

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi

Post partum / masa nifas adalah waktu penyembuhan setelah melewati masa kehamilan dan persalinan yang dimulai sejak lahirnya janin serta akan berakhir pada saat alat reproduksi sudah kembali seperti sebelumnya pada saat ibu tidak dalam masa hamil. Masa setelah melahirkan adalah waktu yang membutuhkan perhatian dan perawatan yang intensif karena pada terjadi perubahan kekebalan tubuh dan sistem fungsi tubuh (Pujiastuti et al, 2021).

2. Tahapan post partum

Tahapan-tahapan setelah melahirkan ada 3 tahap yaitu : (Maryunani, 2017)

a. Puerperium Dini (Periode immediate post partum) :

- 1) Masa pemulihan sehabis plasenta lahir hingga dengan 24 jam.
- 2) Merupakan masa pemulihan setelah plasenta lahir hingga pulih dimana ibu telah diperbolehkan mobilisasi dini.
- 3) Waktu pemulihan dimana ibu sudah diperbolehkan berdiri serta berjalan.
- 4) Pada masa ini sering terjadi beberapa permasalahan, seperti, perdarahan sebab atonia uteri.
- 5) Peran : teratur melaksanakan pengecekan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

b. Puerperium Intermedial (*Periode Early Postpartum* 24 jam – 1 minggu) :

- 1) Masa kepulihan merata alat-alat genitalia yang berlangsung sekitar 6-8 minggu.
- 2) Peran : memastikan involusi uteri dalam kondisi yang normal, tidak terdapat perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dari cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

- c. Remote Puerperium (Periode Late Postpartum, 1 minggu–5 minggu) :
 - 1) Waktu yang dibutuhkan untuk kembali pulih dan sehat, terutama apabila selama hamil maupun bersalin ibu mempunyai komplikasi, maka pada waktu ini sangat dibutuhkan dan waktu masa ini bisa berlangsung selama 3 bulan atau bahkan bisa sampai tahunan.
 - 2) Peran : pada masa ini senantiasa melaksanakan perawatan serta pemeriksaan setiap hari dan melakukan konseling KB.

3. Perubahan fisiologis post partum

Pada saat berbadan dua ibu mengalami perubahan pada tubuhnya. Begitu pula ibu setelah melahirkan juga mengalami beberapa perubahan dalam tubuhnya. Perubahan fisik yang dapat terjadi pada ibu setelah melahirkan yaitu: (Dermawan, 2016 dalam Saidati, 2022)

a. Sistem reproduksi

1) Uterus

a) Proses Involusi

Proses kembalinya uterus ke keadaan di saat sebelum hamil. Proses ini diawali dari setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

b) Kontraksi

Kontraksi uterus terus bertambah secara signifikan setelah bayi lahir, hal ini terjadi sebagai bentuk wujud respons terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar.

c) Afterpains

Keadaan ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus bermabah sehingga fundus pada biasanya senantiasa kencang. Relaksasi serta kontraksi yang periodic sering dirasakan multipara serta dapat memunculkan rasa nyeri yang dapat bertahan selama puerperium dini.

2) Tempat Plasenta

Setelah plasenta serta ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskuler serta thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul serta tidak teratur. Perkembangan

endometrium ke atas menimbulkan pelepasan jaringan nekrotik serta menghindari pembentukan jaringan parut yang menjadi ciri pengobatan luka.

3) Lokhea

Lokhea merupakan cairan secret yang berasal dari uteri serta vagina setelah melahirkan selama masa post partum. Lokhea dibagi 3 yaitu:

a) Lokhea Rubra

Lokhea yang terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah cerah hingga dengan merah tua.

b) Lokhea serosa

Lokhea yang terjadi pada hari ke-3-14, warna merah muda

c) Lokhea alba

Lokhea yang keluar dari vagina dari hari ke-14 kemudian semakin lama semakin sedikit hingga tidak keluar. Lokhea berwarna seperti cairan putih

4) Serviks

Setelah melahirkan serviks jadi lunak setelah ibu melahirkan 18 jam pasca partum, serviks memendek serta konsistensinya menjadi padat serta kembali ke bentuk semula.

b. Sistem cerna

1) Nafsu makan

2) Motilitas

3) Defekasi

c. Payudara

1) Ibu tidak menyusui

Payudara umumnya teraba nodular (pada perempuan tidak hamil teraba granular). Pada perempuan tidak menyusui sekresi serta ekskresi kolostrum menetap selama sepanjang hari pertama hingga melahirkan. Pada hari ke 3 atau ke 4 post partum bisa terjadi pembengkakan pada payudara saat diraba terasa keras dan bengkak.

2) Ibu menyusui

Ketika pengeluaran susu teraba suatu massa (benjolan). Namun

kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Saat sebelum pengeluaran susu dimulai, payudara teraba lunak serta ketika kolostrum atau cair berwarna kekuningan dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai payudara teraba keras dan hangat bila disentuh. Rasa nyeri akan muncul selama sekitar 48 jam.. Puting susu harus dikaji erektilitasnya, sebagai kebalikan dari inverse dan untuk menemukan adanya fisura atau keretakan.

d. Sistem kardiovaskuler

- 1) Volume darah
- 2) Curah jantung
- 3) Tanda-tandavital
- 4) Varises

e. Sistem neurologi

Perubahan neurologis selama masa puerperium adalah penyesuaian neurologis yang terjadi dikala seorang ibu sedang hamil serta bisa disebabkan oleh trauma yang dialami ibu pada saat bersalin dan melahirkan

f. Sistem muskuloskeletal

Penyesuaian sistem musculoskeletal ibu yang terjadi pada saat masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa nifas. Adaptasi ini mencakup hal yang membantu relaksasi dan perubahan ibu yang disebabkan karena terjadi pembesaran rahim.

4. Perubahan psikologis post partum

Masa post partum atau masa setelah melahirkan adalah masa perpindahan dimana seorang ibu yang sudah melahirkan membutuhkan penyesuaian mental yang tidak mudah karena di waktu ini kecemasan seorang ibu akan bertambah berkaitan dengan pengalaman selama melahirkan. Masa pergantian psikologi pada masa setelah melahirkan (Taviyanda, 2019), antara lain:

a. *Fase taking in*

Fase ini adalah fase ketergantungan, biasanya terjadi pada hari pertama atau kedua setelah melahirkan yang ditandai dengan ciri khas ibu fokus

pada diri sendiri dan tidak peduli dengan lingkungan sekitar, ada rasa tidak nyaman yang dirasakan seperti: mules, sakit pada luka jahitan, dan tidur tidak cukup. Hal yang harus diperhatikan yaitu tidur yang cukup, komunikasi yang baik serta makanan bergizi yang tercukupi.

b. Fase taking hold

Fase ini terjadi 3-10 hari pasca melahirkan. Pada masa ini ibu menunjukkan perilaku cemas terhadap dirinya sendiri karena merasa tidak mampu serta tidak dapat bertanggung jawab dalam mengasuh anaknya. Hal yang perlu dilakukan yaitu berkomunikasi atau membicarakan cara merawat bayi dengan keluarga, serta memberikan dukungan dari keluarga dan memberikan informasi tentang tentang perawatan bayinya.

c. Taking letting go

Masa ini adalah fase pada saat ibu sudah mulai menerima keadaan dan tanggung jawab barunya, fase ini terjadi setelah 10 hari pasca melahirkan. Pada masa ini ibu mulai menerima diri dan lebih mampu merawat serta memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya serta dalam perawatan bayinya. Pada masa ini ibu memerlukan dukungan keluarga untuk mengasuh anaknya.

B. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian *sectio casarea*

Persalinan *sectio caesarea* merupakan tindakan operasi persalinan yang terbukti mengurangi angka kematian ibu ketika persalinan pervaginam terindikasi berisiko seperti persalinan lama, gawat janin, dan malpresentasi janin (Yulia sari et al., 2022). Menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2015 angka persalinan seksio sesarea terus meningkat di seluruh dunia hingga melebihi kisaran 10%-15%. Adapun Amerika Latin dan Kalibla menjadi angka seksio sesarea tertinggi yaitu di Eropa 19,2%, Asia 19,2% dan Afrika 7,3%. Sedangkan di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar 2018 menunjukkan adanya pravelensi kejadian persalinan dengan tindakan seksio sesarea adalah 31,3% dan pravelensi kejadian persalinan dengan tindakan seksio sesarea terendah di Papua 6,7% (Febiantri & Machmudah,

2021 dalam Safira, 2023).

2. Jenis-jenis *sectio caesarea*

Berdasarkan teknik penyayatan

a. *Sectio caesarea* klasik atau corporal

Dilaksanakan dengan membuat sayatan memanjang didalam korpus uteri sekitar 10 cm. Fokusnya meliputi: mengeluarkan bayi dengancepat, tidak menyebabkan komplikasi kandung kemih tertarik, serta sayatan dapat diperbesar di bagian proksimal dan distal. Sedangkan kelemahannya yaitu penyakit ini dapat dengan mudah menyebar ke intraabdomen sebab tidak terdapat peritoneum yang besar, sedangkan untuk persalinan lainnya, retakan uterus yang tidak terkendali lebih sering terjadi.

d. *Sectio caesarea* ismika atau profundal.

Hal ini dilaksanakan dengan membuat sayatan meilntang konstriktif di bagian bawah rahim (*low servikal transversal*) sekitar 10 cm. Keunggulan dari segmen *caesar ismica* yaitu penjahitan luka yang lebih sederhana, penutupan luka yang baik dengan *reperitonealization* penutup yag besar pada lipatan peritoneum untuk menghindari penyebaran substansi uterus ke dalam rongga peritoneum, serta kemungkinan pecahnya uterus tanpa batas berkurang atau lebih kecil. Sementara itu, kelemahannya yaitu lukanya melebar sehingga mengakibatkan rahim retak, perdarahan serta menimbulkan keluhan kandung kemih pasca operasi yang parah dan berat.

e. *Sectio caesarea* ekstra peritoneali

Yaitu tidak membuka peritoneum parietal serta tanpa membuka kedalaman perut.

3. Etiologi

a. Etiologi berasal dari ibu

1) Adapun penyebab indikasi pada ibu dan harus dilakukanya *Sectio Caesarea* yaitu adanya sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pada panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta pada tingkat I-II, komplikasi

kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), terdapat etiologi medis yang menjadi indikasi dilaksanakanya Sectio Caesarea antara lain CPD (Chepalo Pelvik Disproportion), PEB (PreEklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), dan faktor lainnya (Fauziah, 2022 dalam Aisyah 2023).

2) Etiologi berasal dari janin

Indikasi pada janin yang dilakukan operasi Sectio Caesarea, gawat janin, propalus funikuli (tali pusat penumpang), primigravida tua, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan congenital, anomali janin misalnya hidrosefalus. (Hartuti, et al, 2019 dalam Aisyah 2023).

4. Manifestasi Klinis

- a. Disproporsi *cheopalopelvik* atau kelainan pinggul (pinggul sempit)
- b. Plasenta previa
- c. Gawat janin
- d. Pernah *sectio caesarea* sebelumnya
- e. Letak janin abnormal
- f. Hipertensi pada kehamilan (Pre eklamsia)
- g. Ruptur rahim beresiko
- h. Persalinan lama (*prolonged labor*)
- i. Persalinan tidak maju (*obstructed labor*)
- j. Distosia serviks
- k. Ketidakberdayaan ibu mengejan
- l. Mal presntasi embrio

1) Letak lintang

- a) Jika terjadi penyempitan pinggul, tindakan *sectio caesarea* merupakan cara yang sempurna di semua cakupan dengan embrio hidup dan perkiraan yang khas.
- b) Semua primigravida dengan posisi melintang harus di tolong dengan operasi caesar meskipun tak ada persalinan panggul yang berkontraksi.

- c) Multipara letak lintang bisa ditolong dengan cara lain
- 2) Letak bokong

Sectio Caesarea dianjurkan pada letak bokong apabila ada :

 - a) Pinggul sempit
 - b) Primgravida
 - c) Janin sangat besar
- 3) Presentasi dahi serta muka (posisi defleksi) jika reposisi dan cara lainnya gagal.
- 4) Presentasi rangkap, jika reposisi tidak berhasil.
- 5) Gemeli, dianjurkan SC apabila :
 - a) Bayi dalam posisi melintang atau presentasi bahu
 - b) Ketika interlock terjadi
 - c) Distosia akibat tumor
 - d) Gawat janin

5. Patofisiologi

SC yaitu tindakan melahirkan bayi dengan berat badan di atas 500 gram dengan jalan masuk di dalam dinding uterus yang masih intaglio. Tanda gejala tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, pecahnya uterus, terpuntirnya jaringan halus, plasenta previa, serta lainnya, pada ibu. Sedangkan bagi bayi, bisa jadi krisis janin. Janin besar serta posisi melintang sesudah dilaksanakan.

SC ibu akan mengalami penyesuaian pasca bersalin baik dari sudut pandang kognitif dalam bentuk kebutuhan informasi. Karena kebutuhan akan data dan dari segi fisiologis, khususnya kekurangan produk *oxytocin* akan mengakibatkan seolah-olah keluarnya ASI sedikit, luka akibat sayatan akan menjadi *post de entreis* bagi bakteri serta kuman.

Oleh sebab itu cara ini penting untuk memberikan antibiotik serta merawat luka dengan standar steril. Nyeri sebab sayatan yang menimbulkan ketidaknyamanan. Sebelum pembedahan, ketenangan harus dibius, yang bisa bersifat teritorial atau umum. Bagaimana pun

anestesi umum lebih berdampak pada bayi dan ibu, anestesi umum mengakibatkan anak terlahir dalam keadaan apnea yang tak bisa diatasi dengan gampang. Sehingga embrio bisa keluar, padahal dampak anestesi pada ibu sendiri adalah pada tonus uterus berupa atonia uteri sehingga keluar sebagian darah. Untuk dampaknya terhadap pernapasan, tepatnya tidak efektifnya jalur pernafasan akibat emisi berlebihan sebab kerja otot silia pernapasan yang menutup. Anestesi ini juga berpengaruh pada saluran pencernaan dengan mengurangi fleksibilitas usus. Seperti di ketahui, sesudah makanan masuk kelambung, akan terjadi proses menghancurkan dengan bantuan gerak peristaltik usus. Pada saat itulah dicerna untuk sistem pencernaan sehingga tubuh mendapat

energi. Akibat penurunan angka kematian, peristaltik pun ikut berkurang. Makanan yang ada di dalam perut akan terkumpul sehingga refleks untuk mengunyah pun berkurang. Pada saat itu pemahamannya sangat berisiko terhadap aspirasi sehingga sangat penting untuk memasang tabung endotrakeal. Selain itu, berkurangnya motilitas juga terjadi pada perubahan pola eliminasi khususnya penyumbatan (Supratti & Ashriady, 2018 dalam Siti, 2023).

6. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Prawiroardjo, 2017 dalam Siti, 2023) ada beberapa penatalaksanaan medis yaitu:

- a. Perdarahan dari vagina harus diobservasi dengan seksama
- b. Perdarahan akibat vagina harus diperiksa dengan cermat
- c. Fundus uterus harus sesering mungkin dipalpasi dengan tujuan menjamin rahim tetap mampu berkontraksi kuat
- d. Pemberian analgesic serta anti mikroba
- e. Periksa aliran darah rahim minimal 30 ml/jam
- f. Pemberian cairan intravaskuler sebanyak 3 liter cairan biasanya memuaskan selama 24 jam pertama sesudah operasi
- g. Ambulasi satu hari sesudah operasi pasien bisa bangun dari tempat tidur sebentar dengan dibantu orang lain.

C. Konsep Teori Masalah Keperawatan

1. Definisi nyeri akut

Nyeri akut menurut (SDKI, 2020) merupakan pengalaman sensorik yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, yang terjadi secara tiba tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3bulan.

Nyeri adalah suatu stressor pengalaman sensorik dan emosional berupa sensasi yang tidak nyaman akibat adanya kerusakan suatu jaringan. Pengukuran nyeri menurut *Numeric Rating Scale (NRS)* dapat dibedakan menjadi tidak nyeri (0), nyeri ringan dengan skala (1-3), nyeri sedang dengan skala (4-6) dan nyeri berat dengan skala (7-10) (Febiantri & Machmudah, 2021 dalam Safira, 2023).

Nyeri merupakan respon sensori tidak menyenangkan yang dialami oleh individu secara unik yang diekspresikan secara berbeda oleh tiap individu yang dapat berdampak terhadap kondisi fisik dan psikis seseorang (Suastini & Pawestri, 2021 dalam Safira, 2023).

Nyeri merupakan masalah yang besar bagi kesehatan dunia, dimana diperkirakan 1 dari 5 orang dewasa menderita nyeri dan 1 dari 10 orang dewasa di diagnosis dengan nyeri kronis tiap tahunnya (Kurniyawan, 2016 dalam Safira 2023). Dari beberapa pengertian yang disebutkan di atas, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan aktual atau potensial pada jaringan. Nyeri dapat berkisar dari ringan hingga berat, dan dapat diukur menggunakan skala seperti *Numeric Rating Scale (NRS)*.

2. Penyebab

SDKI, 2020 menyebutkan penyebab nyeri akut:

- 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)
- 3. Tanda dan gejala

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2016), data mayor dan data minor pada nyeri akut antara lain :

- a. Tanda dan gejala mayor :
 - 1) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri.
 - 2) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap proktif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), pasien tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- b. Tanda dan gejala minor :
 - 1) Secara subjektif tidak ditemukan data subjektif.
 - 2) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis

4. Pengukuran intensitas nyeri

Pengukuran intensitas nyeri (Labibah, 2022) sebagai berikut :

Untuk mengetahui skala nyeri yang diraskan pasien maka dibutuhkan alat ukur nyeri menurut. Alat ukur nyeri yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri setelah pembedahan antara lain *numeric rating scale* dan *visual analog scale*.

- a. *Numeric rating scale (NRS)* merupakan alat pengukuran nyeri dengan nilai 0 sampai dengan 10 dimana nilai 0 yang berarti tidak merasakan nyeri dan nilai 10 yang berarti nyeri yang dirasakan ekstrim.
- b. Alat pengukur nyeri ketiga yaitu *visual analog scale (VAS)* merupakan alat pengukur nyeri yang hamper sama dengan NRS berupa garis horizontal 100 mm yang berarti angka 0 mm tidak merasakan nyeri dan 100 mm nyeri hebat.

D. Konsep Mobilisasi Dini

1. Pengertian mobilisasi dini

Mobilisasi dini merupakan proses yang disarankan untuk ibu *postpartum* 2-6 jam setelah melahirkan karena sangat membantu proses penyembuhan memperlancar pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium, melancarkan fungsi alat gastrointensial dan alat kelamin, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolism, ibu merasa sehat dan kuat dan usus dan kandung kemih lebih baik (Tinggi et al., 2022 dalam Safira, 2023).

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan yang berguna untuk membantu penyembuhan luka pada ibu pasca operasi seksio sesarea (Rottie & Saragih, 2019 dalam Safira, 2023).

2. Manfaat mobilisasi

Manfaat dari mobilisasi dini pada ibu postpartum dapat melancarkan pengeluaran lochea, membantu proses penyembuhan luka akibat persalinan, mempercepat involusi uterus, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan perkemihan serta meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat pengeluaran metabolisme. Mobilisasi dini juga bermanfaat untuk menormalkan sirkulasi didalam tubuh, juga untuk mencegah komplikasi seperti emboli paru dan tromboplebitis (Liawati & Novani, 2018 dalam Safira, 2023).

3. Tahapan mobilisasi pada post partum

Tahapan mobilisasi dini dibagi menjadi 2:

f. Tahapan Mobilisasi Dini pada Pasien Persalinan Normal

Salah satu upaya untuk mencegah terjadinya perpanjangan masa penyembuhan luka perineum adalah dengan melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan dapat mencegah komplikasi pasca persalinan. Banyak keuntungan

yang bisa diraih dari Latihan tidur dan berjalan pada periode dini pasca persalinan. Mobilisasi segera secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi serta thrombosis vena. Bila terlalu dini melakukan mobilisasi dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Jadi mobilisasi secara teratur dan bertahap yang diikuti dengan Latihan adalah hal yang paling dianjurkan (Astuti & Hartinah, 2021).

g. Tahapan Mobilisasi Dini Pada Pasien *sectio caesarea*

Mobilisasi dini dapat mulai dilakukan setelah 6 jam pasca persalinan. Mobilisasi yang dilaksanakan sesegera mungkin pada pasien pasca pembedahan akan semakin membantu pasien dalam menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang mengungkapkan bahwa semakin terlambat pasien dalam melakukan mobilisasi pasca tindakan pembedahan maka intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien akan semakin tinggi.

Mobilisasi dengan menggerak-gerakan tungkai kaki terlebih dahulu kemudian dilanjutkan dengan berlatih miring kanan dan miring kiri pada 10 jam berikutnya. Pada hari kesatu pasca *sectio caesarea* pasien bisa mulai berlatih duduk. Pada hari kedua pasien mulai berlatih berdiri, lalu berjalan-jalan. Mobilisasi yang dilakukan secara teratur dan bertahap akan dapat membantu mempercepat masa penyembuhan pada pasien pasca persalinan secara seksio sesarea (Suastini & Pawestri, 2021).

4. Prosedure mobilisasi dini

Penerapan terapi mobilisasi dini dilakukan 6 jam setelah post op *sectio caesarea* dengan prosedure mobilisasi dini yang pertama

a. Pra interaksi

yaitu mencuci tangan.

b. fase pra interaksi

fase orientasi dimulai dari memberi salam, memastikan identitas pasien, menjelaskan tujuan dan prosedur, menanyakan persetujuan.

c. fase kerja

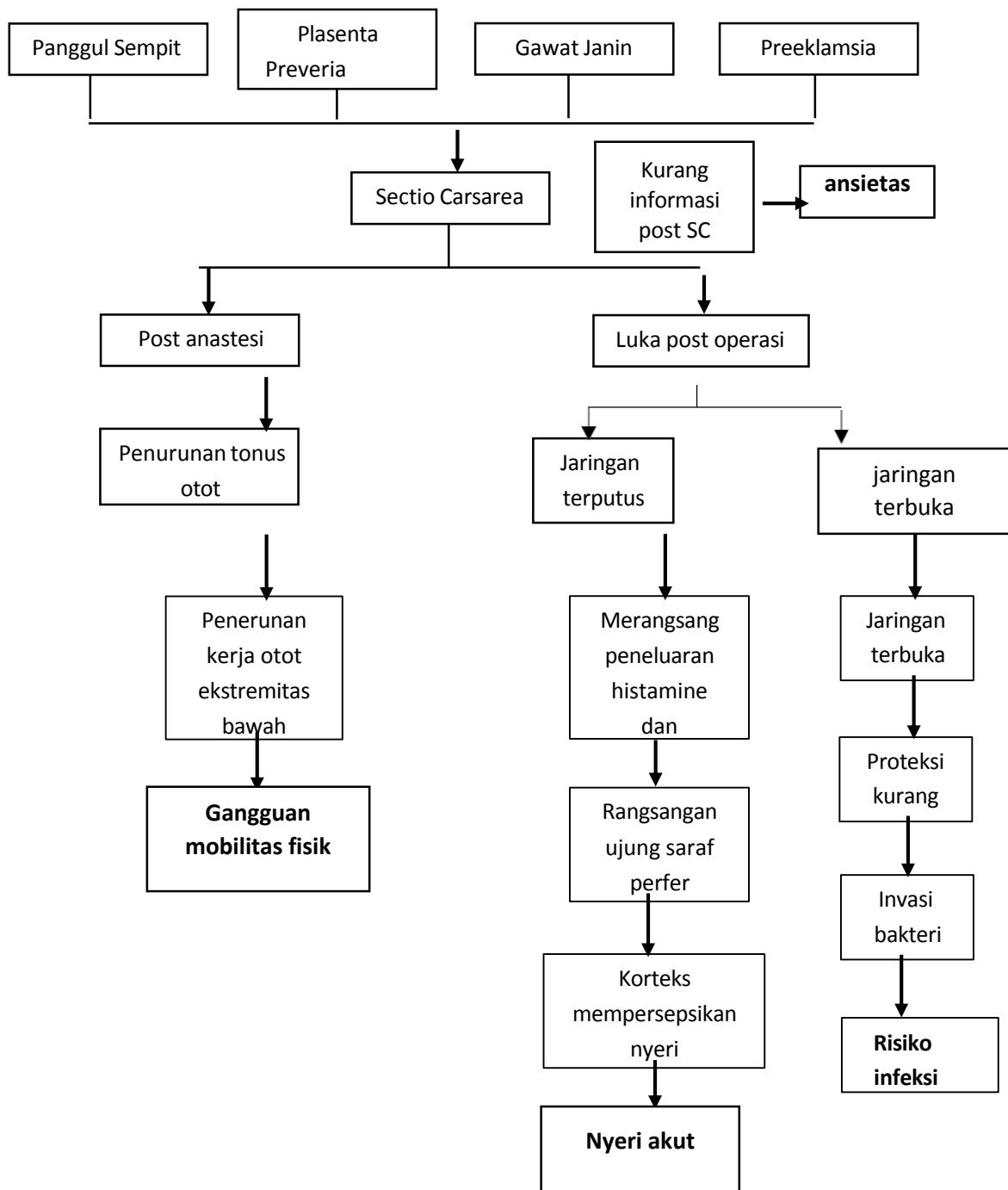
fase kerja dimulai dengan menjaga privasi pasien, mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang, anjurkan distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit, latihan gerak kedua tungkai kakinya selama 1 menit, tetap dalam posisi berbaring, lakukan gerakan mengangkat kedua tangan sebanyak 3 kali, selanjutnya latihan miring kanan dan kiri, mengangkat kaki kanan dan kiri, menekuk kaki kanan dan kiri.

d. fase terminasi

fase terminasi berisi evaluasi dan tindak lanjut yaitu melakukan evaluasi tindakan, menganjurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga, mencuci tangan.

5. Pathway

Bagan 2.1 Pathway Nyeri Akut



Sumber: (Siti, 2023)

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistenatis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengakap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono, 2016 dalam Safira, 2023).

2. Pengakjian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis. Tanda- tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis (PPNI, 2016).

a. Identitas

Pengkajian identitas pasien meliputi : nama, umur, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku atau bangsa, status pernikahan, Pendidikan. Identitas penanggung jawab : nama, umur, alamat, hubungan dengan pasien, suku atau bangsa.

b. Riwayat Kesehatan Pasien

1) Keluhan Utama

Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala 0-10. 0 : nyeri tidak di rasakan, 1-3 : nyeri ringan, 4-5 : nyeri sedang, 6-8 : nyeri berat, 9-10 : nyeri tak tertahankan.

P (*Paliaty*) : Penyebab nyeri

Q (*Quality*) : Dimana rasa nyeri di tusuk, di potong

R (*Regional*) : Dimana rasa nyeri yang di rasakan

S (*Sevety*) : Skala nyeri

T (*Time*) : Berapa lama nyeri berlangsung

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap, rawat jalan, kebiasaan dan gaya hidup.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti : penyakit jantung, DM, hipertensi dan asma yang dapat mempengaruhi.

e. Riwayat Obstetrik

- 1) Riwayat menstruasi : umur menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang diraskan saat menstruasi dan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT).
- 2) Riwayat pernikahan : jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan.
- 3) Riwayat kelahiran, persalinan dan nifas yang lalu : riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dan faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong dan penyulit), komplikasi postpartum (laserasi, infeksi dan pendarahan), jumlah anak yang dimiliki.

f. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

Setiap pola fungsi Kesehatan pasien terbentuk atau interaksi antara pasien dan lingkungan kemudian menjadi suatu rangkaian perilaku membantu perawat untuk mengumpulkan, mengorganisasikan dan memilah-milah datam. Pengkajian pola fungsi Kesehatan terdiri dari pola nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya. Pola aktifitas biasanya pada pasien post seksio sesarea mobilisasi dilakukan secara

bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam peratama setelah pasca operasi, kemudian Latihan duduk dan Latihan berjalan. Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan. Pra eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena pasien pasca operasi seksio sesarea takut untuk melakukan BAB. Pola istirahat dan tidur biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan. Pola reproduksi biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : tingkat kesadaran compos mentis, jumlah GCS (14-15), tanda-tanda vital, serta berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan atas dalam batas normal 23,5 cm kurang dari 23,5 maka interpretasinya adalah kurang energi kronis (KEK).
- 2) Pemeriksaan head to toe
 - a) Kepala : pasien merasa pusing dan sulit berkonsentrasi, wajah pasien tampak pucat, tampak tegang dan gelisah.
 - b) Mata : kontak mata pasien tampak buruk.
 - c) Mulut : tampak suara pasien bergetar Ketika berbicara.
 - d) Jantung dan paru : tampak mengalami palpitasi (jantung berdegup dengan kencang).
- 3) Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu postpartum biasanya terjadi pembesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses mengerang yang salah. Pada pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil dan warna tonsil.
- 4) Pada pemeriksaan thorax meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voval fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pda setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).

- 5) Pada pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua putting susu menonjol, aerola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit. Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (bunyi jantung).
- 6) Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (lihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak).
- 7) Pada pemeriksaan genitalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema, tannda-tanda infeksi, periksa lochea meliputi warna, jumlah dan konsistensinya). Pada pemeriksaan kandung kemih apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu untuk berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan kateterisasi.
- 8) Pada pemeriksaan anus diperiksa ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperature kulit, tekstur, hipergimentasi. Pada pemeriksaan ektermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan human sign. Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi pasien, proses berpikir, kemauan atau motivasi serta persepsi pasien.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah merupakan suatu penilaian klinis mengenai repons pasien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi reposn pasien individu, keluarga dan komunitas situasi yang berkaitan dengan Kesehatan. Diagnosis keperawatan dapat ditegakkan apabila data yang dikaji mencakup minimal 80% dari data mayor (PPNI, 2016). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien seksio sesarea adalah :

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi

4. Intervensi

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut	<p>Tingkat nyeri L.08066 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen nyeri I.08238</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan identitas nyeri 2. Identitas skala nyeri 3. Identitas respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meperingat nyeri 5. Identifikasi

		<p>pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan nonfarmakologi s untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, dan terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumbernyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor
--	--	--

			<p>nyeri secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1x7 jam, maka diharapkan mobilitas fisik klien membaik. Dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI: Mobilitas Fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 	<p>SIKI: Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan gerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan gerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini <p>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
3	Ansietas	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan :	<p>SIKI : Terapi relaksasi (I. 09326)</p> <p><i>Observasi :</i></p>

		<p>SLKI : Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <p>Ekspektasi : Membaiik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun: (5) 2. Perilaku gelisah menurun (5) 3. Perilaku tegang menurun (5) 4. Konsentrasi membaik (5) 5. Pola tidur membaik (5) <p>Keterangan :</p> <p>1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
4	Resiko infeksi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan risiko infeksi klien menurun</p> <p>SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan risiko infeksi</p>	<p>SIKI : Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan

	<p>klien menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>pasien dan lingkungan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pertahankan teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi 4. Memberikan perawatan kolostomi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>bila perlu</i></p>
--	--	--

5. Implementasi Keperawatan Sesuai EBP

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien sesuai dengan inervensi keperawatan yang telah ditetapkan, sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Aisy, 2020).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu melakukan penilaian ulang kepada pasien setelah diberikan asuhan keperawatan atau telah diberikan tindakan yang sudah diimplementasikan. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui sudah tercapai atau belum tujuan keperawatannya atau kriteria hasilnya sudah terpenuhi atau belum. Evaluasi keperawatan juga bertujuan untuk mengetahui masalah kebutuhan pasien sudah terpenuhi atau belum dan untuk menentukan tindakan apa selanjutnya yang harus dilakukan (Aisy, 2020).

F. Evidence Base Practice (EBP)

2.1 Tabel evidence base practice

Penulis / tahun	Judul penelitian	Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
Sylvia&Rasyada (2023)	Mobilisasi dini terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi sectio caesarea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desain penelitian yang digunakan adalah one group pre-post design 2. Pengambilan sampel secara total sampling berjumlah 24 orang 3. Pengumpulan data dengan cara wawancara/observasi. Instrument pengumpulan data berupa lembar observasi Numeric Rating Scale (NRS). 4. Analisa data yang digunakan pada penelitian ini yaitu uji Wilcoxon dimana sebelumnya telah dilakukan uji normalitas data 	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 nyeri post operasi section caesarea (p value = 0,00). Saran: Bagi layanan keperawatan, untuk menerapkan dan mendampingi pasien post sectio caesarea melakukan mobilisasi dini sesegera mungkin, sehingga gerakan yang dilakukan pasien benar, tepat dan tepat.
Santoso <i>et al</i> (2022)	Penurunan skala nyeri pasien post operasi sectio caesarea dengan teknik mobilisasi dini	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penelitian ini Quasy Experiment dengan Pre-Post test Only Control Group Design. 2. Teknik sampling dengan purposive sampling, 30 subjek post sectio caesarea terdiri 15 responden kelompok perlakuan (mobilisasi 4-5 jam post operasi) dan 15 responden kelompok kontrol (mobilisasi 6-8 jam post operasi) 	Hasil penelitian, ada pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

		<p>3. Analisa data yang digunakan adalah uji wilcoxon</p> <p>4. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah skala nyeri dengan skala ukur numerik. Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini adalah teknik mobilisasi dini.</p> <p>5. Instrumen yang digunakan dalam pengukuran skala nyeri adalah Numeric Rate Score (NRS) untuk mengukur skala nyeri. Instrumen NRS telah terbukti valid dan reliabel</p>
Uzlifatul <i>et al</i> (2025)	Pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post section caesarea diruang gurami rumah sakit teungku fakinah banda aceh tahun 2024	<p>1. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain penelitian quasi eksperiment yang menggunakan desain non equivalent control group</p> <p>2. Teknik yang digunakan adalah purposive sampling, jumlah sampel berjumlah 30 orang.</p> <p>3. Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berbentuk data dan lembar observasi yang disusun oleh peneliti untuk mengukur intervensi mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post sectio caesarea menggunakan numeric rating scale (NRS).</p> <p>4. Analisis data yang digunakan pada penelitian ini dengan memakai uji paired sampel T-test</p> <p>ada pengaruh Mobilisasi Dini untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien post sc dengan nilai $p = 0,001$.</p>