

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Definisi Nifas

Proses persalinan ialah proses fisiologis, berlangsung proses pengeluaran janin, plasenta, dan lapisan chorion janin dari dalam rahim melalui jalan kelahiran bayi. Proses persalinan dapat dilakukan dengan persalinan spontan dan persalinan yang dilakukan dengan melakukan penyayatan di dinding rahim. Setelah persalinan, ibu akan masuk ke tahap setelah melahirkan atau masa nifas (Isdiyanti, 2022).

Masa nifas adalah waktu setelah persalinan hingga empat puluh hari setelah persalinan, dimulai ketika rahim membuang darah dan jaringan tambahan setelah proses persalinan. Masa nifas proses pemulihan organ-organ dari mulai mulai persalinan hingga kembali seperti sebelum kehamilan. Ibu mulai memasuki periode pemulihan fisik dan mental setelah melahirkan bayi dan plasenta (Putri, 2022)

B. Konsep *Sectio caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Operasi *sectio caesarea* ialah prosedur proses kelahiran janin yang melibatkan pembedahan terbuka pada perut (Laparotomi) kemudian irisan pada dinding uterus (histerotomi) (Sung & Mahdy, 2023). *Sectio caesarea*

merupakan salah satu tindakan bedah yang melibatkan pembukaan dinding perut dan dinding rahim untuk melakukan persalinan janin. Syarat-syarat untuk melakukan tindakan ini termasuk keadaan utuhnya rahim, berat janin diatas 5000 gram, dan usia janin lebih dari 28 minggu (Saifuddin, 2014).

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Beberapa indikasi ini tidak dapat dikompromikan, karena persalinan pervaginam dapat menjadi bahaya dalam situasi klinis tertentu. (Sung & Mahdy, 2023).

a Indikasi Ibu untuk operasi *sectio caesarea*

- 1) Persalinan dengan proses yang sama sebelumnya
- 2) Permohonan dari ibu
- 3) Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelviks
- 4) Cedera pada daerah perineum sebelumnya
- 5) Pembedahan untuk memperbaiki panggul atau dubur/rektal sebelumnya
- 6) Adanya infeksi kelamin seperti herpes dan HIV
- 7) Riwayat gangguan kardiovaskuler dan pernafasan
- 8) Aneurisma serebral atau malformasi arteriovenosa
- 9) Operasi *sectio caesarea* perimortem

b Indikasi Rahim/Anatomi untuk operasi *sectio caesarea*

- 1) Plasenta tidak normal (seperti plasenta previa, plasenta akreta, dan solusio plasenta)
- 2) Pembedahan uteri klasik sebelumnya
- 3) Pengangkatan mioma secara total sebelumnya
- 4) Riwayat dehiscence sayatan rahim

- 5) Kanker serviks invasive
- 6) Trakelektomi sebelumnya
- 7) Masa obstruksi organ reproduksi
- 8) Operasi pengikatan serviks permanen

c Indikasi Janin untuk operasi *sectio caesarea*

- 1) Keadaan janin yang meragukan (seperti pemeriksaan doppler tali pusat yang tidak normal) atau penelusuran gangguan jantung janin
- 2) Prolapsus funis
- 3) Persalinan pervaginam operatif yang tidak sukses
- 4) Malpresentasi
- 5) Janin besar
- 6) Trombositopenia
- 7) Gangguan kelahiran neonatal sebelumnya

3. Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Sung and Mahdy (2023) tidak ada hambatan/kontraindikasi medis yang mutlak untuk melakukan operasi *sectio caesarea*. Prosedur ini biasanya dipilih dalam kasus dimana ada ancaman kesehatan serius bagi pasien hamil atau janin, seperti risiko kematian atau kondisi yang mengancam jiwa.

4. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Permasalahan yang muncul setelah dilakukannya operasi *sectio caesarea* menurut (Safitri et al., 2020) antara lain :

a Infeksi puerperal

Kemungkinan ibu pasca persalinan mengalami infeksi puerperal dapat

disebabkan oleh Infeksi Luka Operasi (ILO). Infeksi yang muncul sebelum atau selama persalinan dan berlanjut selama nifas. Infeksi ini berpotensi untuk melambatkan proses penyembuhan luka operasi pada ibu, sehingga dapat mengganggu kemampuan mobilisasi pasca persalinan.

b Perdarahan

Pendarahan setelah operasi *sectio caesarea* umumnya mencapai 500 ml tanpa ada masalah atau 1000 ml dengan adanya komplikasi. Pendarahan tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk atonia uteri, pembuluh darah yang terbuka dan terputus, serta terjadinya hematoma.

c Komplikasi pada bayi

Ketuban Pecah Dini (KPD) dan kekurangan oksigen dapat menjadi penyebab komplikasi pada janin karena KPD dapat menyebabkan hipoksia, dan asfiksia dapat timbul akibat oligohidramnion, yang mana jumlah air ketuban berada di bawah batas normal sekitar 300 cc.

d Komplikasi lainnya

Ibu hamil berpotensi mengalami beberapa komplikasi, seperti peningkatan jumlah kehilangan darah, endometriosis, pembekuan darah balik atau tromboflebitis, dan perubahan posisi rahim yang tidak optimal.

C. Konsep Dasar Nyeri Akut Pada Ibu Post Sectio Cesarea

1. Definisi Nyeri Akut

Menurut organisasi yang mempelajari nyeri yaitu IASP, nyeri ialah rasa sakit yang tidak nyaman yang dirasakan oleh indra, emosi, dan system kognitif

akibat kerusakan jaringan yang nyata (Suwondo et al. 2017: 46). Nyeri pengalaman sensori digambarkan kondisi terjadi kerusakan berdasarkan tahapan dari tingkat intensitas yang minim hingga tingkat intensitas yang kuat dengan akhir yang dapat di prediksi (PPNI, 2017).

Nyeri pasca operasi ialah rasa sakit tajam yang mungkin muncul setelah mengalami trauma, operasi, atau peradangan seperti kasus sakit kepala, sakit gigi, kelahiran, setelah tindakan bedah, dan situasi lainnya. Nyeri tajam menunjukkan tanda-tanda seperti keringat berlebih, peningkatan tekanan darah, dan peningkatan denyut jantung, serta pupil mata yang melebar. Akan menunjukkan respon emosional berupa meringis (Prasetyo, 2014).

2. Penyebab Nyeri Akut

Berdasarkan (PPNI, 2017) faktor-faktor berikut penyebab utama masalah keperawatan nyeri akut adalah:

- a Agen pencendera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia. Neoplasma).
- b Agen pencendera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan).
- c Agen pencendera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

3. Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Merujuk dari Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), tanda dan gejala penyakit nyeri akut adalah sebagai berikut:

Tabel 1
Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Gejala Mayor	Gejala Minor
Subjektif	Subjektif
1. Mengeluh nyeri	1. (tidak tersedia)
Objektif	Objektif
1. Tampak meringis	1. Tekanan darah meningkat
2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)	2. Pola nafas berubah
3. Gelisah	3. Nafsu makan berubah
4. Frekuensi nadi meningkat	4. Proses berpikir terganggu
5. Sulit tidur	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaphoresis

Sumber : PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. 2017.

4. Kondisi Klinis Terkait Nyeri Akut

Ada beberapa kondisi klinis yang dapat menyebabkan nyeri akut, antara lain:

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom coroner akut
- e. Glaukoma

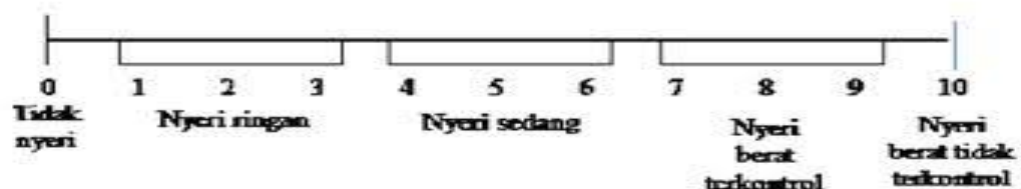
5. Pengukuran Derajat Nyeri

Menurut Suwondo *et al.* (2017) ada berbagai cara untuk menentukan intersitas rasa sakit, salah satunya:

- a. *Numerical Rating Scale* (NRS)

Meskipun responsif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis,

serta dianggap sederhana dan mudah dipahami, skala nyeri verbal (NRS) memiliki kekurangan dalam jumlah kata yang cukup untuk menggambarkan rasa nyeri dan dipersepsikan memiliki jarak yang serupa antara kata-kata yang menunjukkan efek analgesik, meskipun demikian, NRS masih dianggap lebih optimal daripada VAS, khususnya untuk menilai nyeri akut. Dengan menggunakan skala numerik dari 0 hingga 10, pasien menyebutkan intensitas nyeri mereka, titik 0 mengindikasikan ketiadaan rasa nyeri, titik 5 menggambarkan nyeri sedang, dan titik 10 mengindikasikan nyeri yang tidak dapat diatasi. Untuk memantau berbagai perubahan dalam skala nyeri dan memantau respon pasien terhadap efek terapi yang diberikan.



Gambar 1. Numerical Rating Scale (NRS)

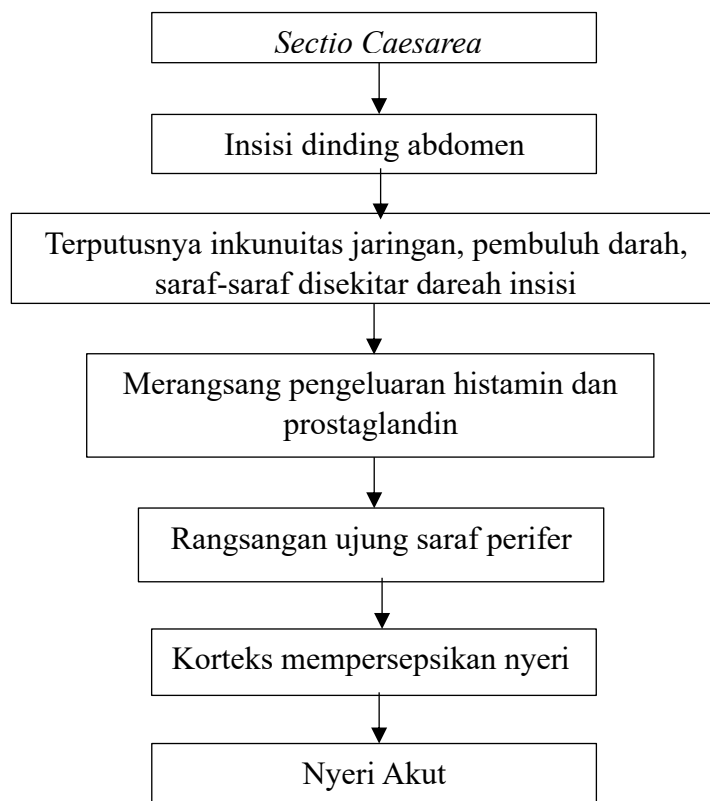
6. Patofisiologi Nyeri Post *Sectio Cesarea*

Pembedahan *sectio caesarea* mengakibatkan gangguan pada struktur jaringan dan unit dasar dalam tubuh, yang dapat menyebabkan pelepasan zat-zat yang menginduksikan rasa sakit seperti pradykinin, asam laktat, dan prostaglandin. Zat-zat ini menurunkan ambang nyeri dan merangsang reseptor nyeri. Selama pembedahan, terjadi pemutusan jaringan saraf, yang menyebabkan area tersebut menjadi hipersensitif terhadap tekanan dan norepinefrin, terutama daerah proksimal yang mengalami luka. Pasien

kemungkinan akan mengalami nyeri yang lebih parah setelah operasi saat efek anestesi mulai berkurang (Waall 1998, dalam Widyantoko, 2010)

Saat pasien mengalami nyeri, pasien akan ragu untuk melakukan aktivitas seperti yang paling sederhana untuk batuk, tarik nafas dalam, mengubah posisi tubuh atau ambulansi, dan melakukan latihan yang diperlukan, hal itu dapat menyebabkan proses pemulihan terhambat.. Masalah yang muncul setelah operasi *sectio caesarea* dapat dikurangi jika pasien dapat mengendalikan nyeri. Teknik nonfarmakologi untuk mengatasi nyeri seperti pengaturan posisi tubuh, penggunaan visualisasi terpadu, distraksi, atau relaksasi, seperti pijat, harus dipertimbangkan jika obat analgetik tidak bekerja dengan baik atau efeknya sudah habis (Potter & Perry, 2005)

7. Pattway



Gambar 2. Pattway Nyeri Akut Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*

8. Penatalaksanaan nyeri akut

Manajemen nyeri dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama yaitu farmakologi dan nonfarmakologi. Farmakologi melibatkan penggunaan obat-obatan untuk meredakan nyeri, sedangkan nonfarmakologi melibatkan berbagai teknik tanpa menggunakan obat-obatan untuk mencapai tujuan yang sama. Distraksi ialah salah satu metode untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri ke hal lain. Mengajak pasien untuk menggerakkan tubuh dan melakukan kegiatan yang ringan saja dikenal sebagai mobilisasi dini (Smeltzer & Bar, 2002).

Mobilisasi dini menciptakan pasien fokus dengan aktivitas yang mereka lakukan. Metode ini membantu menurunkan aktivitas mediator kimiawi dalam proses peradangan, yang dapat memperburuk respon nyeri, serta mengurangi kemungkinan nyeri mencapai system saraf pusat. Mobilisasi yang dilakukan di awal setelah operasi dapat mengurangi atau bahkan menghilangkan spasme otot, meningkatkan gerakan sendi, dan memperbaiki sirkulasi darah yang pada akhirnya dapat mengurangi tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. (Baradero, et al, 2009). Turunnya intensitas nyeri yang dirasakan pasien setelah melakukan mobilisasi dini terjadi karena mekanisme dari system analgetik internal, yang merupakan system alami dalam tubuh manusia untuk menekan nyeri (Sherwood, 2009)

D. Konsep Mobilisasi Dini

1. Definisi Dukungan Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah tahapan aktivitas yang dilakukan setelah operasi, dimulai dari gerakan ringan di tempat tidur hingga kemampuan untuk bangun, berjalan ke kamar mandi, dan meninggalkan tempat tidur (Brunner, 2016). Mobilitas atau mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak dengan leluasa, sederhana, dan rutin guna memenuhi kebutuhan aktivitas yang diperlukan untuk menjaga kesehatannya (Hidayat, 2012)

Dari kedua definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini merupakan upaya untuk mempertahankan otonomi sedini mungkin dengan membimbing pasien untuk memelihara fungsi fisiologisnya. Ini menunjukkan bahwa mobilisasi dini penting dalam menjaga kemandirian dan kemampuan pasien untuk bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari setelah pembedahan atau kondisi kesehatan yang membatasi (Carpenito, 2014).

2. Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

Menurut Carpenito (2014), mobilisasi melibatkan tiga tingkat rentang gerak yang mencakup:

a Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini bermanfaat untuk mempertahankan fleksibilitas otot dan persendian dengan cara menggerakkan otot seseorang secara pasif, seperti saat seorang perawat mengangkat dan memindahkan kaki pasien.

b Rentang gerak aktif

Gerakan ini mempergunakan latihan untuk meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan otot serta persendian dengan menggunakan otot secara aktif, seperti saat pasien berbaring dan menggerakkan kakinya.

c Rentang gerak fungsional

Membantu memperkuat otot dan persendian melalui pelaksanaan aktivitas yang dibutuhkan.

3. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dilaksanakan tahap demi tahap, berikut penjelasan mengenai tahapan tersebut:

1) Setelah operasi, dalam 6 jam pertama paska operasi,

Pasien harus beristirahat terlebih dahulu setelah operasi. Mobilisais dini yang dapat dilakukan termasuk tarikan nafas dalam, gerakan lengan, tangan, gerakan ujung kaki, dan rotasi mata kaki, serta angkat tumi, tegangkanotot betis, serta tekuk dan gerakkan kaki.

Melakukan tahap mobilisasi ini agar tidak merasakan sakit, pasien didukung dengan bantal di punggung dalam posisi setengah duduk. Lalu, gerakan kaki ke depan dan ke belakang serta putar ke kanan dan kiri. Gerakan kaki ini bisa dilakukan dalam posisi berbaring atau sebelum pasien dapat duduk. Ketika tubuh semakin kuat, kedua kaki dapat ditekuk dan kemudia diluruskan, dan diulangi sebanyak yang dimungkinkan.

- 2) Setelah 6 -10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kanan dan ke kiri menjaga agar tidak thrombosis dan trombo emboli.

Setiap 2 jam, pasien dibantu untuk berganti posisi ke kanan dan ke kiri, serta melakukan batuk dan nafas dalam. sebuah bantal kecil ditempatkan di bagian perut untuk mengurangi ketidaknyaman di area luka pembedahan saat batuk (McKinney. 2011).

- 3) Setelah 8-12 jam, pasien dianjurkan untuk mulai belajar duduk

Pada proses ini, pasien diperbolehkan untuk meminta bantuan dari keluarga atau perawat untuk membantuk dalam mengangkat tubuhnya dan melatih duduk tegak. Tubuh dapat ditopang dengan kedua tangan sementara kaki digeser ke tepi tempat tidur. Apabila merasa pusing, tidak perlu memaksakan diri untuk melanjutkan. Ketika pasien siap untuk melanjutkan, dia dapat mencoba kembali latihan tersebut.

- 4) Setelah pasien dapat duduk, jika pasien mampu dianjurkan untuk belajar berjalan ada 24 jam setelah operasi.

Pada tahap ini, tubuh diperpanjang dan diperkuat dalam posisi berdiri sehingga sepenuhnya stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah stabil dan cukup kokoh, lanjutkan dengan mencoba berjalan sedikit demi sedikit. Awalnya mungkin sangat menyakitkan, tetapi dengan beberapa latihan, rasa sakit tersebut akan berkurang secara bertahap (Kasdu, 2013)

Perawat dapat lebih sering menganjurkan pasien paska operasi untuk meningkatkan aktivitas pergerakannya setiap hari. Biasanya, setelah hari kedua paska operasi, pasien sudah diizinkan untuk mandi (McKinney, 2011).

4. Tujuan Mobilisasi Dini

Menurut Mubarak dkk, (2015) tujuan mobilisasi adalah untuk memuaskan kebutuhan dasar (seperti melakukan aktivitas sehari-hari dan rekreasi), melindungi diri (seperti trauma), mempertahankan konsep diri (seperti menjaga identitas), dan mengkomunikasikan emosi melalui gerakan tangan non-verbal.

Menurut Brunner & Suddarth (2002) dalam buku Mubarak dkk, (2015). Tujuan mobilisasi rentang gerak (range of motion atau ROM) yaitu:

- a. Menjaga fungsi tubuh, menghentikan penurunan, dan mendapatkan kembali rentang gerak untuk dapat melakukan tugas dan aktivitas agar pasien dapat melanjutkan kehidupan mereka sehari-hari atau, setidaknya dapat memenuhi kewajiban harian mereka.
- b. Meningkatkan aliran darah
- c. Mendukung pernafasan menjadi lebih adekuat
- d. Meningkatkan kekuatan tonus otot, mengurangi kerusakan, dan meningkatkan kecepatan persendian
- e. Meningkatkan kelancaran eliminasi BAK dan BAB
- f. Melatih atau bergerak secara mandiri.

5. Manfaat Mobilisasi Dini

Perpindahan posisi yang baik dilakukan untuk pasien yang memiliki beberapa penyakit. Mubarak (2015) menyatakan bahwa manfaat dari mobilisasi dini adalah sebagai berikut:

- a Meningkatkan kedalaman dan kecepatan pernafasan untuk menghindari pneumonia hipostatik dan atelectasis dengan meningkatkan kesadaran akan efek peningkatan oksigen pada otak
- b Meningkatkan peredaran darah untuk meningkatkan fungsi ginjal, mengurangi rasa tidak nyaman, mencegah tromboflebitis, dan membantu penyembuhan luka
- c Menyebabkan peningkatan frekuensi buang air kecil untuk mencegah retensi urine
- d Memperbaiki metabolisme, yaitu:
 - 1) menghindari penurunan tonus otot
 - 2) Memulihkan keseimbangan nitrogen
- e Meningkatkan peristaltic berarti mencegah distensi dan kembung pada perut, merangsang kontraksi lambung dan menghambat kontraksi tidak teratur.
- f Dengan melakukan mobilisasi dini dapat menurunkan nyeri akibat luka insisi pembedahan.

E. Konsep Asuhan Keperawatan Mobilisasi Dini Pada Post Operasi *Section Caesarea* Dengan Nyeri Akut

Proses keperawatan ialah pendekatan berurutan dan ilmiah yang digunakan oleh keperawatan untuk memenuhi atau mempertahankan kondisi biopsikosisal dan spiritual yang ideal pada pasien. Proses ini mencakup tahap identifikasi, pengkajian, diagnosis keperawatan yang ditegakkan, penentuan

perencanaan, pelaksanaan tindakan, dan penilaian akhir setelah semua intervensi diberikan. (Hidayat, 2021)

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan ialah bagian dari tahapan keperawatan, yang merupakan upaya yang diterapkan oleh perawat untuk menyelidiki masalah pasien, termasuk pengumpulan informasi tentang status kesehatan mereka secara sistematis, komprehensif, sesuai, dan ringkas, dan serta berkelanjutan ((Muttaqin, 2020).

a Identitas

Informasi yang dikumpulkan mencakup identitas umum seperti nama, usia, kepercayaan, pendidikan, profesi, tempat tinggal, dan hubungan pernikahan, serta etnis. Jika ada indikasi untuk *sectio caesarea*, prosedur tersebut dapat dilakukan pada setiap tahap kehamilan, termasuk kehamilan muda (Aspiani, 2017).

b Keluhan Utama

Setelah dilakuakn pengkajian, keluhan utama pasien setelah operasi termasuk rasa haus yang berlebih, kelemahan fisik, ketidakberanian untuk bergerak, dan nyeri akibat luka bekas operasi yang dapat diobservasi dengan pengkajian PQRST.

- 1) P (*Provocate*), merupakan faktor pemicu nyeri pada penderita.
- 2) Q (*Quality*), merupakan bentuk rasa sakit yang dijelaskan oleh pasien, berupa, seperti ditusuk, terbakar, diremas-remas, sakit nyeri, dan digencet.
- 3) R (*Region*), merupakan lokasi atau daerah yang dirasakan nyeri,

- 4) S(*Scale*), merupakan tingkat keparahan subyektif yang dirasakan oleh penderita dapat dikaji melalui kuantitas nyerinya skala (0-10)
- 5) T (*Time*), merupakan durasi dan rangkaian nyeri yang penderita rasakan.

c Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit saat ini perlu ditinjau, termasuk informasi tentang waktu paska operasi, tingkat kesadaran, kondisi keseluruhan pasien, letak dan ukuran sayatan operasi.

d Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat pasien mempunyai penyakit komplikasi dan catatan bedah sebelumnya.

e Riwayat penyakit keluarga

Salah satu faktor penting yang perlu dipertimbangkan adalah dinamika kelompok atau turunan, terutama jika anggota keluarga memiliki penyakit serius seperti tekanan darah tinggi, gula darah, dan tuberculosis, yang mungkin berhubungan dengan persyaratan bedah.

f Riwayat Obstetri

Untuk memahami catatan obstetri pada pasien dengan letak lintang, informasi berikut perlu dipahami:

1) Keadaan haid

Untuk mengetahui karakteristik menstruasi, seperti warna darah (biasanya merah muda atau coklat tua), kekentalan (biasanya encer atau menggumpal), durasi dan intensitas nyeri (biasanya sebelum atau selama menstruasi), dan bau yang tidak normal, penting untuk

menanyakan tanggal pertama menstruasi dan siklus haid untuk mendapatkan informasi yang membantu dalam memahami kondisi system reproduksi.

2) Perkawinan

Berapa lama menikah dengan pasangan saat ini dan berapa kali sudah pernah menikah

3) Kehamilan

Riwayat pasien partus yang mungkin memiliki risiko kehamilan pada tahap primigravida/multigravida

4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif mengenai Riwayat kehamilan pasien dan kehamilan sebelumnya, penting untuk menanyakan mengenai proses persalinan, apakah persalinan berlangsung secara normal atau tidak, apakah ada komplikasi, siapa yang memberikan bantuan saat persalinan, serta di mana lokasi persalinan tersebut berlangsung.

g Pola kebiasaan sehari-hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

Pernafasan yang tidak adekuat, obstruksi dalam pernafasan, dan henti nafas adalah komplikasi yang paling umum di kasus *post sectio caesarea*

2) Nutrisi

Pasca pembedahan, pasien mendapatkan kebutuhan tubuh dari infus selama periode puasa. Sesudah enam jam, pasien diberikan minum

dengan berangsur-angsur, kemudian setelah delapan jam, pasien diberikan makanan lunak. Akan tetapi, untuk pasien dengan fungsi lumbal yang normal, mereka diberi makanan seperti biasa dan disarankan untuk memperbanyak minum cairan.

3) Eliminasi

Perhatikan frekuensi, konsistensi dan warna BAB pada pasien paska operasi *sectio caesarea*. Untuk BAK melalui kateter, perlu diperhatikan jumlah urine, warna dan kejernihan urine

4) Istirahat/tidur

Pasien yang sudah melakukan pembedahan *sectio caesarea*, akan merasakan nyeri di daerah luka pembedahan dan rasa tidak nyaman pada saluran kencing karena dipasangkan kateter menyebabkan masalah saat tidur.

5) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi

Pada pasien setelah operasi SC mengalami masalah dalam suhu tubuh, dengan suhu tubuh mencapai $>37,50^{\circ}\text{C}$

6) Kebutuhan personal hygiene

Setelah pembedahan SC, sebelum dilepas kateter, pasien perlu dimandikan dan dibantu oleh keluarga.

7) Aktivitas

Adanya rasa tidak nyaman di daerah pembedahan dapat mengganggu kegiatan sederhana pasien, sehingga menghambat rentang gerakannya.

8) Gerak dan keseimbangan tubuh

Kegiatan berkurang, mobilisasi dilakukan secara bertahap karena rasa nyeri dan ketidaknyamanan.

9) Kebutuhan berpakaian

Memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut mungkin sulit bagi pasien yang telah menjalani operasi *sectio caesarea* dan perlu dibantu oleh orang lain.

10) Kebutuhan keamanan

Pasien harus ditanyakan tentang kebutuhan keamanan ini agar pasien terus merasa aman dan dilindungi sanak orang terdekat. Pasien memiliki kemampuan untuk berlindung dari mara bahaya.

11) Sosialisasi

Dari kegiatan sosial yang dilakukan pasien, dapat dimengerti bahwa jika seseorang merasng sendirian atau sedih karena masalah komunikasi, perubahan fisik yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungan, seseorang dapat menjadi sangat berhati-hati dan sadar diri.

12) Kebutuhan spiritual

Sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing bahwa tidak boleh melakukan ibadah selama keluarnya darah nifas atau masa nifas. Darah nifas merupakan cairan merah yang keluar setelah melahirkan selama empat puluh hari dan berlangsung selama enam puluh hari.

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Keadaan pasien yang kurang bertenaga setelah operasi, pada umumnya tidak mampu mencukupi kebutuhan rekreasi dan bermain.

14) Kebutuhan belajar

Bagaimana pasien memnuhi rasa ingin tahu mereka yang mendorong perkembangan kesehatan dengan pemanfaatan informasi kesehatan yang tersedia.

h Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan keseluruhan tubuh pasien, yang dilakukan untuk menetapkan diagnosis penyakit yang diderita oleh pasien dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

1) Keadaan umum

Meliputi keadaan pasien, kesadaran, suara, bicara dan tanda-tanda vital

2) Pemeriksaan head to toe

a) Kepala

Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit wajah

b) Wajah

Apakah ada kloasma gravidarum, konjungtiva pucat atau merah, adanya edema

c) Leher

Perlu dikaji apakah terdapat benjolan pada leher, pembesaran vena jugularis dan adanya pembesaran kelenjar tiroid.

d) Dada dan Punggung

Perlu dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi intercostae, pernafasan tertinggal, suara wheezing, ronchi, bagaimana irama dan

frekuensi pernafasan. Pada jantung dikaji bunyi jantung (interval) adakah bunyi gal-lop, mur-mur.

e) Payudara/mammae

Apakah putih menonjol atau tidak, areola menghitam, kolostrum.

f) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka operasi adakah pendarahan, berapa tinggi fundus uteri, bagaimana dengan bising usus, adakah nyeri tekan.

g) Ekstremitas atas dan bawah

Ekstremitas Atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya edema klien dengan post operasi biasanya terpasang infus.

Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya edema, bagaimana dengan gerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya, apakah tanda-tanda hormon, refleks patella, adakah tanda-tanda thrombosis vena

h) Genitalia

Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah edema vulva, lihat juga apakah kateter terpasang dengan baik, dan bagaimana kebersihan klien dengan post operasi yang biasanya kotor karena sisa darah yang belum dibersihkan

2. Diagnosis Keperawatan

Karya tulis ilmiah ini berkonsentrasi pada diagnosis keperawatan yang

terjadi pada ibu yang mendapatkan diagnosis nyeri akut setelah *sectio caesarea*. Penetapan diagnosis keperawatan nyeri akut pada pasien *post sectio caesarea* di Ruang Margapati jika minimal 80% dari tanda dan gejala mayor dan minor ditemukan pada pasien maka susunan penulisan diagnosis keperawatan yaitu: Nyeri Akut (D. 0077) berhubungan dengan faktor pencedera fisik (prosedur pembedahan) *post sectio caesarea* dibuktikan dengan pasien tanda dan gejala mayor mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Tanda dan gejala minor yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis. (PPNI, 2017)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ialah semua prosedur yang akan dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dari penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan meliputi label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi) (PPNI, 2018)

Luaran keperawatan adalah hasil-hasil yang dapat diamati dan diukur seperti kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan memncerminkan status diagnosis keperawatan setelah diberikan intervensi, komponen luaran ada 3 yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI, 2019)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), luaran utama untuk diagnosis Nyeri Akut adalah “Tingkat nyeri” yang diberikan label L.08066

dalam SLKI. Tingkat nyeri adalah pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan bagian tubuh aktual atau fungsional, dengan awalyang ringan atau sedang dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga kuat dan berkelanjutan. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa Tingkat Nyeri menurun adalah:

Tabel 2
Tujuan dan Kriteria Hasil serta Intervensi Keperawatan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x pertemuan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a Keluhan nyeri menurun b Meringis menurun c Sikap protektif menurun d Gelisah menurun e menurun f Ketegangan otot menurun g Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri (SIKI I.08238) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hypnosis, acupressure, terapi music,dll). 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7. Pertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi pemeriksaan analgetik, jika perlu

1	2
	<p>Pengaturan posisi (I. 01019) (mobilisasi dini) Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi 5. Tinggikan anggota gerak 20° /lebih diatas level jantung 6. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 7. Berikan bantal yang tepat pada leher 8. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif 9. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 10. Minimalkan gesekan dan tarikan saat pengubah posisi 11. Ubah posisi setiap 2 jam 12. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi <p>Prosedur Mobilisasi dini</p> <p>1) Tahap kerja Pada hari ke-0, 6 jam pertama post sectio caesarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjaga privasi pasien 2) Mengatur posisi nyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang 3) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan Tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung selama 4 detik, lalu tahan selama 2 detik, kemudian keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut selama 4 detik, ulangi selama 1 menit 4) Latihan gerakan tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit 5) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dan telapak tangan menghadap keatas 6) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali 7) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki <p>Pada 10 jam setelah post sectio caesarea</p> <p>a) Latihan miring kanan dan kiri</p>

1	2
	<p>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 ke arah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 30 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain.</p> <p>Pada 24 jam setelah post sectio caesarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Setelah up cateter 2) Posisikan semi fowler 30-40^o secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan 3) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk <p>Dari rentang 24 - 48 jam post sectio caesarea</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan pada hari 1 post sectio caesarea. Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai b. Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawatan atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 14. Ajarkan cara menggunakan postur tubuh yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi (Nisa et al., 2020)

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang melibatkan penyelesaian tindakan keperawatan untuk memenuhi kriteria hasil yang diinginkan. Implementasi keperawatan adalah tindakan prosedur yang dilakukan agar pasien mampu mengatasi masalah status kesehatan yang mereka hadapi dengan intervensi

yang sudah disusun sedemikian rupa sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan oleh perawat (Hidayat, 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan, yang menentukan apakah tujuan rencana keperawatan tercapai. Evaluasi diagnosis keperawatan mencakup data subjektif (S) yaitu berbagai macam ungkapan ketidaknyamanan pasien seperti keluhan nyeri menurun, data objektif (O) adalah hasil pemeriksaan yang diperoleh oleh perawat, seperti pasien meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, perasaan takut cedera berulang menurun, perineum terasa tertekan menurun, ketegangan otot menurun, frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, tekanan darah membaik, penilaian permasalahan (A) yaitu kumpulan data subjektif dan objektif, yaitu masalah nyeri akut teratasi dan masalah nyeri akut belum teratasi dan yang terakhir perencanaan (P) yaitu program tindakan yang akan diambil berdasarkan analisis, seperti intervensi selanjutnya yang diberikan yaitu kolaborasi farmakologi (Hidayat, 2021).

Tahap evaluasi ini yaitu proses keperawatan melibatkan penilaian terhadap pencapaian tujuan pasien. Evaluasi keperawatan sesuai dalam kriteria hasil dalam SLKI yaitu tingkat nyeri didapatkan hasil bahwa tingkat nyeri *post sectio caesarea* mengalami penurunan setelah melakukan mobilisasi dini.