tidak ada rasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang paling berat”.

3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian.



Gambar 2.4 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- a) Skala 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
- b) Skala 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
- c) Skala 4-6 : rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
- d) Skala 7-10 : rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.

h. Penanganan Nyeri

1) Farmakoterapi

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 :

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

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), akupuntur, akupresur,

teknik nafas dalam, musik, *guide imagery* dan distraksi (Suwondo et al., 2017).

2. Mobilisasi dini

a. Pengertian

Mobilisasi pasca operasi adalah suatu pergerakan perubahan posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan setelah beberapa jam menjalani operasi (Nurmalita, 2021). Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2014).

b. Tujuan dan Manfaat Mobilisasi Dini

Nurmalita (2021) menjelaskan bahwa tujuan mobilisasi dini pada pasien post operasi adalah mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan kekuatan otot, memperlancar buang air kecil dan buang air besar, mencegah terjadinya hipotensi (tekanan darah rendah) dan mencegah terjadinya konstipasi (susah BAB). Menurut Smeltzer & Bare (2018), manfaat mobilisasi dini pada pasien post operasi adalah mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah. Selain itu, mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri,

mencegah tromboplebitis, memberi nutrisi untuk penyembuhan pada daerah luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal.

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 otot 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

f. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi

Menurut Potter dan Perry (2020), mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut :

1) Faktor fisiologis

Faktor fisiologis atau proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilisasi karena dapat mempengaruhi fungsi

sistem tubuh seperti nyeri, peningkatan suhu tubuh dan perdarahan (Hidayat, 2017).

2) Faktor emosional

Kondisi emosional seseorang dapat menurunkan kemampuan untuk melakukan pergerakan (mobilisasi), seseorang yang mengalami perasaan kecemasan, kebahagiaan, kurangnya dukungan sosial, kepercayaan, tidak termotivasi akan mudah mengalami perubahan dalam melakukan pergerakan atau mobilisasi (Iza, 2018).

3) Faktor perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat umur yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan umur (Hidayat, 2017).

g. Tahap-tahap Mobilisasi

Tahap-tahap mobilisasi dini menurut Clark *et al*, (2013), adalah sebagai berikut :

- 1) Level 1 : Pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15° , 30° , 45° , 60° , dan 90° .

- 2) Level 2 : Pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur.
- 3) Level 3 : Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- 4) Level 4 : Tahap terakhir pasien dapat berdiri dan berjalan mandiri.

h. Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini

Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini menurut Iza (2018) 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 6 jam pertama post operasi

- 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 menggerakan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki

Pada 12 jam post operasi

- 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

Pada 24 jam pertama post operasi

- a) Posisikan *semi fowler* 30°- 40° secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan
- b) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk

Pada hari ke 2 post operasi

Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan.

Pada hari ke 3 post operasi

- a) Pasien duduk dan menurunkan kaki ke arah lantai.
- b) 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.

3. Asuhan Keperawatan

a. Fokus pengkajian

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). Pengkajian keperawatan pada ibu post *Seccio Caesarea* menurut Ratih (2019) adalah :

- 1) Identitas pasien meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record.
- 2) Keluhan utama, subjektif: mengeluh nyeri dan objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

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 dirasakan 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) Riwayat persalinan sekarang, untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji yaitu: kehamilan beberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.
 - 4) Riwayat menstruasi, pada ibu yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.
 - 5) Riwayat perkawinan, usia perkawinan, perkawinan beberapa, usia pertama kali kawin.
 - 6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.
 - 7) Riwayat penggunaan alat kontrasepsi, tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

8) Pola kebutuhan sehari-hari

- a) Bernafas, pada pasien dengan post *Sectio Caesarea* tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- b) Makan dan minum, pada pasien post *Sectio Caesarea* tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.
- c) Eliminasi, pada pasien post *Sectio Caesarea* pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
- d) Istirahat dan tidur, pada pasien post *Sectio Caesarea* terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- e) Gerak dan aktifitas, pada pasien post *Sectio Caesarea* terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- f) Kebersihan diri, pada pasien post *Sectio Caesarea* kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- g) Berpakaian, pada pasien post *Sectio Caesarea* biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.

- h) Rasa nyaman, pada pasien post section caesarea akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
 - i) Konsep diri, pada pasien post *Sectio Caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
 - j) Sosial, pada ibu *Sectio Caesarea* lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
 - k) Bermain dan rekreasi, pada pasien post *Sectio Caesarea* ibu biasanya belum bisa bermain dan berkreasi.
 - l) Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.
 - m) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partu untuk ibu dengan *Sectio Caesarea* meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.
 - n) Data spiritual, kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan.
- 9) Pemeriksaan fisik
- a) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.

- b) Pemeriksaan kepala wajah: Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.
- c) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran tiroid.
- d) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- e) Pemeriksaan payudara : Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- f) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka.
- g) Pemeriksaan eksremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, eksremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- h) Genetalia: Menggunakan dower kateter.
- i) Data penunjang, pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

b. Diagnosa Keperawatan ibu post *Sectio Caesarea*

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

kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa asuhan keperawatan pada ibu post *Sectio Caesarea* meliputi:

1) Nyeri akut

a) Pengertian

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

b) Etiologi

Penyebab nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut: agen pencedera fisik, agen pencedera kimiawi dan agen pencedera fisiologi

c) Manifestasi klinis

(1) Gejala dan tanda mayor: Subjektif: mengeluh nyeri dan Objektif: Tampak meringis bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) gelisah frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur

(2) Gejala dan tanda minor: Subjektif tidak tersedia dan Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri berfokus pada diri sendiri, diaforesis kondisi klinis terkait kondisi pembedahan, cedera traumatis infeksi, sindrom koroner akut dan glaukoma.

d) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut dan glaukoma.

2) Gangguan mobilisasi fisik

a) Pengertian

Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

b) Etiologi

Penyebab gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut: kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan dan gangguan sensori-persepsi.

c) Manifestasi klinis

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

DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

DO: Kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun.

d) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah disorganisasi perilaku bayi, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, kelelahan, kesiapan peningkatan tidur, risiko disorganisasi perilaku bayi dan risiko intoleransi aktivitas.

3) Risiko infeksi

a) Pengertian

Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

b) Etiologi

Penyebab risiko infeksi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah penyakit kronis (mis: diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan

pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat).

c) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis risiko infeksi adalah demam, luka kemerahan, nyeri, bengkak dan kadar sel darah putih memburuk.

d) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah gangguan integritas kulit/jaringan, hipertermia, hipotermia, perilaku kekerasan, perlambatan pemulihan pascabedah, risiko alergi, risiko bunuh diri, risiko cedera, risiko cedera pada ibu, risiko cedera pada janin, risiko gangguan integritas kulit/jaringan, risiko hipotermia, risiko hipotermia perioperatif, risiko jatuh, risiko luka tekan, risiko mutilasi diri, risiko perilaku kekerasan, risiko perlambatan pemulihan pascabedah, risiko termoregulasi tidak efektif dan termoregulasi tidak efektif.

4) Gangguan eliminasi urin

a) Pengertian

Gangguan eliminasi urin merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai disfungsi eliminasi urin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

b) Etiologi

Penyebab gangguan eliminasi urin menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan), kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi), hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital) dan imaturitas (pada anak usia < 3 tahun).

c) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis gangguan eliminasi urin yaitu: DS: Desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nocturia (buang air kecil pada malam hari), mengompol dan enuresis (tidak dapat menahan kencing). DO: Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesistancy) dan volume residu urin meningkat.

d) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah gangguan eliminasi urin, inkontinensia fekal, inkontinensia urin berlanjut, inkontinensia urin berlebih, inkontinensia urin fungsional, inkontinensia urin refleks, inkontinensia urin stres, inkontinensia urin urgensi, kesiapan peningkatan eliminasi urin, konstipasi, retensi urin, risiko inkontinensia urin urgensi dan risiko konstipasi.

c. Intervensi Asuhan 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. Rencana keperawatan atau intervensi yang dapat diberikan pada ibu post SC dengan nyeri akut dijelaskan pada tabel 2.1 di bawah ini.

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan pada Ibu Post SC

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Nyeri akut	Tingkat Nyeri (I.08066) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan Tidur menurun 5. Menarik menurun diri	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan: 1. Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaforesis menurun 8. Perasaan depresi (tertekan) menurun 9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 10. Anoreksia menurun 11. Perineum terasa tertekan menurun 12. Uterus teraba membulat menurun 13. Ketegangan otot menurun 14. Pupil dilatasi menurun 15. Muntah menurun 16. Mual menurun 17. Frekuensi nadi membaik 18. Pola nafas membaik 19. Tekanan darah membaik 20. Proses berfikir membaik 21. Fokus membaik 22. Fungsi berkemih membaik 23. Perilaku membaik 24. Nafsu makan membaik 25. Pola tidur membaik	e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Terapeutik a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri berupa kompres dingin. 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. 3. Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat e. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri f. Kolaborasi g. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Gangguan mobilitasi fisik	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) 1. Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Risiko infeksi	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> Demam menurun Kemerahan menurun Nyeri menurun Bengkak menurun Kadar sel darah putih membaik 	Pencegahan Infeksi (I.14539) <ol style="list-style-type: none"> Observasi <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Batasi jumlah pengunjung Berikan perawatan kulit pada area edema Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Gangguan eliminasi urin	Eliminasi urin (L.04034) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka eliminasi urin membaik, dengan kriteria hasil: Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa eliminasi urin membaik adalah: 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun 3. Distensi kandung kemih menurun 4. Berkemih tidak tuntas (hesistancy) menurun 5. Volume residu urin menurun 6. Urin menetes (dribbling) menurun 7. Nokturia menurun 8. Mengompol menurun 9. Enuresis menurun	Manajemen Eliminasi Urin (I.04152) 1. Observasi a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin b. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin c. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) 2. Terapeutik a. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih b. Batasi asupan cairan, jika perlu c. Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur 3. Edukasi a. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih b. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin c. Ajarkan mengambil spesimen urin midstream d. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih e. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan f. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi g. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur 4. Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

d. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat

disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Ratih, 2019).

C. *Evidence Base Practice (EBP)*

Tabel 2.2
Evidence Base Practice (EBP) Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Persalinan SC

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
Riris et al. (2023)	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Ibu Post <i>Sectio Caesarea</i> di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang	Penelitian ini dirancang dengan menggunakan desain penelitian quasy experimental dengan pretest-posttest non equivalent control group design. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan non-	Sebelum dilakukan mobilisasi dini pada kelompok intervensi kategori paling banyak adalah nyeri berat terkontrol dengan jumlah 8 orang atau 100%. Sedangkan setelah dilakukan mobilisasi dini pada kelompok intervensi kategori paling banyak

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
		probability sampling. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 16 orang dimana ibu dengan post <i>Sectio Caesarea</i> akan diberikan intervensi mobilisasi dini dalam menurunkan tingkat nyeri. Instrument penelitian menggunakan skala nyeri dan SOP mobilisasi dini. Analisa bivariat dengan menggunakan uji Paired sample t-test.	adalah nyeri sedang dengan jumlah 8 orang atau 100%. Ada perbedaan yang signifikan pada tingkat nyeri responden antara pretest dan posttest dengan nilai p-value adalah 0,032 yang menunjukkan bahwa nilai p-value tersebut lebih kecil dari 0,05 (<0,05).
Ginting et al. (2024)	Pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi <i>Sectio Caesarea</i> di Rumah Sakit Siloam Jakarta	Desain dalam penelitian ini menggunakan Quasi eksperiment. Dengan menggunakan pendekatan one group pretest posttest design. Total populasi 3 bulan terakhir sebanyak 397 pasien. jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 18 responden. Teknik sampling yang digunakan adalah purposive sampling. Instrument penelitian menggunakan skala nyeri dan SOP mobilisasi dini. Metode analisis statistik yang digunakan adalah Uji Paired T-Test	Intensitas nyeri sebelum intervensi mobilisasi dini sebagian besar dengan kategori sedang (81,3%) dan setelah diberikan intervensi mobilisasi dini sebagian besar dengan kategori ringan (87,5%). Terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi <i>Sectio Caesarea</i> di Rumah Sakit Siloam Jakarta (pv = 0,000)..
Safitri & Andriyani (2024)	Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Post Operasi <i>Sectio Caesarea</i>	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, metode penelitian yaitu pre eksperimental design. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi <i>Sectio</i>	Intensitas nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini dengan mean 5,29 dan setelah dilakukan mobilisasi dini mean 2,75. Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
		caesaria (SC) berjumlah 24 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik total sampling. Pengumpulan data dengan cara observasi. Instrument pengumpulan data berupa lembar observasi Numeric Rating Scale (NRS). analisa bivariat dengan menggunakan uji Wilcoxon.	nyeri post operasi section caesarea (p value = 0,00).

