# BAB II

# KAJIAN TEORI

## 2.1. Konsep *Post partum Sectio Caesarea*

### 2.1.1. Definisi *Post partum Sectio Caesarea*

*Post partum* adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan serta plasenta dari rahim, dan membutuhkan waktu 6 minggu, yang disertai pemulihan organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan dengan proses persalinan(Sa aryani et al., 2022)

*Sectio Caesarea* atau operasi caesar adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan bayi melalui sayatan di dinding perut dan rahim ibu, biasanya dilakukan jika persalinan normal (vaginal) dianggap berisiko atau tidak memungkinkan. *Sectio Caesarea* dapat dipilih atas berbagai alasan, seperti posisi bayi yang tidak normal, ketuban pecah sebelum waktunya, atau komplikasi kesehatan ibu yang mempengaruhi kemampuan untuk melahirkan secara normal (Sudarsih & Agustin, 2023). Namun tindakan *Sectio Caesarea* menjadi tren baru baru ini seperti, pemilihan waktu kelahiran menjadi suatu tren pada masyarakat dengan social ekonomi tinggi. Selain persalinan tidak mengganggu pekerjaan, persalinan yang direncanakan juga dapat dipengaruhi oleh keinginan anggota keluarga yang menginginkan tanggal cantik dalam kelahiran anaknya(Sitorus & Purba, 2019).

Kesimpulannya *Sectio Caesarea* merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan bayi melalui sayatan di dinding perut dan rahim, biasanya dilakukan karena adanya risiko pada persalinan normal. Selain

alasan medis, seperti posisi bayi yang tidak normal atau komplikasi kesehatan ibu, belakangan ini *Sectio Caesarea* juga menjadi tren di kalangan masyarakat dengan status sosial ekonomi tinggi, yang memilih waktu kelahiran berdasarkan faktor praktis atau keinginan pribadi, seperti menghindari gangguan pekerjaan atau memilih tanggal kelahiran yang dianggap cantik.

### **2.1.2.** Indikasi *Sectio Caesarea*

Persalinan *Sectio Caesarea* memiliki beberapa indikasi, antara lain indikasi sosial, relatif, fetal, dan absolut. Lebih lanjut, operasi caesar juga dapat disebabkan oleh indikasi beberapa faktor antara lain gawat janin, anemia, asma, eklampsia, penyakit ibu, polihidramnion, oligohidramnion, air ketuban keruh, ketuban pecah dini, air ketuban keruh, induksi gagal, *Post*date, persalinan tidak lanjut, riwayat SC, dan usia berisiko. Indikasi non medis untuk persalinan Caesar dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain faktor sosial ekonomi, sosial budaya, pendidikan, dan usia. Menurut (Ahmadiyah Azhari Fairuz Aliya Firdausi & Ratna Dwi Jayanti, 2023) , indikasi persalinan Caesar antara lain:

1. Indikasi sosial

   Keputusan ibu untuk melahirkan dengan metode Caesar antara lain karena merasa takut bayinya cedera atau bisa juga karena pengalaman melahirkan sebelumnya;

2. Indikasi relatif

   Pada indikasi ini disebutkan penyebabnya, antara lain ibu positif HIV, preeklamsia berat, fetal distress dystosin, letak sungsang, dan riwayat

operasi Caesar.

3. Indikasi absolut

Indikasi absolut dapat disebabkan oleh bayi dan ibu. Dari sisi bayi, antara lain mencegah terjadinya hipoksia janin, keterlambatan perkembangan bayi, prolaps plasenta, gawat janin, dan kelainan otak. Kemudian dari sisi ibu, dapat disebabkan oleh rupture uteri, sefalopelvik, plasenta previa, stenosis serviks, tumor jalan lahir, kurangnya rangsangan, dan panggul sempit.

4. Indikasi sosial

Indikasi sosial bisa ditemukan pada wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, wanita yang ingin *Sectio Caesarea* karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul dan wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya. Ketika seorang ibu meminta untuk *Sectio Caesarea* dikarenakan takut akan proses persalinan, maka ibu harus diberikan nasihat dengan diberi pengertian untuk mengalihkan dan mengurangi rasa takutnya sehingga mempermudah proses kelahiran. Seorang klinisi diperbolehkan untuk menolak permintaan *Sectio Caesarea* apabila tidak ada indikasi yang jelas untuk dilakukan *Sectio Caesarea*. Namun keputusan klien harus tetap dihargai dan perlu ditawari pilihan cara melahirkan yang lainnya.

### **2.1.3.** Klasifikas *Sectio Caesarea*

Menurut Ramadanty, P. F. 2019. Dalam (Nurazizah & Rantesigi, 2023) *Sectio Caesarea* (SC) dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat urgensinya dan jenis sayatannya:

**1. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Urgensi:**

Klasifikasi ini mengacu pada seberapa mendesak tindakan *Sectio Caesarea* perlu dilakukan, yang umumnya terbagi menjadi:

1)*Sectio Caesarea* Elektif

Dilakukan secara terencana sebelum onset persalinan, tanpa indikasi medis yang mendesak.

2)*Sectio Caesarea* Darurat

Dilakukan segera karena adanya kondisi yang mengancam keselamatan ibu atau janin, seperti gawat janin atau komplikasi persalinan lainnya.

**2. Klasifikasi Berdasarkan Jenis Sayatan:**

Klasifikasi ini didasarkan pada lokasi dan arah sayatan yang dibuat selama prosedur SC

1)*Sectio Caesarea* Klasik (Classical *Caesarea*n *Sectio*n)

Melibatkan sayatan vertikal pada segmen atas rahim (korpus uteri). Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Metode ini jarang digunakan karena risiko komplikasi yang lebih tinggi, seperti perdarahan dan ruptur uteri pada kehamilan berikutnya.

2)*Sectio Caesarea* Lower Segment Transverse

Melibatkan sayatan melintang pada segmen bawah rahim. Metode ini lebih umum digunakan karena risiko komplikasi yang lebih rendah dan penyembuhan yang lebih baik dibandingkan dengan sayatan vertikal.

3)*Sectio Caesarea* Ekstraperitoneal

Dilakukan tanpa membuka peritoneum, dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah rahim. Teknik ini jarang digunakan dan memerlukan keahlian khusus.

4)*Sectio Caesarea* Histerektomi

Setelah melahirkan janin dengan SC, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim. Indikasi untuk prosedur ini meliputi atonia uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain, uterus miomatosus yang besar dan/atau banyak, atau ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.

### 2.1.4. Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Tanda dan gejala masa *Post*partum menurut (Masruroh, 2018) adalah sebagai berikut:

1. Organ-organ reproduksi kembali normal pada posisi sebelum kehamilan.
2. Perubahan-perubahan psikologis lain yang terjadi selama kehamilan berbalik (kerumitan).
3. Masa menyusui anak dimulai.
4. Penyembuhan ibu dari stress kehamilan dan persalinan di asumsikan sebagai tanggung jawab untuk menjaga dan mengasuh bayinya.
5. Nyeri akibat ada luka pembedahan
6. Menahan batuk akibat rasa nyeri yang berlebihan
7. Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah

8. Akibat nyeri terbatas untuk melakukan pergerakan

Selain itu, terdapat beberapa tanda bahaya *Post*partum di antaranya yaitu:

1. Perdarahan vagina yang hebat atau tiba-tiba bertambah banyak
2. Pengeluaran vagina yang baunya busuk
3. Rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung
4. Sakit kepala terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan
5. Pembengkakan di wajah atau tangan
6. Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK, merasa tidak enak badan
7. Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan atau terasa sakit
8. Merasa sedih, merasa tidak mampu mengasuh sendiri bayinya/diri sendiri
9. Adanya nanah pada bekas jahitan SC maupun episitomi

Selain itu pada masa nifas banyak sekali perubahan-perubahan yang di alami baik secara fisiologis maupun psikologis pada ibu, di antaranya yaitu Menurut (Purba et al., 2023), perubahan fisiologis yang dialami oleh ibu dalam masa nifas sebagai berikut:

1. Perubahan sistem reproduksi (involusi uterus).

   Involusi uterus adalah kembalinya rahim ke keadaan sebelum hamil, baik bentuk maupun posisinya. Proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama, TFU terletak di

atas simfisis pubis/kurang lebih 12 cm. Proses ini berlanjut dengan penurunan TFU sebesar 1 cm setiap harinya hingga pada hari ke-7 TFU kurang lebih 5 cm dan pada hari ke-10 TFU simfisis pubis sudah tidak teraba lagi. Lochea meninggalkan rahim setelah bayi lahir dan bertahan hingga 3 hingga 4 minggu setelah lahir. Perubahan lochea terjadi dalam tiga tahap: lochea merah, serosa, dan lochea putih. Ovarium dan Saluran Tuba Fallopi Setelah lahirnya plasenta, produksi estrogen dan progesteron menurun sehingga membentuk mekanisme timbal balik sirkulasi menstruasi. Pada titik ini, ovulasi dimulai lagi dan wanita tersebut dapat hamil lagi.

2. Perubahan sistem pencernaan

   Setelah plasenta lahir, produksi estrogen dan progesteron menurun sehingga menyebabkan nyeri ulu hati (heartburn) dan sembelit, terutama pada beberapa hari pertama. Hal ini terjadi akibat menurunnya motilitas usus akibat kurangnya keseimbangan cairan saat persalinan dan kegagalan refleks buang air besar akibat nyeri perineum akibat luka episiotomi.

3. Perubahan sistem perkemihan

   Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada :

   a. Keadaan/ status sebelum persalinan

   b. Lamanya partus kala II dilalui

   c. Besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan Disamping itu, dari hasil pemeriksaan sistokopik segera setelah persalinan tidak menunjukkan adanya edema dan hyperemia dinding kandung kemih, akan tetapi sering terjadi exstravasasi.

extravasation, artinya keluarnya darah dari pembuluh-pembuluh darah di dalam badan) ke mukosa.

4. Perubahan sistem endokrin

   Ketika plasenta terlepas dari dinding rahim, kadar HCG (hormone chrorionic gonadhotropin) dan HPL (hormone plasenta lactogenic) berangsur-angsur menurun dan normal kembali setelah 7 hari setelah persalinan. HCG tidak terdeteksi dalam urin ibu hamil setelah 2 hari *Post partum* dan HPL tidak lagi terdapat dalam plasenta.

5. Perubahan sistem kardiovaskuler

   Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala 3 ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama *Post partum* dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 *Post partum*.

6. Perubahan sistem Hematologi

   Leukosistosis terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan.Peningkatan sel darah putih berkisar 25.000-30.000 yang merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama. Hal ini dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah serta volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari *Post partum* konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah selama persalinan dan nifas kira-kira 700-1500 ml (200 ml hilang saat persalinan, 500-800 ml hilang pada minggu pertama *Post partum*, dan 500 ml hilang pada saat masa nifas).

7. Perubahan tanda-tanda vital

Selama 24 jam pertama, suhu mungkin meningkat menjadi 38ºC, sebagai akibat meningkatnya kerja otot, dehidrasi dan perubahan hormonal jika terjadi peningkatan suhu 38ºC yang menetap 2 hari setelah 24 jam melahirkan, maka perlu dipikirkan adanya infeksi seperti sepsis puerperalis 15 (infeksi selama *Post partum*), infeksi saluran kemih, endometritis (peradangan endometrium), pembengkakan payudara, dan lain-lain (Ridhasha F & Solehati, 2019.).

8. Payudara

Setelah melahirkan, tubuh ibu mengalami fluktuasi hormon yang besar, termasuk penurunan kadar progesteron dan estrogen, serta peningkatan kadar prolaktin yang merangsang produksi ASI. Namun, pada pasien post-SC, perbedaan pada proses kelahiran bisa mempengaruhi latihan hormon ini, terutama pada fase awal setelah melahirkan. Selain itu, ibu menerima anestesi umum atau epidural, yang dapat mempengaruhi produksi ASI dalam beberapa cara. Anestesi yang digunakan selama operasi dapat mempengaruhi sistem saraf parasimpatik, yang bertanggung jawab atas refleks let-down (proses pengeluaran ASI dari kelenjar payudara). Keterlambatan pengembalian fungsi saraf ini dapat menyebabkan penurunan produksi ASI dalam beberapa hari pertama pasca kelahiran(Nurjannah & Yuswita, 2024).

Pada hari pertama suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskular sementara, air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara

dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi. Air susu yang keluar pada hari kedua pasca persalinan belum mengandung susu, melainkan mengandung colostrum. Colostrum adalah cairan kuning yang mengandung banyak protein dan garam.

9. Afterpains (nyeri setelah melahirkan)

   Merupakan kontraksi uterus yang intermiten setelah melahirkan dengan berbagai intensitas. Afterpains sering kali terjadi bersamaan dengan menyusui, saat kelenjar hipofisis *Post*erioir melepaskan oksitosin yang disebabkan oleh isapan bayi. Oksitosin menyebabkan kontraksi saluran lakteal pada payudara, yang mengeluarkan kolostrum atau air susu, dan menyebabkan otot otot uterus berkontraksi. Sensasi afterpains dapat terjadi selama kontraksi uterus aktif untuk mengeluarkan bekuan bekuan darah dari rongga uterus(Machmudah, 2015)

Sedangkan perubahan psikologis pada masa nifas menurut (Endang Purwoastuti, 2017), yaitu:

1. Fase taking in (istirahat atau penghargaan)

   Fase taking in yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari ke-1 sampai ke-2 setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Disebut fase taking in, karena dalam fase ini, ibu memerlukan perlindungan dan perawatan. Pada fase ini ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan karena faktor kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur.

2. Fase taking hold (dibantu tetapi dilatih)

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan tidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan bagi dirinya dan juga bagi bayinya. Pada fase ini ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung.

3. Fase letting go (berjalan sendiri dilingkungannya)

Fase letting go adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Periode ini biasanya setelah pulang kerumah dan sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Pada saat ini ibu mengambil tugas dan tanggung jawab terhadap perawatan bayi sehingga harus beradaptasi terhadap kebutuhan bayi yang menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.

Pada ibu nifas tidak hanya mengalami perubahan psikologis saja namun terjadi perubahan emosional yang drastis seperti:

1. *Post partum* blues atau maternity blues

*Post partum* blues disebabkan perubahan pada ibu yang terjadi tiba-tiba sesudah melahirkan, ibu akan merasa cemas, takut akan ketidakmampuan betanggung jawab merawat bayinya serta ada rasa bersalah. Setelah beberapa hari kondisi emosi dapat berubah menjadi membaik setelah percaya diri dalam 21 merawat diri serta bayinya,

dukungan keluarga terutama suami sangat peting dalam hal ini (Purwati et al., 2023).

2. Depresi *Post*-partum

Depresi *Post*-partum gangguan mental serius yang dialami ibu setelah melahirkan, depresi *Post*-partum sangat bervariasi karena ciri-ciri depresi nya setiap hari bisa berbeda-beda seperti merasa tidak berharga lagi, mudah marah atau emosi, kelelahan, nafsu makan terganggu serta kehilangan libido (kehilangan selera buat berhubungan intim dengan suami). Depresi *Post*-partum bisa terjadi selama enam bulan pasca melahirkan dengan kriteria sangat bervariasi(Murti et al., 2023) .

### 2.1.5. Komplikasi

Pada pasien *Post Sectio Caesarea* akan mengalami beberapa komplikasi sebagai berikut:

1. Perdarahan Pasca Operasi

Perdarahan berlebihan setelah SC dapat terjadi, dengan volume lebih dari 1000 cc dalam 24 jam pertama. Hal ini meningkatkan risiko anemia pasca melahirkan dan memerlukan intervensi medis segera (Ridhasha Fathurrohman & Solehati, 2019).

2. Infeksi Luka Operasi

Infeksi pada area sayatan dapat menyebabkan demam, nyeri, dan kemerahan di sekitar luka. Perawatan luka yang tepat dan mobilisasi dini dapat membantu mencegah infeksi(Juwita et al., 2020).

3. Gangguan Mobilitas Fisik:

Pasien pasca SC sering mengalami keterbatasan gerak akibat nyeri dan ketidaknyamanan. Mobilisasi dini dianjurkan untuk mencegah komplikasi seperti trombosis dan mempercepat pemulihan(Jaya et al., 2023).

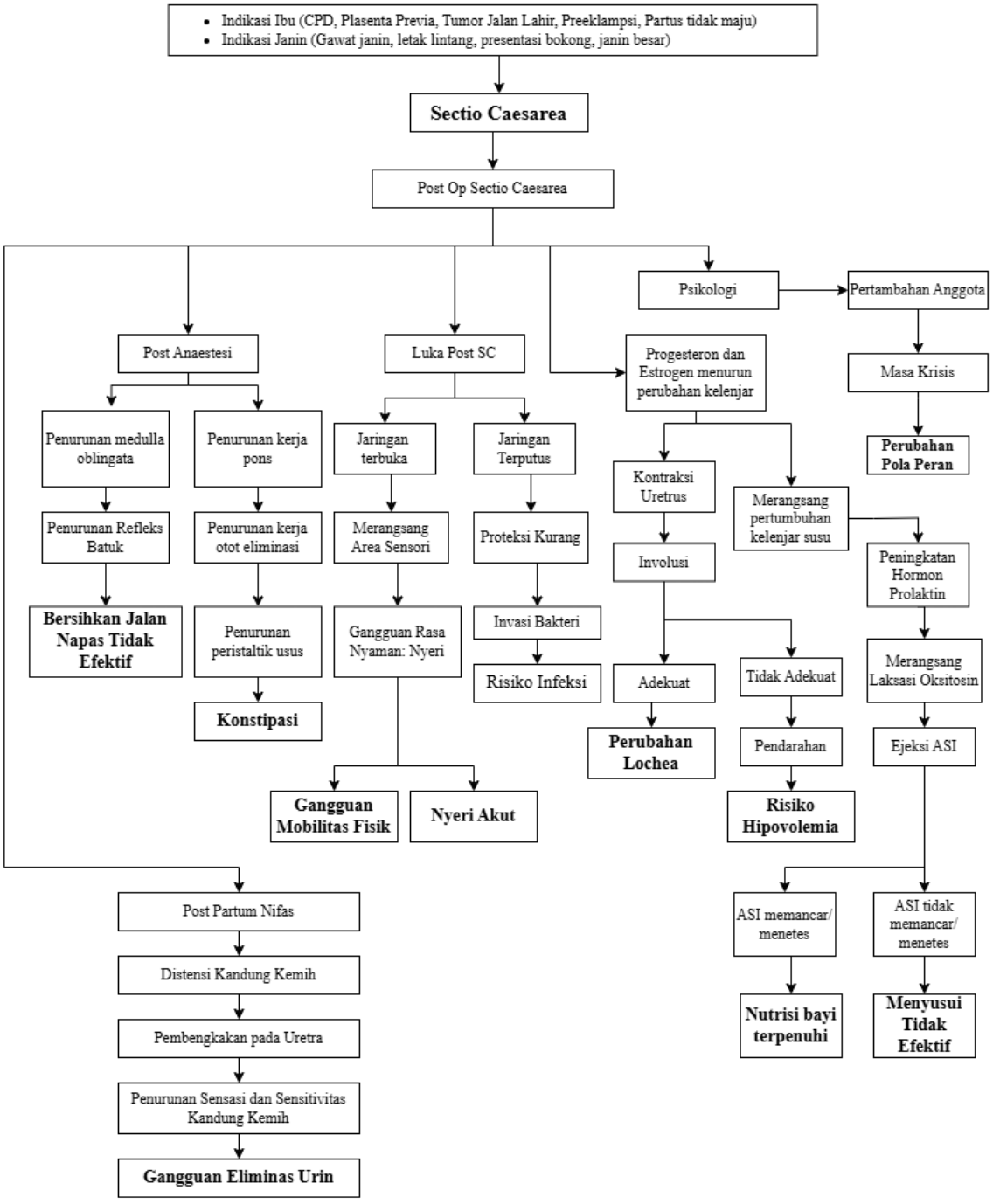
4. Komplikasi Anestesi:

Penggunaan anestesi spinal saat SC dapat menimbulkan efek samping seperti mual, muntah, dan hipotensi. Pemantauan selama dan setelah prosedur anestesi penting untuk mengidentifikasi dan memantau pasien untuk mencegah komplikasi (Ni Made Kusmuastuti, 2021).

5. Perubahan Emosional dan Psikologis:

Beberapa ibu melaporkan perasaan cemas, mudah tersinggung, dan kurang percaya diri dalam merawat bayi setelah SC. Dukungan emosional dan edukasi mengenai perawatan bayi dapat membantu mengatasi masalah ini(Purwati et al., 2023).

### 2.1.6. Pathway *Sectio Caesarea*



### 2.1.7. Penatalaksanaan

Perawatan *Post*partum yang dapat diberikan kepada ibu yang menjalani persalinan *Sectio Caesarea* diantaranya yaitu:

1. Dalam ruang pemulihan prosedur yang harus dilakukan yaitu memantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik
2. Pemberian cairan intravena

Perdarahan yang tidak disadari di vagina selama tindakan dan perdarahan yang tersembunyi didalam uterus atau keduanya, sering menyebabkan perkiraan kehilangan darah menjadi lebih rendah daripada sebenarnya. Cairan intravena yang perlu disiapkan untuk memenuhi kebutuhan klien yaitu larutan Ringer Laktat atau larutan Kristaloid ditambah Dektrosa 5%. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

3. Tanda-tanda vital

Setelah pulih dari ansetesi, observasi pada klien dilakukan setiap setengah jam setelah 2 jam pertama dan tiap satu jam selama minimal 4 jam setelah didapatkan hasil yang stabil. Tanda vital yang perlu dievaluasi yaitu tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, dan suhu tubuh.

4. Analgesik

Pemberian analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.

5. Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter vesika urinaria biasanya dapat dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi dilakukan. Sedangkan untuk makanan padat dapat diberikan kurang lebih 8 jam setelah operasi, atau jika klien tidak mengalami komplikasi.

6. Pemeriksaan laboratorium

Hematrokit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau menunjukkan tanda-tanda lain yang mengarah ke hipovolemik.

7. Menyusui

Menyusui dilakukan pada hari 0 *Post Sectio Caesarea*. Apabila klien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara yang bisa mengurangi rasa nyeri pada payudara.

8. Pencegahan infeksi pasca operasi

Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi pada 20% wanita walaupun telah diberikan antibiotik profilaksis. Sejumlah uji klinis acak telah membuktikan bahwa antibiotik dosis tunggal dapat diberikan saat *Sectio Caesarea* untuk menurunkan angka infeksi.

9. Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah

pembedahan. Paling lambat hari ketiga *Post partum*, klien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

10. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi. Hari kedua *Post* operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk. Selanjutnya dengan berturrut-turut selama hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi *Sectio Caesarea*.

11. Gizi

Ibu menyusui harus mengonsumsi nutrisi dan vitamin:

1) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari

2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, vitamin, dan mineral yang cukup

3) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum tiap kali menyusui)

4) Tablet zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan

5) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

12. Perawatan Payudara

### 2.1.8. Konsep Asuhan Keperawatan

**A. Pengkajian Keperawatan**

Data pengkajian yang diperoleh dari pasien menurut (Wulan Wijaya et al., 2023) adalah sebagai berikut:

1. Identitas

Identitas yang dikaji dari klien yaitu meliputi biodata klien dan penanggung jawab klien yang berisi nama, umur, agama, suku/ bangsa, pendidikan, pekerjaan, serta alamat.

2. Alasan masuk

Pada umumnya, ibu nifas dengan *Post* sc biasanya mengalami keluhan nyeri dan tidak nyaman pada luka *Post*-op dan tidak nyaman pada perut karena adanya kontraksi yang disebabkan involusi uteri.

3. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang dikaji dari klien meliputi riwayat menarche, siklus menstruasi, lama menstruasi, banyaknya ganti pembalut dalam sehari ketika menstruasi, serta apakah mengalami dismenorea atau tidak.

4. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan, persalinan, dna nifas yang lalu mengkaji tentang anak ke berapa yang lahir sebelum ini, tanggal lahir dan umur, usia kandungan, jenis persalinan, tempat persalinan, penolong persalinan, adakah komplikasi pada ibu maupun bayi saat persalinan, panjang badang, berat badan, serta keadaan bayi saat dilahirkan, keadaan dan laktasi ibu saat masa nifas.

5. Riwayat persalinan sekarang

Pada riwayat persalinan sekarang, tanggal dan jam berapa klien melakukan persalinan, di mana tempat persalinan dilangsungkan, siapa penolong persalinan, jenis persalinan, adakah komplikasi dalam persalinan, keadaan plasenta saat lahir, bagaimana tali pusat saat lahir, lama persalinan kala 1 hingga kala 4, jumlah perdarahan saat dilangsungkan persalinan, keadaan bayi saat melahirkan meliputi berat badan, panjang badan, APGAR score, adakah cacat bawaan, serta usia gestasi.

6. Riwayat kesehatan sekarang/ yang lalu

Apakah klien memiliki riwayat penyakit yang lalu seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit ginjal, asma, hepatitis, dan lain sebagainya.

7. Riwayat operasi abdomen/ SC

Apakah klien memiliki riwayat melakukan persalinan dengan SC atau operasi sebelumnya, jika iya di mana tempatnya, siapakah petugas yang menolong saat itu, serta dilakukan pada tanggal berapa.

8. Riwayat penyakit keluarga

Apakah klien memiliki riwayat penyakit keluarga dari ayah atau ibu seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit ginjal, asma, hepatitis, dan lain sebagainya.

9. Riwayat KB

Apakah klien pernah menggunakan KB sebelumnya, jika iya KB sejins apa yang digunakan serta kapan terakhir menggunakan.

10. Riwayata sosial ekonomi dan psikologis

Pada riwayat sosisal ekonomi dan psikologis beberapa data yang perlu dikaji diantaranya status perkawinan klien dan berapa kali kawin, lama menikah, umur menikah pertama kali, riwayat kehamilan yang lalu direncanakan atau tidak, bagaimana perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan, serta siapakah yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan dalam keluarga,

11. Riwayat psikososial

Pada riwayat psikososial, data yang perlu dikaji dari klien yaitu bagaimana klien melewati fase taking in, taking hold, serta letting go.

12. Activity Daily Living

Berikut merupakan beberapa aspek yang dikaji pada pola kehidupan sehari- hari atau ADL bagi ibu nifas:

1) Pola makan dan minum

Hal yang perlu dikaji yaitu frekuensi makan dan minum ibu dalam sehari, jenis makanan atau minuman yang dikonsumsi, porsi yang dihabiskan ketika makan, serta keluhan saat makan maupun adakah pantangan makanan atau tidak.

2) Pola istirahat

Hal yang perlu dikaji yaitu berapa lama klien tidur di siang maupun malam hari serta apakah ada keluhan dalam pola tidur klien.

3) Pola eliminasi

Hal yang perlu dikaji yaitu berapa kali klien BAK maupun BAB dalam sehari, bagaimana konsistensi dan warnanya, serta apakah ada keluhan atau lendir yang keluar saat BAB.

4) Personal Hygiene

Hal yang perlu dikaji adalah berapa kali klien mandi dalam sehari serta berapa kali klien berganti pakaian dalam sehari.

5) Mobilisasi

Apakah klien ada masalah pada mobilisasi, apakah klien melakukan mobilisasi secara mandiri atau memerlukan bantuan serta jika memerlukan bantuan bagaimana bentuk bantuan yang diberikan.

6) Aktivitas

Hal yang perlu dikaji adalah bagaimana klien melakukan pekerjaan sehari-harinya, apakah ada keluhan atau tidak, serta berapa kali klien melakukan hubungan seksual dalam seminggu bersama pasangan.

7) Menyusui

Hal yang perlu dikaji yaitu apakah klien ada keluhan dalam menyusui atau tidak.

8) Kebiasaan hidup

Hal yang perlu dikaji yaitu apakah klien memiliki kebiasaan merokok atau tidak, memiliki kebiasaan minum-minuman keras atau tidak, memiliki kebiasaan konsumsi obat terlarang atau tidak, serta memiliki kebiasaan minum jamu atau tidak.

13. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Bagaimana keadaan umum klien saat dikaji serta tingkat kesadaran klien saat dilakukan pengkajian. Tingkat kesadaran klien meliputi compos mentis, somnolen, sopor, apatis, delirium, dan koma.

2) Tanda-tanda vital

Hal yang perlu dikaji pada klien apakah normal atau tidaknya tekanan darah, nadi, suhu serta frekuensi pernapasan klien. Selain itu dilakukan pengukuran pada tinggi badan, berat badan, lingkar lengan atas (LILA) serta berapa kenaikan berat badan klien selama hamil.

3) Kepala dan leher

Pemeriksaan fisik pada kepala dan leher meliputi inspeksi yang dilakukan pada *Post*ur tubuh, kepala, rambut, pada muka (apakah terdapat cloasma dan oedema pada klien), pada mata (apakah konjungtiva anemis/ ananemis serta apakah sklera ikterik atau normal), pada hidung (apakah terdapat polip pada hidung klien), serta gigi dan mulut (bagaimana kebersihan pada gigi dan mulut, adakah perdarahan atau lesi). Palpasi dilakukan pada leher untuk memastikan adakah terdapat pembesaran kelenjar tyroid atau tidak pada klien.

4) Payudara

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu, apakah bentuk payudara simetris atau tidak, bagaimana keadaan putting susu (menonjol keluar atau ke dalam), bagaiman keadaan dan warna aerola mamae, serta adakah colostrum.

5) Abdomen

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu apakah pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, apakah ditemukan linea nigra atau tidak, serta apakah ada belas luka atau operasi pada abdomen.

6) Genetalia

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu adakah varises atau oedema pada genitalia, adakah pembesaran kelenjar bartholini atau tidak, bagaimana pengeluaran pervaginam pada klien (lochea yang dikeluarkan bagaimana karakteristiknya), adakah bekas luka atau jahitan pada perineum, apakah berbau atai tidak, bagaimana keadaan anus, serta adakah tanda haemorrhoid atau tidak.

7) Tangan dan kaki

Pada tangan dan kaki hal yang perlu dikaji yaitu apakah simestris atau tidak, apakah terdapat oedema pada tungkai bawah atau tidak, adaka tanda varises pada ekstremitas atau tidak, serta bagaimana pergerakan tangan dan kaki (apakah normal atau ada hambatan dalam bergerak)

8) Pemeriksaan penunjang

Pada umumnya pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh klien yaitu pemeriksaan darah lengkap untuk mengetahui kadar hemoglobin (Hb), leukosit (WBC), serta pemeriksan urin lengkap untuk mengetahui apakah terdapat proteinuria atau tidak bagi ibu dengan indikasi preeklamsia.

## B. Dignosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu *Post partum Sectio Caesarea* menurut PPNI (2017) yaitu:

1. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d tanpak meringis
2. (D.0142) Risiko Infeksi ditandai dengan Efek prosedur invasif
3. (D.0040) Gangguan Eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih d.d distensi kandung kemih
4. (D.0049) Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis d.d peristaltik usus menurun
5. (D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri d.d enggan bergerak
6. (D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional d.d merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
7. (D.0034) Risiko Hipovolemia ditandai dengan Kehilangan Cairan Aktif
8. (D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis d.d sputum berlebih
9. (D.0029) Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan

Ketidakadekuatan suplai ASI d.d kecemasan maternal

## C. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), intervensi keperawatan pada pasien *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

*Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan pada Pasien Post Sectio Caesarea*

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Intervensi Keperawatan |
|---|---|---|
| (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) | **Tingkat Nyeri (L.08066)**<br>1) Keluhan nyeri menurun<br>2) Meringis menurun<br>3) Kesulitan tidur menurun<br>4) Frekuensi nadi membaik<br>5) Tekanan darah membaik | **Manajemen Nyeri (1.08238)**<br>*Observasi*<br>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri<br>2) Identifikasi skala nyeri<br>3) Identifikasi respons nyeri non verbal<br>4) Identifikasi faktor yang memperberat atau memperingan nyeri<br>5) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri<br>6) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup<br>7) Monitor efek samping penggunaan analgesik<br>*Terapeutik*<br>8) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin, terapi bermain)<br>9) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>10) Fasilitasi istirahat tidur<br>11) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan startegi meredakan nyeri<br>*Edukasi*<br>12) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri<br>13) Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>14) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>15) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat |

| | | |
|---|---|---|
| | | 16) Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>*Kolaborasi*<br>*17)* Kolaborasi pemberian analgesik, *jika perlu* |
| (D.0142) Risiko Infeksi ditandai dnegan efek prosedur invasif | **Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)**<br>1) Elastisitas meningkat<br>2) Nyeri menurun<br>3) Suhu kulit membaik<br>4) Tekstur membaik | **Perawatan Area Insisi (1.14558)**<br>*Observasi*<br>1) Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda dehisen atau eviserasi<br>2) Identifikasi karakteristik drainase<br>3) Monitor proses penyembuhan area insisi<br>4) Monitor tanda dan gejala infeksi<br>*Terapeutik*<br>5) Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat<br>6) Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih<br>7) Bersihkan area di sekitar tempat pembuangan atau tabung drainase<br>8) Pertahankan posiis tabung drainase<br>9) Berikan salep antiseptik, *jika perlu*<br>10) Ganti balutan luka sesuai jadwal<br>*Edukasi*<br>11) Ajarkan prosedur kepada pasien, dengan menggunakan alat bantu<br>12) Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi<br>13) Ajarkan cara merawat area insisi |
| (D.0040) Gangguan Eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih | **Eliminasi Urine (L.04034)**<br>1) Sensasi berkemih meningkat<br>2) Desakan berkemih (urgensi) menurun<br>3) Frekuensi BAK membaik<br>4) Karakteritik urine membaik | **Dukungan Perawatan Diri: BAB/ BAK (1.011349)**<br>*Observasi:*<br>1) Identifikasi kebiasaan BAK/ BAB sesuai usia<br>2) Monitor integritas kulit pasien<br>*Terapeutik:*<br>3) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi<br>4) Dukung penggunaan toilet/ commode/ pispot/ urinal secara konsisten<br>5) Jaga privasi selama eliminasi<br>6) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, *jika perlu*<br>7) Bersihkan alat bantu BAB/ BAK setelah digunakan<br>8) Latih BAB/ BAK sesuai jadwal, *jika perlu* |

| | | |
|---|---|---|
| | | 9) Sediakan alat bantu (mis. kateter ekstrenal, urinal), *jika perlu*<br>*Edukasi:*<br>10) Anjurkan BAB/ BAK secara rutin<br>11) Anjurkan ke kamar mandi atau toilet, *jika perlu* |
| (D.0049) Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis | **Eliminasi Fekal (L.04033)**<br>1) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun<br>2) Mengejan saat defekasi menurun<br>3) Konsistensi feses membaik<br>4) Frekuensi defekasi membaik<br>5) Peristaltik usus membaik | **Manajemen Konstipasi (1.04155)**<br>*Observasi*<br>1) Periksa tanda dan gejala konstipasi<br>2) Periksa gerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna)<br>3) Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)<br>4) Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/ atau peritonitis<br>*Terapeutik*<br>5) Anjurkan diet tinggi serat<br>6) Lakukan masase abdomen, *jika perlu*<br>7) Lakukan evakuasi feses secara manual, *jika perlu*<br>8) Berikan enema atau irigasi, *jika perlu*<br>*Edukasi*<br>9) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan<br>10) Anjurkan peningkatan asupan cairan, *jika tidak ada kontraindikasi*<br>11) Ajarkan cara mengatasi konstipasi/ impaksi<br>*Kolaborasi*<br>12) Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/ peningkatan frekuensi suara usus<br>13) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, *jika perlu* |
| (D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri | **Mobilitas Fisik (L.05042)**<br>1) nyeri menurun<br>2) gerakan terbatas menurun<br>3) kelemahan fisik menurun | **Dukungan Mobilisasi (I.05173)**<br>*Observasi*<br>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya<br>2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan<br>3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi<br>4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisas<br>*Terapeutik* |

| | | |
|---|---|---|
| | | 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidu)<br>6) Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu<br>7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan<br>*EdukasI*<br>8) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi<br>9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini<br>10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) |
| (D.0080)<br>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional | **Tingkat Ansietas (L.09093)**<br>1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi<br>2) Perilaku gelisah<br>3) Perilaku tegang<br>4) Frekuensi pemapasan<br>5) Frekuensi nadi<br>6) Tekanan darah | **Dukungan Emosional (1.09256)**<br>*Observasi*<br>1) Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien<br>2) Identifikasi hal yang telah memicu emosi<br>*Terapeutik*<br>3) Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih<br>4) Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka<br>5) Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. merangkul, menepuk-nepuk)<br>6) Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu<br>7) Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah<br>*Edukasi*<br>8) Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu<br>9) Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih)<br>10) Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan<br>11) Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat |

| | | |
|---|---|---|
| | | *Kolaborasi*<br>12) Rujuk untuk konseling, *jika perlu* |
| (D.0034) Risiko Hipovolemia ditandai dengan Kehilangan Cairan Aktif | **Keseimbangan Cairan (L.03020)**<br>1) Haluaran urin meningkat<br>2) Kelembapan membran mukosa meningkat<br>3) Tekanan darah membaik<br>4) Mata cekung membaik | **Pencegahan Pendarahan (1.02067)**<br>*Observasi*<br>*1)* Monitor tanda dan gejala perdarahan<br>*2)* Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah<br>*3)* Monitor tanda-tanda vital ortotastik<br>*4)* Monitor koagulasi (mis. protrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/ platetlet)<br>*Terapeutik*<br>5) Perthankan bed rest selama perdarahan<br>6) Batasi tindakan invasif, *jika perlu*<br>7) Hindari pengukuran suhu rektal<br>*Edukasi*<br>8) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan<br>9) Ajurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi<br>10) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi<br>11) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan<br>12) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K<br>13) Anjukran segera melapor jika terjadi perdarahan<br>*Kolaborasi*<br>*14)* Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*<br>*15)* Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu* |
| (D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis | **Bersihan Jalan Napas (L.01001)**<br>1) Batuk efektif meningkat<br>2) Frekuensi napas membaik<br>3) Pola napas membaik | **Latihan Batuk Efektif (1.08238)**<br>*Observasi*<br>1) Identifikasi kemampuan batuk<br>2) Monitor adanya retensi sputum<br>3) Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas<br>4) Monitor input dan output cairan (mis. jumlah dan karakteristik)<br>*Terapeutik*<br>5) Atur posisi semi-Fowler atau Fowler<br>6) Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien |

| | | |
|---|---|---|
| | | 7) Buang sekret pada tempat sputum<br>*Edukasi*<br>8) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif<br>9) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik<br>10) Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali<br>11) Anjurkan batuk dengan dengan kuat langsung setelah tarik napas dalma yang ke-3<br>*Kolaborasi*<br>12) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, *jika perlu* |
| (D.0029) Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan suplai ASI | **Status Menyusui (L.03029)**<br>1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat<br>2) Tetesan/ pancaran ASI meningkat<br>3) Suplai ASI adekuat meningkat<br>4) Kelelahan maternal menurun | **Edukasi Menyusui (1.12393)**<br>*Observasi*<br>1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2) Identifikasi tujuab atau keinginan menyusui<br>*Terapeutik*<br>3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan<br>4) Jadwalkna pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan<br>5) Berikan kesempatan untuk bertanya<br>6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui<br>7) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat<br>*Edukasi*<br>8) Berikan konselng menyusui<br>9) Jelaskna manfaat menyusui bagi ibu dan bayi<br>10) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar<br>11) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa<br>12) Ajarkan perawatan payudara *Post*partum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) |

**D. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Veronica Silalahi, 2022).

**E. Evaluasi**

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya dan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Hal yang perlu di evaluasi secara sumatif dalam diagnosa keperawatan yaitu sesuai dengan kriteria hasil setiap diagnosa(Veronica Silalahi, 2022).

## 2.2. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

### 2.2.1. Definisi Masalah Keperawatan

**1. Nyeri Akut (D.0077)**

Definisi nyeri akut menurut SDKI, 2018 pengalaman sensorik atau emosional yang menyakitkan, baik karena kerusakan jaringan nyata atau fungsional, dengan onset yang tiba-tiba atau bertahap, dan berintensitas ringan hingga berat, yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

**2. Ansietas (D.0080)**

Definisi Ansietas menurut SDKI, 2018 adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.

### 2.2.2. Data Mayor dan Minor

**1. Nyeri Akut (D.0077)**

a. Tanda dan gejala mayor

a) Subjektif: - Mengeluh nyeri

b) Objektif: - Tampak meringis

- Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)

- Gelisah

- Frekuensi nadi meningkat

- Sulit tidur- Fisik lemah

b. Tanda dan gejala minor

a) Subjektif: - Tidak ada

b) Objektif: - Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berfikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaforesis

**2. Ansietas (D.0080)**

a. Tanda dan gejala mayor

a) Subjektif: - Merasa bingung
- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- Sulit berkonsentrasi

b) Objektif: - Tampak gelisah
- Tampak tegang
- Sulit tidur

b. Tanda dan gejala minor

a) Subjektif: - Mengeluh pusing
- Anoreksia
- Palpitasi
- Merasa tidak berdaya

b) Objektif: - Frekuensi napas meningkat

- Frekuensi nadi meningkat
- Tekanan darah meningkat
- Diaforesis
- Tremor
- Muka tampak pucat
- Suara bergetar
- Kontak mata buruk
- Sering berkemih
- Berorientasi pada masa lalu

### 2.2.3. Faktor Penyebab

**1. Nyeri Akut (D.0077)**

1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

**2. Ansietas (D.0080)**

1) Krisis situasional
2) Kebutuhan tidak terpenuhi
3) Krisis maturasional
4) Ancaman terhadap konsep diri
5) Ancaman terhadap kematian
6) Kekhawatiran mengalami kegagalan

7) Disfungsi sistem keluarga
8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
10) Penyalahgunaan zat
11) Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain)
12) Kurang terpapar informasi

### 2.2.4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut dapat dilakukan melalui berbagai intervensi, baik farmakologis maupun non-farmakologis. Salah satu pendekatan non-farmakologis yang efektif adalah **terapi relaksasi nafas dalam**, yang mampu menurunkan persepsi nyeri dengan meningkatkan oksigenasi dan menurunkan ketegangan otot (Syifa et al., 2023). Selain itu, **mobilisasi dini** juga menjadi intervensi penting, terutama pada pasien post Sectio Caesarea. Mobilisasi dini tidak hanya mempercepat pemulihan fungsi fisik, tetapi juga membantu mengurangi intensitas nyeri dengan meningkatkan aliran darah, mempercepat eliminasi produk limbah metabolik, serta mencegah kekakuan sendi dan komplikasi akibat imobilisasi(Ginting et al., 2024; Safitri et al., 2024). Implementasi mobilisasi dini telah terbukti efektif dalam mendukung pasien untuk lebih cepat mencapai kemandirian dalam aktivitas sehari-hari dan mempercepat proses penyembuhan luka post operasi(Jaya et al., 2023).

Sedangkan penatalaksanaan ansietas pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik melibatkan pendekatan psikologis dan edukatif. Dukungan emosional dari tenaga kesehatan dan keluarga sangat penting untuk

membantu pasien mengatasi kecemasan yang dialami. Edukasi mengenai kondisi kesehatan dan proses pemulihan dapat mengurangi tingkat ansietas pasien.

## 2.3. Konsep Tindakan Inovasi

### 2.3.1. Dukungan Emosional

**1. Definisi**

Dukungan emosional adalah bentuk dukungan sosial yang melibatkan ekspresi empati, perhatian, perlindungan, dan kepercayaan terhadap individu. Dukungan ini membuat seseorang merasa nyaman, tenteram, dimiliki, dan dicintai. Bentuk dari dukungan emosional sendiri berupa ekspresi empati, perlindungan, perhatian, dan kepercayaan(Ibda & Ar-Raniry, 2023).

**2. Manfaat Dukungan emosional**

Dukungan emosional dapat meningkatkan perasaan optimisme dan kepercayaan diri, sehingga mendukung kesehatan mental secara keseluruhan. Serta mengurangi kecemasan dan pada individu yang menerima dukungan emosional lebih mampu mengatasi tantangan atau situasi sulit. Mereka merasa memiliki tempat untuk berbagi dan mendapatkan saran yang membantu pengambilan keputusan(Ibda & Ar-Raniry, 2023).

**3. Mekanisme Dukungan Emosional Dalam Mengurangi Kecemasan *Post* SC**

Dukungan emosional memiliki peran penting dalam mengurangi kecemasan pada pasien pasca operasi *Sectio Caesarea* (SC). Mekanisme utamanya adalah memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien melalui kehadiran serta perhatian dari keluarga atau orang terdekat. Hal ini membantu pasien merasa didukung dan tidak sendiri dalam proses pemulihan. Selain itu, dukungan

emosional sering kali disertai dengan penyediaan informasi dan edukasi yang membantu pasien memahami kondisi mereka, proses pemulihan, dan perawatan yang diperlukan. Dengan pemahaman ini, ketidakpastian yang menjadi sumber kecemasan dapat berkurang secara signifikan(Nasution et al., 2024).

Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan dukungan emosional lebih mampu mengembangkan mekanisme koping yang adaptif, sehingga mereka dapat menghadapi stres dengan lebih baik. Misalnya, edukasi dan bimbingan dari keluarga atau perawat membantu pasien mengelola rasa sakit dan kekhawatiran pasca operasi(Nasution et al., 2024).

### 2.3.2. Mobilisasi Dini

**1. Definisi**

Mobilisasi dini adalah aktivitas yang dilakukan pasien pasca pembedahan, dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur, seperti latihan pernapasan, batuk efektif, dan menggerakkan tungkai, hingga pasien mampu turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan berjalan keluar kamar(Appolonaris T. Berkanis et al., 2020).

Definisi lain menyatakan bahwa mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan atau belajar berjalan(Hikhmat et al., 2021).

**2. Manfaat**

Smeltzer dan Bare, 2010 dikutip dari Berkanis, Nubatonis, & Lestari, 2020 menyebutkan manfaat mobilisasi dini ini adalah mengurangi nyeri yang dialami pasien setelah operasi caesarea. Hal ini sesuai dengan penelitian yang

dilakukan oleh Subandi (2017) terhadap 32 responden di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.

Dengan hasil penelitian dua responden mengalami nyeri sedang, 29 responden nyeri ringan dan satu responden tidak merasakan nyeri setelah melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini merupakan faktor penting dalam memfasilitasi proses pemulihan dan pencegahan komplikasi pasca operasi (Berkanis, Nubatonis, & Lestari, 2020). Mobilisasi dini mampu menjadikan ibu nifas merasa lebih kuat, sehat dan terbiasa dengan nyeri yang dirasakan sehingga ibu dapat melakukan aktivitas, memiliki kualitas hidup yang jauh lebih baik, terutama mampu memberikan ASI serta memberikan perawatan kepada bayi dengan maksimal. Selain itu manfaat monilisasi dini yaitu untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernapasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi buang air besar dan kecil, serta mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal memenuhi kebutuhan gerak harian(Appolonaris T. Berkanis et al., 2020).

**3. Mekanisme Mobilisasi Dini Dalam Mengurangi Nyeri Post SC**

Mobilisasi dini mencakup latihan pergerakan sendi, penyesuaian pola berjalan, dan peningkatan toleransi aktivitas sesuai kapasitas individu serta keseimbangan tubuh. Intervensi ini dapat dimulai sejak fase pemulihan kesadaran dengan aktivitas sederhana seperti miring ke kiri atau kanan dan gerakan pasif. Latihan tersebut membantu pasien memusatkan perhatian pada gerakan yang dilakukan, yang dapat merangsang pelepasan neurotransmiter seperti norepinefrin dan serotonin. Neurotransmiter ini berperan dalam mengaktifkan sistem modulasi

nyeri desenden, yang melibatkan pelepasan substansi P oleh neuron A-delta dan C-delta, serta aktivasi mekanoreseptor dan neuron A-beta yang melepaskan neurotransmiter penghambat seperti endorfin dan dinorfin. Proses ini membantu menghambat pelepasan substansi P, sehingga mengurangi transmisi sinyal nyeri ke sistem saraf pusat dan menurunkan persepsi nyeri (Sunengsih et al., 2022).

Pelaksanaan mobilisasi dini pascaoperasi dapat mengalihkan fokus pasien dari area nyeri atau luka operasi, sehingga mengurangi perhatian terhadap rasa sakit yang dirasakan. Intervensi ini juga berkontribusi dalam menurunkan aktivitas mediator kimiawi yang terlibat dalam proses peradangan, seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, asetilkolin, substansi P, leukotrien, dan kalium, yang dapat meningkatkan respons nyeri. Dengan demikian, mobilisasi dini efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pascaoperasi.

Latihan mobilisasi bertujuan untuk membantu pasien memusatkan perhatian pada gerakan yang dilakukan, dibandingkan dengan rasa nyeri yang dialami. Hal ini dapat memicu pelepasan neurotransmiter seperti norepinefrin dan serotonin, yang berperan dalam mengaktifkan sistem modulasi nyeri desenden, sehingga mengurangi transmisi sinyal nyeri ke sistem saraf pusat dan menurunkan persepsi nyeri (Hartini, 2024).

**4. Langkah - langkah Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini merupakan upaya penting dalam perawatan pasien pascaoperasi, termasuk setelah Sectio Caesarea (SC). Mobilisasi ini bertujuan untuk mempercepat pemulihan dengan mengurangi nyeri, meningkatkan sirkulasi darah, mempertahankan fungsi tubuh dan otot, serta membantu pasien kembali beraktivitas secara bertahap. Berikut ini langkah-langkah mobilisasi dini yang dilakukan untuk mengurangi nyeri post SC:

1. Persiapan Sebelum Mobilisasi

   Sebelum melakukan mobilisasi dini, penting untuk mempersiapkan pasien secara fisik dan psikologis. Perawat menjelaskan maksud, tujuan, serta prosedur mobilisasi yang akan dilakukan. Persetujuan pasien (inform consent) diambil setelah pasien memahami prosedur tersebut. Selain itu, lingkungan sekitar pasien disiapkan agar aman, nyaman, dan mendukung proses mobilisasi dengan memasang tirai atau sketsel untuk menjaga privasi.

2. Pelaksanaan Mobilisasi Dini

   Pelaksanaan mobilisasi dini dilakukan secara bertahap sesuai waktu pascaoperasi, dimulai dari gerakan sederhana di tempat tidur hingga latihan berjalan.

   a. **Pada 6 Jam Pertama Post Operasi**

      Pasien tetap dalam posisi tirah baring, namun dianjurkan untuk melakukan gerakan ringan pada tungkai, seperti:

      1) **Gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi** (gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan kaki) untuk membantu sirkulasi darah.
      2) **Gerakan ekstensi dan fleksi lutut** dilakukan 2–4 jam setelah operasi.
      3) **Mengangkat dan menurunkan kaki bergantian** dari permukaan tempat tidur.
      4) **Memutar telapak kaki membentuk lingkaran besar** menggunakan ibu jari kaki.

   b. **Setelah 6–10 Jam Post Operasi**

      Pasien dianjurkan **memiringkan badan ke kanan dan ke kiri setiap 2 jam**. Gerakan ini bertujuan untuk mengurangi kekakuan, memperlancar sirkulasi darah, serta mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri di area luka operasi.

   c. **Setelah 24 Jam Post Operasi**

      1) Pasien mulai belajar **duduk di atas tempat tidur**, baik dengan sandaran atau tanpa bantuan, sesuai kemampuan.

2) Selanjutnya, pasien didampingi untuk **turun dari tempat tidur dan mulai berjalan** secara perlahan.
3) Tingkat aktivitas ini ditingkatkan secara bertahap, mulai dari **dengan bantuan penuh**, kemudian **dengan bantuan minimal**, hingga **mandiri**, disesuaikan dengan toleransi dan kemampuan pasien.

3. Sikap Selama Proses Mobilisasi

Selama pelaksanaan mobilisasi dini, perawat harus menunjukkan sikap sopan, ramah, menjaga privasi pasien, serta bekerja secara teliti dan hati-hati. Perawat juga harus responsif terhadap kondisi dan reaksi pasien selama tindakan berlangsung, guna memastikan kenyamanan dan keamanan pasien.

4. Dokumentasi Tindakan

Setiap tindakan mobilisasi yang dilakukan dicatat secara lengkap, meliputi jenis tindakan, waktu pelaksanaan, serta hasil yang dicapai. Dokumentasi ini penting sebagai bahan evaluasi dan dasar perencanaan perawatan lanjutan.