BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Pengertian

Sectio Caesarea merupakan operasi untuk membantu kelahiran janin melalui insisi yang dilakukan di dinding abdomen atau laparotomi dan dinding uterus atau histerotomi (Vianta et al., 2022). Tindakan *sectio caesarea* adalah metode persalinan operatif yang dilakukan untuk mengeluarkan janin melalui tindakan pembedahan, umumnya pada janin dengan berat lebih dari 500gram dan usia kehamilan di atas 28 minggu. Prosedur ini menjadi salah satu intervensi yang efektif dalam mengatasi berbagai komplikasi atau kelainan selama proses persalinan. Pelaksanaannya dapat dilakukan secara terencana (elektif) maupun dalam kondisi kegawatdaruratan, sesuai dengan indikasi medis yang mendasarinya (Sugito & Ramlan, 2023).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Muna et al., 2025) etiologi dilakukannya tindakan *sectio caesarea* dapat dikelompokkan menjadi dua kategori utama, yaitu:

1. Faktor yang berasal dari ibu

   Indikasi *sectio caesarea* yang bersumber dari kondisi ibu meliputi kehamilan pertama (primigravida) yang disertai kelainan presentasi janin, persalinan pertama pada usia tua (primipara tua) dengan posisi janin yang tidak normal, adanya disproporsi sefalopelvik atau ketidaksesuaian ukuran kepala janin dengan panggul ibu, riwayat kehamilan maupun persalinan sebelumnya yang kurang baik, panggul sempit, placenta previa terutama pada primigravida

,solusio plasenta derajat I–II, komplikasi kehamilan seperti preeklamsia dan eklamsia, kehamilan yang disertai penyakit penyerta seperti penyakit jantung dan diabetes melitus (DM), serta hambatan proses persalinan akibat adanya kista ovarium, mioma uteri, dan kondisi lainnya.

2. Faktor yang berasal dari janin

   Indikasi *sectio caesarea* yang berkaitan dengan kondisi janin antara lain terjadinya fetal distress atau gawat janin, malpresentasi maupun malposisi janin, prolaps tali pusat pada pembukaan serviks yang masih kecil, serta kegagalan tindakan ekstraksi vakum atau forsep. Kehamilan multipel atau kehamilan kembar merupakan kondisi ketika terdapat dua janin atau lebih yang berkembang dalam satu uterus dengan satu atau dua plasenta, sedangkan bayi dengan berat lahir normal berkisar antara 2.500–4.000 gram dan apabila berat lahir melebihi 4.000 gram maka dikategorikan sebagai bayi besar (*giant baby*).

2.1.3 Indikasi

Secara umum, indikasi operasi *sectio caesarea* yakni adanya masalah pada jalan lahir, kontraksi, masalah janin serta kontraindikasi dilakukannya persalinan pervaginam. Terdapat tiga indikasi utama dilakukannya sectio caesarea yakni:

1. Indikasi dari ibu
   1) Ibu memiliki riwayat *sectio caesarea* sebelumnya
   2) Ibu memiliki riwayat penyakit jantung atau paru
   3) Ibu mengalami preeklamsia ataupun eklamsia
   4) Ibu memiliki riwayat operasi rekonstruksi panggul atau dubur
   5) Ibu mengalami deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvik
   6) Ibu menginginkan sendiri untuk dilakukan operasi *sectio caesarea*

7) Ibu berumur resiko, dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun

2.Indikasi dari janin

1) Janin mengalami kondisi abnormal, seperti kelainan jantung, atau tali pusar tidak normal
2) Janin mengalami anomali kongenital
3) Janin mengalami prolaps tali pusar
4) Persalinan pervaginam gagal, partus tidak maju, serta induksi gagal
5) Usia kandungan lebih dari 40 minggu
6) Ketuban pecah dini

3.Indikasi dari rahim

1) Ibu memiliki kanker serviks invasive
2) Ibu memiliki riwayat dilakukan operasi histerektomi klasik
3) Ibu memiliki riwayat dehisensi sayatan rahim

2.1.4 Klasifikasi Insisi *Sectio Caesarea*

Menurut (Utami, 2021), klasifikasi insisi yang umum diterapkan pada tindakan *sectio caesarea* berdasarkan letaknya dibedakan menjadi insisi abdominal dan insisi uterus.

1. Insisi Abdominal

1) Insisi median subumbilikal

Teknik pembedahan dengan insisi median subumbilikal memiliki keunggulan berupa prosedur yang relatif sederhana, waktu operasi yang lebih singkat, serta kehilangan darah yang cenderung minimal. Bekas sayatan pada teknik ini umumnya tidak terlalu tampak, namun pasien dapat mengalami ketidaknyamanan selama masa pemulihan pascaoperasi.

2) Insisi transversal (Pfannenstiel)

Insisi Pfannenstiel memberikan hasil estetika yang lebih baik, mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan akibat luka operasi, serta mendukung pergerakan pasien yang lebih optimal setelah pembedahan. Meskipun demikian, penggunaan jenis insisi ini pada tindakan operasi berulang sering kali lebih sulit dilakukan.

2. Insisi Uterus

1) *Sectio caesarea* segmen bawah

Pada metode ini, sayatan melintang dibuat pada bagian bawah uterus yang sedang mengalami kehamilan, tepat di area posterior peritoneum uterovesikalis. Keuntungan dari teknik tersebut meliputi risiko perdarahan yang lebih rendah karena jumlah vaskularisasi di daerah tersebut relatif sedikit, berkurangnya kemungkinan penyebaran infeksi ke dalam kavum abdomen, serta rendahnya risiko ruptur pada jaringan parut bekas insisi. Namun, teknik ini juga memiliki beberapa kelemahan, seperti meningkatnya kemungkinan cedera pada tindakan operasi ulangan karena letak uterus yang berdekatan dengan vesika urinaria, serta potensi kehilangan darah yang lebih besar apabila sayatan meluas ke arah sudut lateral maupun ke area belakang kandung kemih.

2) *Sectio caesarea* klasik

Pada *sectio caesarea* klasik, insisi dibuat secara vertikal pada bagian tengah uterus. Teknik ini umumnya dipilih pada kondisi kehamilan usia dini dengan pembentukan segmen bawah uterus yang belum optimal, adanya mioma yang

menghambat akses menuju segmen bawah rahim, letak janin melintang, plasenta previa anterior, kanker serviks, maupun keadaan yang memerlukan tindakan segera, seperti setelah terjadinya kematian ibu (Utami, 2021).

2.1.5 Penatalaksanaan *Post Sectio Caesarea*

Menurut Octaviasari (2023), penatalaksanaan *post sectio caesarea* meliputi:

1. Terapi Cairan

Pada 24 jam pertama setelah tindakan operasi, pasien umumnya masih menjalani puasa sehingga kebutuhan cairan dan elektrolit harus dipenuhi melalui pemberian infus dalam jumlah yang memadai untuk mencegah terjadinya hipotermia, dehidrasi, maupun gangguan fungsi organ lainnya. Jenis cairan yang lazim digunakan antara lain dextrose 10%, larutan garam fisiologis, dan Ringer Laktat yang diberikan secara bergantian dengan kecepatan tetesan yang disesuaikan dengan kondisi serta kebutuhan pasien. Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan kadar hemoglobin yang rendah, transfusi darah dapat diberikan sesuai indikasi medis yang diperlukan.

2. Diet

Pemberian cairan intravena biasanya dihentikan setelah pasien mulai dapat mengeluarkan flatus, kemudian dilanjutkan dengan asupan cairan dan makanan melalui jalur oral. Konsumsi minuman dalam jumlah terbatas, seperti air putih maupun teh, umumnya sudah diperbolehkan pada rentang waktu 6–10 jam setelah operasi dilakukan.

3. Mobilisasi

1) Aktivitas fisik dilakukan secara bertahap, dimulai dengan latihan mengubah posisi tubuh ke kanan dan kiri yang dapat dilakukan sejak 6–10 jam pascaoperasi.
2) Latihan pernapasan dianjurkan segera setelah pasien sadar penuh dengan posisi berbaring terlentang.
3) Pada hari kedua setelah operasi, pasien dapat dilatih duduk selama kurang lebih lima menit sambil melakukan teknik tarik napas dalam dan menghembuskannya secara perlahan.
4) Posisi berbaring terlentang selanjutnya dapat dimodifikasi menjadi posisi setengah duduk.
5) Pada hari-hari berikutnya, pasien dianjurkan berlatih duduk lebih lama, kemudian belajar berjalan dengan bantuan hingga mampu berjalan secara mandiri pada hari ketiga sampai hari kelima setelah operasi.

4. Kateterisasi

Kandung kemih yang terisi penuh dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan nyeri sehingga berpotensi menghambat proses involusi uterus serta meningkatkan risiko perdarahan. Oleh karena itu, kateter urin biasanya dipertahankan selama 24–48 jam atau lebih lama sesuai jenis tindakan operasi dan kondisi klinis pasien.

5. Pemberian obat-obatan

1) Antibiotik diberikan untuk membantu mencegah maupun mengatasi infeksi.

2) Analgetik atau obat yang berfungsi mendukung kelancaran sistem pencernaan dapat diberikan dalam beberapa bentuk sediaan.

(1) Supositoria berupa ketoprofen dapat diberikan sebanyak dua kali dalam 24 jam.

(2) Sediaan oral seperti paracetamol atau tramadol umumnya diberikan setiap enam jam.

(3) Obat injeksi, misalnya pethidine dengan dosis 50–75 mg, dapat diberikan setiap enam jam apabila diperlukan.

(4) Obat tambahan yang bertujuan meningkatkan kondisi umum dan status vital pasien, seperti neurobion dan vitamin C, juga dapat diberikan sesuai kebutuhan.

6. Perawatan Luka

Keadaan balutan luka operasi perlu dievaluasi pada hari pertama pascaoperasi, dan apabila ditemukan kondisi basah atau terdapat rembesan darah maka balutan harus segera dibuka serta diganti dengan yang baru.

7. Perawatan Rutin

Parameter yang perlu dipantau secara berkala meliputi suhu tubuh, tekanan darah, frekuensi nadi, serta laju pernapasan pasien.

8. Perawatan Payudara

Pemberian air susu ibu dapat mulai dilakukan pada periode pascaoperasi, sedangkan bagi ibu yang memutuskan untuk tidak menyusui dapat digunakan penyangga atau pembalut payudara yang cukup kencang tanpa memberikan tekanan berlebihan karena cara tersebut umumnya dapat membantu mengurangi rasa nyeri pada payudara.

2.1.6 Komplikasi *Post Sectio Caesarea*

Menurut Prasetyo (2024), komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan *sectio caesarea* dibedakan menjadi komplikasi jangka pendek dan komplikasi jangka panjang. Komplikasi tersebut dapat terjadi pada ibu maupun bayi, tergantung pada kondisi klinis pasien, teknik pembedahan, serta penatalaksanaan selama periode perioperatif.

1. Komplikasi jangka pendek
    1) Kematian Maternal

        Meskipun angka kejadiannya relatif rendah, sectio caesarea tetap memiliki risiko kematian maternal yang lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam. Kematian dapat disebabkan oleh perdarahan masif, infeksi berat (sepsis), komplikasi anestesi, maupun gangguan tromboemboli yang terjadi selama atau setelah operasi
    2) Cedera Organ Sekitar (*intraoperative injury)*

        Cedera pada organ di sekitar area operasi, terutama kandung kemih, ureter, dan usus, dapat terjadi selama tindakan pembedahan. Kandung kemih merupakan organ yang paling sering mengalami cedera karena letaknya yang berdekatan dengan segmen bawah uterus.
    3) Perpanjangan Lama Rawat Inap

        Pasien pasca sectio caesarea umumnya memerlukan waktu perawatan yang lebih lama dibandingkan persalinan normal. Kondisi ini berkaitan dengan kebutuhan pemantauan luka operasi, manajemen nyeri, serta observasi terhadap kemungkinan komplikasi pascaoperasi sehingga dapat meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.

4) Histerektomi

Pada kondisi tertentu, seperti perdarahan postpartum yang tidak dapat dikendalikan dengan terapi farmakologis maupun tindakan konservatif lainnya, histerektomi atau pengangkatan sebagian atau seluruh bagian rahim darurat dapat dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibu.

5) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan komplikasi yang paling sering dialami ibu setelah operasi caesarea. Nyeri muncul akibat kerusakan jaringan selama proses pembedahan dan biasanya meningkat setelah efek anestesi menghilang. Apabila tidak ditangani secara adekuat, nyeri dapat menghambat mobilisasi dini, proses menyusui, serta pemulihan pascaoperasi.

2. Komplikasi jangka Panjang

1) Nyeri Kronis Pascaoperasi

Sebagian wanita dapat mengalami nyeri persisten yang berlangsung lebih dari tiga bulan setelah tindakan *sectio caesarea*. Nyeri kronis dapat menurunkan kualitas hidup, mengganggu aktivitas sehari-hari, dan meningkatkan risiko gangguan psikologis seperti kecemasan maupun depresi.

2) Tromboemboli

Sectio caesarea meningkatkan risiko terjadinya trombosis vena dalam dan emboli paru akibat imobilisasi pascaoperasi serta perubahan sistem koagulasi selama masa kehamilan dan nifas. Risiko ini lebih tinggi pada ibu dengan obesitas, usia lanjut, dan riwayat tromboemboli sebelumnya

3) Perdarahan

Perdarahan dapat terjadi akibat trauma pembuluh darah selama tindakan operasi, atonia uteri, maupun gangguan koagulasi. Kehilangan darah yang berlebihan dapat menyebabkan anemia bahkan syok hipovolemik apabila tidak segera ditangani

4) Infeksi

Infeksi luka operasi, endometritis, dan infeksi saluran kemih merupakan komplikasi yang sering ditemukan setelah sectio caesarea. Risiko infeksi meningkat pada ibu dengan diabetes melitus, obesitas, ketuban pecah dini, atau penggunaan antibiotik profilaksis yang tidak adekuat

5) Infertilitas

Pembentukan jaringan parut (adhesi) pada uterus maupun organ reproduksi setelah operasi dapat menyebabkan gangguan fertilitas pada kehamilan berikutnya. Adhesi yang luas juga dapat meningkatkan risiko nyeri panggul kronis

6) Kematian Neonatal

Meskipun tujuan utama sectio caesarea adalah meningkatkan keselamatan ibu dan bayi, beberapa kondisi kegawatdaruratan obstetri tetap dapat menyebabkan kematian neonatal, terutama pada kasus prematuritas berat, asfiksia, atau komplikasi kongenital

7) *Transient Tachypnea of the Newborn* (TTN)

Bayi yang dilahirkan melalui sectio caesarea memiliki risiko lebih tinggi mengalami transient tachypnea of the newborn, yaitu gangguan pernapasan

sementara yang disebabkan oleh keterlambatan absorpsi cairan paru setelah lahir

8) Trauma Bayi

Cedera pada bayi, seperti laserasi kulit atau trauma jaringan lunak, dapat terjadi selama proses ekstraksi janin melalui insisi pembedahan. Meskipun jarang terjadi, komplikasi ini tetap perlu diwaspadai

9) Ruptur Uteri pada Kehamilan Berikutnya

Riwayat sectio caesarea merupakan faktor risiko terjadinya ruptur uteri pada kehamilan atau persalinan berikutnya, terutama pada ibu yang menjalani persalinan pervaginam setelah sectio caesarea (VBAC). Risiko meningkat seiring dengan jumlah operasi caesarea yang pernah dilakukan sebelumnya

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang *Post Sectio Caesarea*

Menurut Latief & Destian (2024) pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menilai kondisi ibu sebelum dan sesudah tindakan sectio caesarea serta mendeteksi kemungkinan terjadinya komplikasi. Beberapa pemeriksaan yang umum dilakukan meliputi:

1. Pemeriksaan Hemoglobin (Hb) dan Hematokrit (Ht)

   Pemeriksaan kadar hemoglobin dan hematokrit bertujuan untuk mengetahui status hematologis ibu, menilai adanya anemia, serta membandingkan nilai sebelum dan sesudah operasi guna mengevaluasi jumlah kehilangan darah yang terjadi selama tindakan pembedahan.

2. Pemeriksaan Jumlah Leukosit

   Pemeriksaan leukosit dilakukan untuk mendeteksi adanya proses infeksi atau inflamasi. Peningkatan jumlah leukosit dapat mengindikasikan adanya respons tubuh terhadap infeksi maupun stres fisiologis akibat pembedahan.

3. Pemeriksaan Golongan Darah, Waktu Perdarahan, dan Waktu Pembekuan Darah

   Pemeriksaan golongan darah diperlukan sebagai persiapan apabila dibutuhkan transfusi darah selama atau setelah operasi. Selain itu, pemeriksaan waktu perdarahan dan waktu pembekuan darah dilakukan untuk menilai fungsi hemostasis dan mengidentifikasi risiko gangguan koagulasi yang dapat menyebabkan perdarahan berlebihan.

4. Urinalisis dan Kultur Urin

   Urinalisis digunakan untuk mengevaluasi kondisi saluran kemih, fungsi ginjal, serta mendeteksi adanya proteinuria, hematuria, atau infeksi saluran kemih. Apabila dicurigai terdapat infeksi, kultur urine dapat dilakukan untuk mengidentifikasi mikroorganisme penyebab dan menentukan terapi yang sesuai.

5. Pemeriksaan Elektrolit

   Pemeriksaan kadar elektrolit, seperti natrium, kalium, klorida, dan kalsium, bertujuan untuk menilai keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh. Ketidakseimbangan elektrolit dapat memengaruhi fungsi jantung, saraf, dan otot serta berpotensi mengganggu proses pemulihan pascaoperasi.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik sekaligus emosional yang tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau kondisi yang menyerupai hal tersebut. Nyeri bersifat sangat subjektif dan personal, serta dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain aspek biologis, psikologis, dan sosial yang saling berinteraksi dalam memengaruhi persepsi individu terhadap nyeri.

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak nyaman yang terjadi akibat dari kerusakan jaringan. Nyeri dapat diartikan sebagai sesuatu keadaan yang kompleks dan susah untuk dipahami (Ningtyas et al., 2023).

2.2.2 Tanda dan Gejala

Menurut SDKI (2017) gejala dan tanda dari nyeri akut terbagi menjadi dua yaitu:

1. Gejala dan tanda mayor
    1) Subjektif: mengeluh nyeri
    2) Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misal: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
2. Gejala dan tanda minor
    1) Subjektif: (tidak tersedia)
    2) Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

2.2.3 Klasifikasi

Berdasarkaan lama terjadinya, nyeri diklasifikasikan menjadi:

1. Nyeri Akut

   Nyeri akut merupakan perasaan sensorik atau emosional terkait dengan kerusakan pada jaringan fisik maupun fungsi tubuh. Ini dapat muncul secara tiba-tiba atau bertahap dan memiliki intensitas bervariasi dari lemah sampai kuat, tetapi hanya berlangsung selama kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017).

2. Nyeri Kronis

   Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata atau fungsional, dapat muncul secara tiba-tiba atau bertahap, dengan tingkat keparahan yang bervariasi dari ringan hingga berat dan bersifat terus-menerus, berlangsung lebih dari tiga bulan (PPNI, 2017).

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri yaitu (Astria, 2023):

1. Usia

   Usia merupakan salah satu faktor yang memengaruhi persepsi nyeri. Pada anak-anak, keterbatasan dalam memahami nyeri dan prosedur medis sering membuat respon nyeri menjadi lebih sulit diinterpretasikan. Sementara itu, pada lansia, penilaian nyeri dapat menjadi lebih kompleks karena adanya penyakit penyerta, penurunan fungsi kognitif, serta gejala yang sering tidak spesifik sehingga memengaruhi interpretasi nyeri secara keseluruhan

2. Jenis Kelamin

   Perbedaan jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan bermakna dalam respons terhadap nyeri, namun toleransi nyeri lebih banyak dipengaruhi oleh faktor hormonal, neurobiologis, dan psikologis dibandingkan gender itu sendiri. Hal ini menunjukkan bahwa laki-laki maupun perempuan dapat mengalami intensitas nyeri yang berbeda tergantung pada kondisi individualnya

3. Kebudayaan

   Faktor budaya berpengaruh terhadap cara individu memahami, mengekspresikan, dan merespons nyeri. Nilai, norma, serta keyakinan dalam suatu budaya dapat membentuk sikap seseorang terhadap nyeri, termasuk dalam hal ekspresi dan strategi koping yang digunakan

4. Makna Nyeri

   Makna nyeri bersifat subjektif dan dipengaruhi oleh latar belakang pengalaman serta budaya individu. Perbedaan pemaknaan ini menyebabkan setiap individu dapat merespons nyeri dengan cara yang berbeda, baik dalam tingkat persepsi maupun ekspresi nyeri yang ditunjukkan

5. Perhatian

   Tingkat perhatian terhadap nyeri dapat memengaruhi intensitas nyeri yang dirasakan. Fokus yang berlebihan pada nyeri cenderung meningkatkan persepsi nyeri, sedangkan distraksi atau pengalihan perhatian dapat menurunkan sensasi nyeri yang dialami pasien

6. Ansietas

   Ansietas memiliki hubungan timbal balik dengan nyeri. Tingkat kecemasan yang tinggi dapat meningkatkan persepsi nyeri, dan sebaliknya nyeri yang dirasakan juga dapat meningkatkan kecemasan pasien. Kedua kondisi ini saling memengaruhi melalui respon fisiologis yang serupa dalam sistem saraf otonom

7. Pengalaman Nyeri

   Pengalaman sebelumnya terhadap nyeri sangat memengaruhi respons individu terhadap nyeri berikutnya. Individu yang pernah mengalami nyeri berat sebelumnya dapat memiliki respons yang lebih kuat atau sebaliknya lebih mampu beradaptasi tergantung pada pengalaman koping yang dimiliki

8. Keletihan

   Kondisi kelelahan fisik dapat memperberat persepsi nyeri dan menurunkan kemampuan individu dalam mengatasi nyeri. Pasien yang mengalami keletihan cenderung memiliki ambang nyeri yang lebih rendah dan koping yang kurang efektif terhadap nyeri

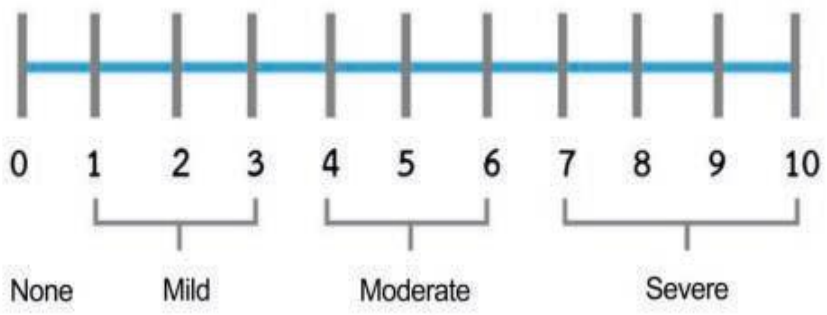
2.2.5 Alat Pengukuran Nyeri

Menurut (Ardi, 2024) macam-macam pengukuran intensitas nyeri yakni :

1. *Visual Analog Scale* (VAS)

   Pasien menandai nyerinya dengan menggunakan garis sepanjang 100 milimeter (mm) dan jarak yang diukur dalam mm dapat diinterpretasikan sebagai berikut: 0-4 mm tidak nyeri, 5-44 mm nyeri ringan, 45-74 mm nyeri sedang, dan 75-100 mm nyeri berat. *Visual analog scale* ini juga telah dimodifikasi menjadi *pain assessment tool* dengan skala nilai 0-10, nilai 0 artinya tidak nyeri dan nilai 10 artinya sangat nyeri (Khera & Rangasamy, 2021).

9. *Numerical Rating Scale* (NRS)



Gambar 2. 1 *Numerical Rating Scale*

Pasien yang mampu berkomunikasi dengan baik dan dapat menilai nyeri nya sendiri dengan cara mendefinisikan dalam angka 0-10, angka 0 artinya tidak nyeri dan angka 10 artinya sangat nyeri.

10. *Verbal Rating Scale* (VRS)

Skalanya terdiri dari 4 poin yakni angka 1 tidak ada nyeri, angka 2 nyeri ringan, angka 3 nyeri sedang, dan angka 4 sangat nyeri.

2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri secara umum dibagi menjadi dua pendekatan utama, yaitu (Smith et al., 2023):

1. Penatalaksanaan Farmakologis

   Pendekatan farmakologis dilakukan dengan pemberian obat analgesik yang bekerja menekan atau menghambat transmisi impuls nyeri. Analgesik dapat diberikan melalui berbagai rute seperti intravena, oral, inhalasi, maupun teknik blok saraf untuk mengurangi persepsi nyeri pada pasien.

2. Penatalaksanaan Non-Farmakologis

   Penatalaksanaan nyeri non-farmakologis merupakan intervensi pendukung yang bertujuan membantu pasien dalam mengontrol dan mengurangi nyeri tanpa penggunaan obat. Intervensi ini dapat berupa teknik relaksasi, distraksi,

kompres hangat maupun dingin, imajinasi terbimbing, aromaterapi, serta pijat atau massage termasuk teknik effleurage. Pendekatan non-farmakologis sering direkomendasikan untuk dikombinasikan dengan terapi farmakologis karena terbukti dapat meningkatkan efektivitas pengendalian nyeri, mengurangi kecemasan, serta mempercepat proses pemulihan pasien

2.3 Konsep Mobilisasi Dini

2.3.1 Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan suatu kemampuan individu untuk melakukan pergerakan tubuh secara bebas, terarah, dan teratur dalam rangka memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari serta mempertahankan kondisi kesehatan yang optimal. Mobilisasi ini menjadi bagian penting dalam proses pemulihan pasien, khususnya pada pasien post operasi, termasuk *sectio caesarea* (Supriani & Rosyidah, 2024). Mobilisasi dini dapat disimpulkan sebagai suatu upaya untuk mempertahankan kemandirian pasien sejak awal dengan cara membimbing pasien agar tetap mampu menjalankan fungsi fisiologis tubuhnya secara optimal. Pelaksanaan mobilisasi dini juga memberikan manfaat dalam mempercepat proses penyembuhan, sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi pasca pembedahan, termasuk mempercepat pemulihan luka operasi.

2.3.2 Manfaat Mobilisasi Dini

Efek positif dari mobilisasi dini pada pasien pasca bedah, sebagaimana dijelaskan oleh Widiyanti (2023), adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan Sirkulasi
    1) Nutrisi lebih mudah diakses oleh area luka untuk proses penyembuhan
    2) Mencegah pembentukan gumpalan darah (tromboplebitis)

3) Memperbaiki kemampuan ginjal untuk beroperasi dengan lebih lancar
4) Mengurangi rasa nyeri

2. Peningkatan Berkemih

Mencegah retensi urine, dengan harapan pasien dapat mengontrol buang air kecil secara sukarela dalam 6-8 jam setelah anestesi, tergantung pada jenis operasi yang dilakukan.

3. Metabolisme Meningkat

1) Mencegah penurunan kekencangan otot
2) Kadar nitrogen kembali seimbang

4.Peristaltik Meningkat

1) Memfasilitasi pembentukan gas usus (flatus)
2) Mencegah distensi abdomen dan nyeri yang disebabkan oleh gas
3) Mencegah terjadinya konstipasi
4) Kejadian ileus paralitik dapat dicegah.

5. Mengurangi Durasi Perawatan

1) Meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan, termasuk pengurangan biaya perawatan
2) Fungsi fisik menjadi lebih cepat untuk pulih
3) Mengurangi perilaku ketergantungan
4) Telah terbukti bahwa praktik mobilisasi dini dapat mengurangi durasi tinggal di rumah sakit hingga tiga hari, sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP)

2.3.3 Indikasi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dapat dilakukan pada pasien yang memiliki kondisi umum stabil, kesadaran baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, dan tidak terdapat kontraindikasi medis yang membahayakan apabila pasien mulai bergerak atau beraktivitas (Yunani et al., 2024). Pelaksanaan mobilisasi dapat dimulai setelah efek anestesi berkurang dan kondisi hemodinamik pasien stabil, dimulai dari latihan gerak pasif dan aktif di tempat tidur, perubahan posisi tubuh, duduk, berdiri, hingga berjalan secara bertahap sesuai toleransi pasien Selain kondisi fisik yang stabil, pasien yang akan menjalani mobilisasi dini harus mampu mengikuti instruksi tenaga kesehatan, memiliki kemampuan neuromuskular yang memadai, dan mendapatkan dukungan yang cukup dari keluarga maupun tenaga kesehatan. Sebelum mobilisasi dilakukan, perawat perlu melakukan pengkajian menyeluruh terhadap status fisiologis, tingkat nyeri, keseimbangan tubuh, dan risiko jatuh untuk menjamin keamanan pasien selama proses mobilisasi (Wibawa et al., 2024).

2.3.4 Kontraindikasi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini tidak dianjurkan pada pasien yang mengalami ketidakstabilan kondisi fisiologis karena dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama aktivitas. Pasien dengan tekanan darah yang tidak stabil, gangguan hemodinamik, syok, perdarahan aktif, atau gangguan pernapasan berat memerlukan pemantauan dan penanganan terlebih dahulu sebelum dilakukan mobilisasi dini. Selain itu, mobilisasi dini juga tidak dapat dilakukan pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran, kondisi neurologis yang belum stabil, atau pasien yang tidak mampu mengikuti instruksi tenaga kesehatan. Pada kondisi

tersebut, mobilisasi berisiko menyebabkan cedera, jatuh, maupun gangguan keselamatan pasien selama proses perawatan. (Farid et al., 2023).

Pasien yang mengalami nyeri berat, mual muntah yang tidak terkendali, kelemahan fisik yang ekstrem, atau masih berada dalam pengaruh anestesi yang kuat juga perlu menunda pelaksanaan mobilisasi dini hingga kondisi klinisnya membaik. Mobilisasi yang dilakukan sebelum pasien siap secara fisik dapat menimbulkan ketidaknyamanan, memperberat kelelahan, serta menghambat proses pemulihan. Pengkajian menyeluruh terhadap status hemodinamik, tingkat kesadaran, kekuatan otot, keseimbangan tubuh, dan toleransi aktivitas perlu dilakukan sebelum mobilisasi dini diberikan kepada pasien (Yunani et al., 2024).

2.3.5 Klasifikasi Mobilisasi Dini

Menurut Supriani & Rosyidah (2024), mobilisasi dibagi menjadi dua jenis.

1. Mobilisasi Penuh

   Mobilisasi penuh adalah kemampuan individu untuk melakukan pergerakan secara bebas, mandiri, dan optimal tanpa mengalami hambatan fisik yang berarti. Individu dengan mobilisasi penuh mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari, berinteraksi dengan lingkungan sosial, serta mempertahankan fungsi tubuh secara normal. Kemampuan ini didukung oleh fungsi sistem saraf sensorik, motorik, dan muskuloskeletal yang bekerja secara optimal dalam mengoordinasikan gerakan tubuh.

2. Mobilisasi Parsial

   Mobilisasi parsial merupakan kondisi ketika individu mengalami keterbatasan dalam melakukan pergerakan sehingga tidak dapat beraktivitas secara bebas seperti biasanya. Keterbatasan tersebut dapat disebabkan oleh gangguan pada

sistem saraf, muskuloskeletal, maupun kondisi kesehatan lainnya yang memengaruhi fungsi gerak. Mobilisasi parsial dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

1) Mobilisasi Parsial Temporer

Mobilisasi parsial temporer adalah keterbatasan gerak yang bersifat sementara dan masih memungkinkan terjadinya pemulihan fungsi secara bertahap. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh cedera atau trauma pada sistem muskuloskeletal, seperti dislokasi sendi, fraktur, pascaoperasi, atau kondisi lain yang memerlukan periode pemulihan tertentu sebelum pasien dapat kembali bergerak secara normal.

2) Mobilisasi Parsial Permanen

Mobilisasi parsial permanen merupakan keterbatasan gerak yang bersifat menetap akibat kerusakan sistem saraf atau muskuloskeletal yang tidak dapat pulih sepenuhnya. Kondisi ini dapat ditemukan pada pasien dengan hemiplegia akibat stroke, paraplegia karena cedera medula spinalis, poliomielitis, maupun gangguan neurologis lainnya yang menyebabkan penurunan fungsi motorik dan sensorik secara permanen.

2.3.6 Rentang Gerak Mobilisasi Dini

Rentang gerak (*range of motion*) dalam mobilisasi dini dapat dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu (Suryanti et al., 2024):

1. Rentang Gerak Pasif (Passive Range of Motion/PROM)

   Rentang gerak pasif merupakan latihan yang dilakukan dengan bantuan orang lain, seperti perawat atau keluarga, tanpa adanya kontraksi otot secara aktif dari pasien. Latihan ini bertujuan untuk mempertahankan fleksibilitas sendi,

mencegah kekakuan otot, serta menjaga fungsi muskuloskeletal pada pasien yang belum mampu bergerak secara mandiri

2. Rentang Gerak Aktif (Active Range of Motion/AROM)
   Rentang gerak aktif dilakukan oleh pasien secara mandiri dengan menggerakkan otot dan persendiannya tanpa bantuan orang lain. Bentuk latihan ini dapat berupa menggerakkan lengan atau tungkai saat berada di tempat tidur. Latihan aktif bertujuan meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan fungsi sendi, serta mendukung pemulihan kemampuan fisik pasien
3. Rentang Gerak Fungsional (Functional Range of Motion/FROM)
   Rentang gerak fungsional merupakan latihan yang melibatkan aktivitas sehari-hari untuk melatih kekuatan otot dan meningkatkan kemampuan mobilitas pasien. Kegiatan yang termasuk dalam latihan ini antara lain mengubah posisi tubuh ke kanan dan kiri, duduk di tepi tempat tidur, berdiri, berjalan, maupun melakukan aktivitas mandiri seperti pergi ke kamar mandi. Latihan ini bertujuan meningkatkan kemandirian dan mempercepat proses rehabilitasi pasien

2.3.7 Penatalaksanaan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap sesuai dengan kondisi dan kemampuan pasien. Pelaksanaan mobilisasi yang progresif bertujuan untuk meningkatkan fungsi fisik, mencegah komplikasi akibat tirah baring, serta mempercepat proses pemulihan pascaoperasi. Tahapan mobilisasi dini meliputi:

1. Tahap 1

   Pada tahap awal, pasien dianjurkan melakukan latihan pernapasan dalam, batuk efektif, serta menggerakkan ekstremitas atas dan bawah secara ringan untuk mempertahankan sirkulasi darah dan fungsi otot.

2. Tahap 2

   Pasien mulai melakukan latihan gerak pada sendi-sendi kecil, seperti memutar pergelangan tangan dan pergelangan kaki untuk mencegah kekakuan sendi dan meningkatkan aliran darah perifer.

3. Tahap 3

   Pasien dibantu untuk duduk tegak di atas tempat tidur selama beberapa menit sesuai toleransi, guna melatih keseimbangan tubuh dan adaptasi terhadap perubahan posisi.

4. Tahap 4

   Setelah kondisi pasien stabil, mobilisasi dilanjutkan dengan berdiri di samping tempat tidur dan turun dari tempat tidur secara bertahap dengan pengawasan tenaga kesehatan, yang dapat dilakukan beberapa kali dalam sehari.

5. Tahap 5

   Pasien mulai berlatih berjalan dengan bantuan perawat atau keluarga untuk meningkatkan kekuatan otot, memperbaiki sirkulasi, dan mengembalikan kemampuan mobilitas.

6. Tahap 6

   Pasien dilatih melakukan perpindahan posisi secara mandiri, seperti berdiri dari posisi duduk kemudian kembali duduk serta naik ke tempat tidur secara perlahan tanpa bantuan penuh.

7. Tahap 7

   Pada tahap lanjutan, pasien diharapkan mampu bangun dari posisi duduk atau berbaring di tempat tidur secara mandiri tanpa bantuan orang lain, sebagai indikator meningkatnya kemampuan fungsional dan kemandirian pasien.

2.3.8 Tahapan Mobilisasi Dini Ibu *Post Sectio Caesarea*

Mobilisasi dini pada ibu *post sectio caesarea* dilakukan secara bertahap sesuai dengan kondisi fisik dan toleransi pasien. Pelaksanaan mobilisasi yang progresif bertujuan untuk mempercepat pemulihan, meningkatkan sirkulasi darah, serta mencegah komplikasi akibat tirah baring yang terlalu lama Supriani & Rosyidah (2024).

1. Mobilisasi 6 jam pertama *post sectio caesarea*

   Pada enam jam pertama setelah operasi, ibu dapat mulai melakukan latihan gerak ringan di atas tempat tidur. Latihan tersebut meliputi menggerakkan jari-jari tangan dan kaki, memutar pergelangan tangan maupun pergelangan kaki, mengangkat tumit, mengencangkan otot betis, serta menggeser tungkai secara perlahan. Gerakan-gerakan ini bertujuan untuk mempertahankan sirkulasi darah, mencegah kekakuan sendi, dan mengurangi risiko terjadinya trombosis akibat imobilisasi.

2. Mobilisasi 6–10 jam *post sectio caesarea*

   Setelah kondisi ibu stabil, mobilisasi dilanjutkan dengan latihan perubahan posisi tubuh, yaitu miring ke kanan dan ke kiri secara bergantian. Posisi ini dapat dipertahankan selama beberapa menit sesuai toleransi pasien. Perubahan posisi secara berkala berfungsi untuk meningkatkan aliran darah, mengurangi tekanan

pada area tertentu, serta membantu mencegah terjadinya tromboemboli dan komplikasi akibat tirah baring berkepanjangan

3. Mobilisasi 24 jam *post sectio caesarea*

   Setelah 24 jam pascaoperasi, ibu dianjurkan mulai berlatih duduk secara bertahap. Tahapan ini dapat dimulai dengan duduk bersandar di tempat tidur, kemudian duduk dengan kedua tungkai menggantung di sisi tempat tidur selama beberapa menit. Apabila tidak terdapat keluhan seperti pusing atau nyeri yang berlebihan, ibu dapat mulai belajar berdiri dan berjalan dengan bantuan tenaga kesehatan atau keluarga. Pada hari berikutnya, pasien diharapkan mampu berjalan secara mandiri sesuai kemampuan dan kondisi fisiknya. Mobilisasi pada tahap ini berperan penting dalam mempercepat pemulihan fungsi tubuh, meningkatkan kemandirian, serta mempercepat proses penyembuhan luka operasi.

2.4 Konsep Teknik Relaksasi Genggam Jari

2.4.1 Pengertian Teknik Relaksasi Genggam Jari

Salah satu metode relaksasi nonfarmakologis yang sering digunakan dalam praktik keperawatan adalah teknik relaksasi genggam jari (*finger hold relaxation*). Teknik ini dilakukan dengan cara menggenggam setiap jari tangan secara bergantian sambil mengatur pernapasan secara perlahan dan teratur. Setiap jari digenggam selama beberapa menit hingga pasien merasakan sensasi rileks. Selama pelaksanaan terapi, pasien dianjurkan berada dalam posisi yang nyaman, memusatkan perhatian pada pernapasan, serta mengurangi rangsangan yang dapat mengganggu proses relaksasi (Ariyanti et al., 2024).

Teknik relaksasi genggam jari bekerja melalui stimulasi saraf sensorik pada tangan yang dapat memengaruhi sistem saraf pusat sehingga membantu menurunkan ketegangan fisik maupun emosional. Intervensi ini terbukti efektif dalam mengurangi intensitas nyeri, menurunkan kecemasan, serta meningkatkan kenyamanan pasien pascaoperasi, termasuk pada ibu post sectio caesarea (Rahmawati et al., 2024).

Dapat disimpulkan bahwa relaksasi genggam jari merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang sederhana, aman, mudah dilakukan, dan efektif untuk membantu mengontrol nyeri serta meningkatkan kenyamanan pasien melalui kombinasi antara sentuhan terapeutik dan pengaturan pernapasan yang terfokus.

2.4.2 Manfaat Relaksasi Genggam Jari

Beberapa manfaat dari teknik relaksasi genggam jari (Solehati et al., 2023):

1. Mengurangi ketegangan fisik dan emosional

   Teknik relaksasi genggam jari dapat membantu menurunkan ketegangan pada tubuh dan emosi melalui stimulasi sentuhan pada jari tangan yang memicu respons relaksasi pada sistem saraf, sehingga tubuh menjadi lebih tenang dan nyaman (Ariyanti et al., 2024).

2. Menurunkan persepsi nyeri

   Stimulasi pada titik-titik jari tangan dapat membantu mengalihkan fokus perhatian pasien dari rasa nyeri, sehingga persepsi nyeri menjadi berkurang, terutama pada pasien post operasi seperti sectio caesarea (Rahmawati et al., 2024).

3. Memberikan rasa tenang, fokus, dan nyaman

   Teknik ini mampu menciptakan kondisi relaksasi yang meningkatkan rasa tenang, membantu pasien lebih fokus, serta memberikan kenyamanan baik secara fisik maupun psikologis selama masa pemulihan (Solehati et al., 2023).

4. Memperbaiki kondisi emosional

   Relaksasi genggam jari berperan dalam menstabilkan emosi pasien dengan menurunkan respon stres dan meningkatkan perasaan positif selama menjalani perawatan (Ariyanti et al., 2024).

5. Menurunkan kecemasan dan stress

   Intervensi ini efektif dalam mengurangi kecemasan yang sering muncul pada pasien post operasi, sehingga membantu mempercepat proses adaptasi terhadap kondisi pasca pembedahan (Rahmawati et al., 2024).

6. Meningkatkan kualitas pemulihan pasien

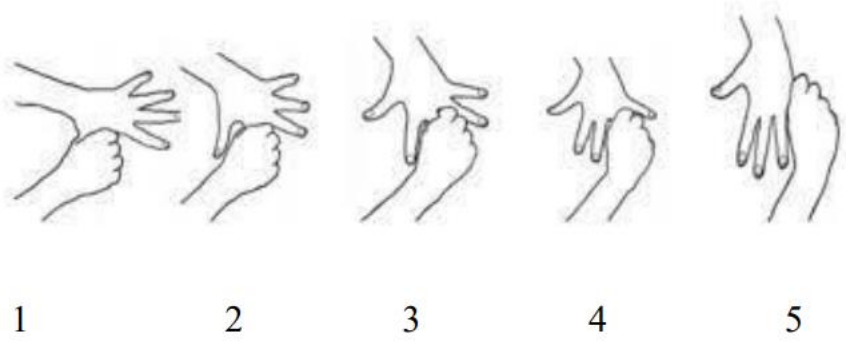
   Dengan berkurangnya nyeri dan kecemasan, pasien menjadi lebih kooperatif dalam mobilisasi dini dan perawatan lanjutan sehingga proses penyembuhan dapat berlangsung lebih optimal (Solehati et al., 2023)

2.4.3 Penatalaksanaan Relaksasi Genggam Jari

Intervensi relaksasi genggam jari umumnya dilakukan pada pasien post sectio caesarea dalam kondisi stabil, biasanya pada 6–12 jam setelah operasi atau ketika efek anestesi mulai berkurang. Tindakan diberikan pada pasien yang sadar, mampu berkomunikasi, dan kooperatif (Sutisna et al., 2023).

1. Jelaskan tindakan dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan pada pasien serta menanyakan kesediaannya.

2. Posisikan pasien dengan berbaring lurus di tempat tidur,minta pasien untuk mengatur nafas dan merilekskan semua otot.
3. Perawat duduk berada di samping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut.
4. Pasien diminta untuk mengatur nafas dengan hitungan teratur.
5. Genggam ibu jari selama kurang lebih 3-5 menit dengan bernapas secara teratur, untuk kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktuyang sama.
6. Setelah kurang lebih 15 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain.
7. Session selesai dengan menanyakan kembali bagaimana tingkat intensitas nyeri yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan.
8. Rapikan pasien dan tempat seperti semula.



Gambar 2. 2 Teknik Relaksasi Genggam Jari

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan, mengidentifikasi, dan

menganalisis data kesehatan klien dari berbagai sumber (PPNI, 2017). Hasil pengkajian ini menjadi dasar dalam penetapan diagnosis keperawatan serta penentuan intervensi yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Ketepatan pengkajian sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan. Data yang dikumpulkan terdiri dari data subjektif dan objektif. Data subjektif diperoleh dari keluhan pasien atau keluarga melalui wawancara, sedangkan data objektif diperoleh melalui pemeriksaan fisik, pengukuran tanda-tanda vital, serta observasi kondisi klinis pasien. Selain itu, data juga dilengkapi melalui penelusuran rekam medis untuk memperoleh riwayat kesehatan pasien secara komprehensif (Hidayat et al., 2024).

1. Identitas

   Pengkajian identitas pasien mencakup informasi seperti nama, usia, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku/bangsa, status pernikahan, dan tingkat pendidikan. Sedangkan identitas penanggung jawab mencakup nama, usia, alamat, pekerjaan, hubungan dengan ibu, serta suku/bangsa.

2. Riwayat Kesehatan pasien

   Keluhan Utama Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala nyeri 0-10:

   1) P (*Provokatif*): Faktor yang mempengaruhi gawat dan ringannya nyeri
   2) Q (*Quality*): Nyeri seperti apa yang dirasakan (tajam, tumpul, atau seperti tersayat)
   3) R (*Region*): Dimana rasa nyeri di rasakan (area nyeri)
   4) S (*Scale*): Skala nyeri
   5) T (*Time*): Berapa lama nyeri berlangsung

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

   Untuk memahami pengalaman perawatan kesehatan pasien, perlu dikaji riwayat penyakit yang pernah dialami, riwayat rawat inap atau rawat jalan, serta kebiasaan dan gaya hidup pasien.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

   Informasi ini penting untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi, dan asma, yang dapat berpengaruh terhadap kondisi pasien.

5. Riwayat Obstetrik

   1) Riwayat menstruasi meliputi informasi mengenai usia saat menarche, siklus menstruasi, durasi menstruasi, volume atau karakteristik darah yang keluar, keluhan yang muncul saat menstruasi, serta mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).
   2) Riwayat pernikahan mencakup jumlah pernikahan yang pernah dilakukan dan durasi masing-masing pernikahan.
   3) Riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas sebelumnya mencakup riwayat kehamilan sebelumnya (termasuk usia kehamilan dan faktor risiko), riwayat persalinan (jenis persalinan, penolong persalinan, dan adanya komplikasi), serta komplikasi pasca persalinan seperti laserasi, infeksi, dan perdarahan, serta jumlah anak yang dimiliki.
   4) Riwayat Keluarga Berencana (KB) mencakup jenis metode KB yang digunakan dan durasi pemakaian metode tersebut.

6. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spiritual)
    1) Pola manajemen kesehatan dan persepsi mencakup pemahaman pasien tentang kondisi sehat dan sakit, pengetahuan mengenai status kesehatan terkini, upaya perlindungan terhadap kesehatan (misalnya kunjungan ke fasilitas kesehatan dan manajemen stres), serta kebiasaan pemeriksaan diri seperti mengetahui riwayat medis keluarga dan pengobatan yang telah dilakukan, dan perilaku yang diambil untuk mengatasi masalah kesehatan.
    2) Pola nutrisi-metabolik menggambarkan adanya anoreksia, yaitu gangguan makan yang ditandai dengan penurunan berat badan yang sangat signifikan.
    3) Pola eliminasi menunjukkan adanya peningkatan frekuensi buang air kecil.
    4) Pola aktivitas-latihan menggambarkan aktivitas sehari-hari pasien, termasuk pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Hal ini mencakup apakah pasien melakukan ambulasi, seberapa sering, dan apakah ada kesulitan dalam melakukannya, serta apakah dilakukan dengan bantuan atau mandiri.
    5) Pola istirahat-tidur menunjukkan adanya kesulitan tidur atau gangguan tidur, dengan berkurangnya jam tidur malam dan terganggunya kebiasaan tidur siang pasien.
    6) Pola persepsi-kognitif menggambarkan fungsi penginderaan pasien (meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba).

7) Pola konsep diri-persepsi diri menunjukkan perasaan bingung atau cemas terkait dengan kondisi yang akan dihadapi (misalnya proses persalinan), serta kesulitan dalam berkonsentrasi.
8) Pola hubungan-peran menggambarkan peran pasien dalam keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan terhadap peran tersebut, struktur keluarga dan dukungan yang ada, proses pengambilan keputusan, serta hubungan dengan orang lain.
9) Pola seksual-reproduksi mencakup masalah terkait kesehatan seksual dan reproduksi, menstruasi, jumlah anak yang dimiliki, serta pengetahuan mengenai kebersihan reproduksi.
10) Pola toleransi stres-koping menggambarkan penyebab stres, tingkat keparahan stres, respons terhadap stres, serta strategi koping yang biasa digunakan pasien untuk menghadapinya.
11) Pola keyakinan-nilai mencakup latar belakang budaya pasien, tujuan hidup yang dimiliki, keyakinan yang dianut, serta adat dan budaya yang berkaitan dengan aspek kesehatan.

7. Pemeriksaan Fisik
   1) Keadaan Umum: Evaluasi tingkat kesadaran, skor GCS, tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, frekuensi pernapasan, suhu tubuh), berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas (LILA).
   2) Kepala: Amati kondisi wajah pasien, apakah pucat atau tidak, serta adanya atau tidaknya cloasma.
   3) Mata: Periksa sclera (apakah putih atau kuning) dan konjungtiva (apakah anemis atau tidak).

4) Leher: Periksa ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid atau limpa. Dada: Periksa payudara (warna areola, apakah menggelap atau tidak, apakah putting menonjol atau tidak, apakah pengeluaran ASI lancar atau tidak), pergerakan dada (apakah simetris atau tidak), penggunaan otot bantu pernapasan, serta auskultasi bunyi pernapasan (normal atau adanya bunyi napas yang tidak biasa).
5) Abdomen: Periksa adanya garis atau striae, kontraksi, luka bekas operasi, serta bising usus.
6) Genetalia: Evaluasi kebersihan, karakteristik pengeluaran, dan adanya hemoroid.
7) Ekstremitas: Periksa adanya edema, varises, waktu pengisian kapiler (CRT), dan refleks patella.
8) Pemeriksaan Penunjang : Pemeriksaan Darah dan pemeriksaan USG.

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan hasil analisis klinis perawat yang menggambarkan respons individu, keluarga, maupun komunitas terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami. Respons tersebut dapat bersifat aktual maupun risiko yang berpotensi terjadi di masa mendatang, dan digunakan sebagai dasar dalam menentukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Hidayat et al., 2024).

Setiap diagnosis keperawatan terdiri dari dua komponen utama, yaitu masalah (problem) yang merupakan label diagnosis yang menggambarkan inti respons pasien terhadap kondisi kesehatannya, serta indikator diagnostik yang

mencakup penyebab (etiologi), tanda dan gejala (*signs and symptoms*), serta faktor risiko yang berhubungan dengan masalah kesehatan pasien (PPNI, 2017).

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan *post sectio caesarea*:

1. Nyeri Akut (D.0077)
2. Gangguan Pola Tidur (D.0055)
3. Defisit Pengetahuan (D.0111)
4. Risiko Infeksi (D.0142)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Masalah Keperawatan	**SLKI**	**SIKI**
Nyeri Akut (D.0077)	**Tingkat Nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama …x… jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

	6. Frekuensi nadi membaik	8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

		18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
Gangguan Pola Tidur (D.0055)	**Pola Tidur (L.05045)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama …x… jam, diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	**Dukungan Tidur (I.05174)** Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

		10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 16. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
Defisit Pengetahuan (D.0111)	**Tingkat Pengetahuan (L.12111)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama …x… jam, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :	**Edukasi Kesehatan (I.12383)** Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

	1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Risiko Infeksi (D.0142)	**Tingkat Infeksi (L.14137)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama …x… jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	**Pencegahan Infeksi (I.14539)** Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan keperawatan yang dilakukan secara sistematis oleh perawat untuk membantu pasien mencapai

kondisi kesehatan yang optimal. Tindakan ini disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan dan disesuaikan dengan kebutuhan serta kondisi individu pasien (Hidayat et al., 2024). Dalam pelaksanaannya, implementasi keperawatan mencakup berbagai intervensi terapeutik yang telah direncanakan sebelumnya. Proses ini melibatkan kolaborasi antara perawat, pasien, keluarga, serta tim kesehatan lainnya dalam upaya mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien secara komprehensif (Sari & Wulandari, 2025).

Setiap tindakan keperawatan yang dilakukan perlu didokumentasikan secara sistematis serta dievaluasi berdasarkan respons pasien terhadap intervensi yang diberikan. Hal ini bertujuan untuk menilai efektivitas tindakan serta menjadi dasar dalam perencanaan keperawatan selanjutnya (PPNI, 2023). Tujuan utama dari implementasi keperawatan adalah untuk mencapai hasil yang telah direncanakan dalam proses keperawatan, meliputi pemulihan kondisi kesehatan pasien, peningkatan kualitas hidup, serta membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan koping terhadap masalah kesehatan yang dihadapi (Hidayat et al., 2024).

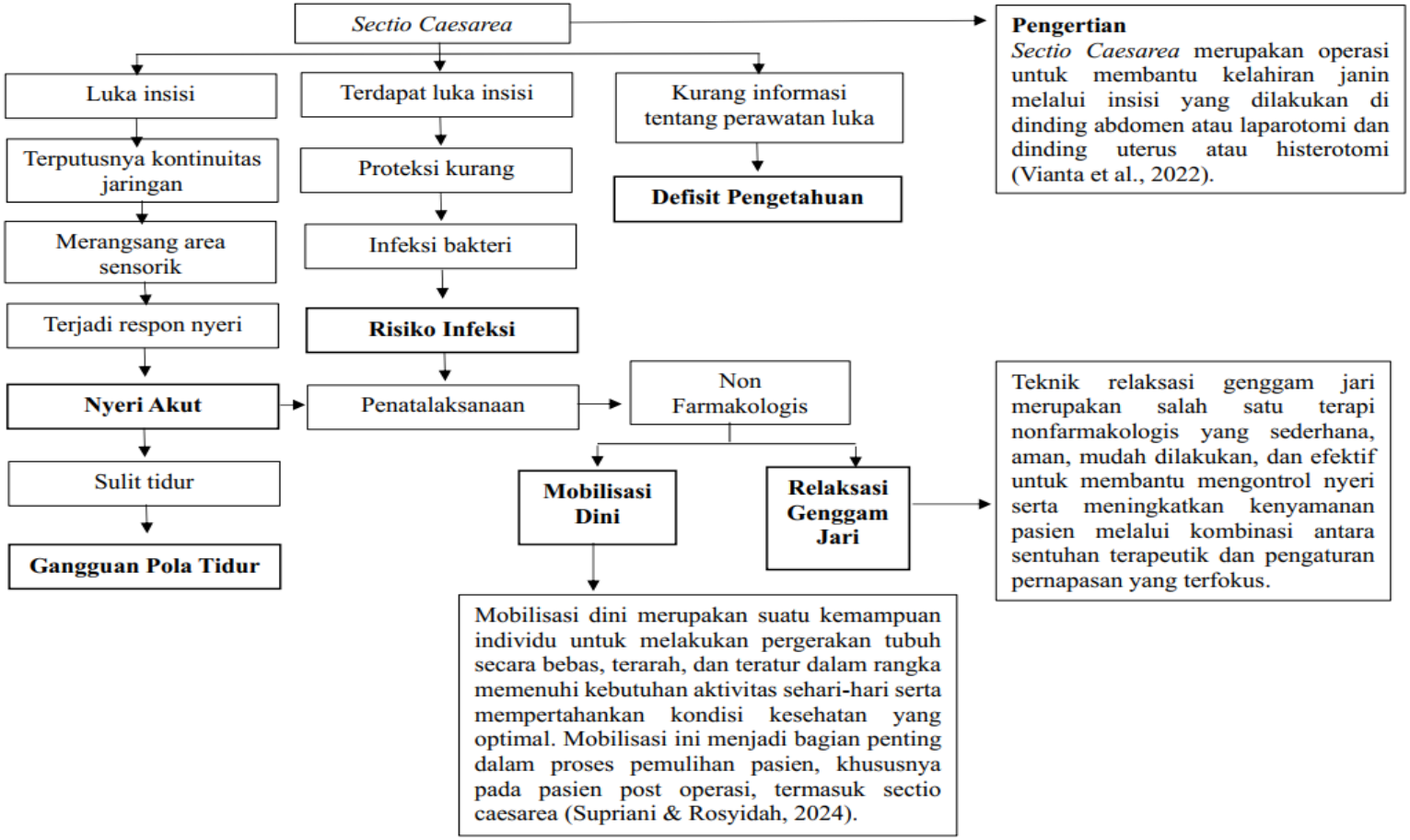
2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan pada tahap diagnosis, perencanaan, dan implementasi. Pada tahap ini, perawat dapat menilai sejauh mana intervensi yang diberikan memberikan hasil yang sesuai dengan kondisi pasien (PPNI, 2023). Evaluasi juga berfungsi untuk mengidentifikasi efektivitas tindakan keperawatan yang telah dilakukan serta menemukan kemungkinan adanya ketidaksesuaian atau kesalahan dalam tahapan

sebelumnya, mulai dari pengkajian, analisis data, hingga pelaksanaan intervensi keperawatan (Sari & Wulandari, 2025).

Melalui evaluasi, perawat dapat memantau perubahan respons pasien baik secara fisiologis maupun psikologis terhadap intervensi yang telah diberikan, sehingga dapat diketahui perkembangan kondisi kesehatan pasien secara lebih objektif (Hidayat et al., 2024). Hasil evaluasi menjadi dasar dalam pengambilan keputusan klinis selanjutnya, apakah intervensi perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan sesuai dengan respons dan kebutuhan pasien (PPNI, 2023).

2.6 Web of Causation (WOC)



Gambar 2. 3 *Web of Causation*