

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Sectio Caesarea

a. Definisi Sectio Caesararum

Section Caesarea atau yang sering disebut SC adalah tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu dan kondisi bayi. tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Ayuningtiyas et al.,2018). SC adalah pengeluaran janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ–organ reproduksi akan kembali pada keadaan tidak hamil(Hartuti et al,2019).

b. Etiologi

Etiologi merupakan istilah yang mengacu pada penyebab masalah kesehatan atau penyakit tertentu.

1) Indikasi Pada Ibu

Indikasi pada ibu, proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (distosia),detak jantung janin lambat (fetal distress), komplikasi pre-eklamsi,putusnya tali pusat,risiko luka parah pada rahim, bayi dalam posisi sungsang, letak lintang bayi besar, masalah plasenta seperti plasenta previa, pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distrosia, SC berulang, presentase bokong, hipertensi akibat kehamilan, kelahiran plasenta dan malpresentasi misalnya presentasi bahu.

2) Indikasi Pada Janin

Indikasi pada janin yang dilakukan operasi SC, gawat janin, *propalus finikuli* (tali pusat penumpang), primigravida tua, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan kongenital, *anomaly* janin misalnya hidrocefalus (hartuti et al, 2019).

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala merupakan keberadaan suatu penyakit atau gangguan Kesehatan yang tak diinginkan. Tanda dan gejala yang muncul post SC :

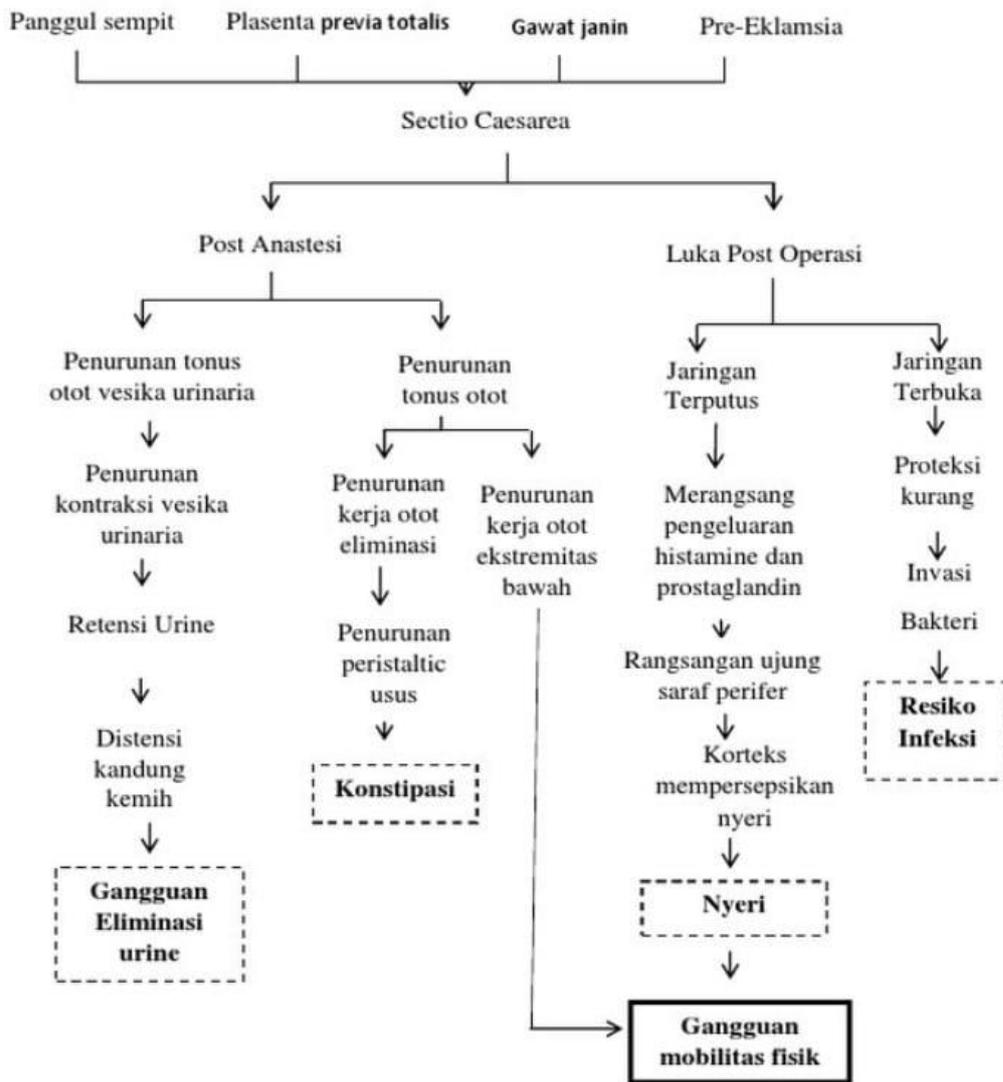
- a. Nyeri pada daerah luka post SC
- b. Melemahnya ekstermitas atas dan bawah
- c. Terdapat perdarahan post SC
- d. Terpasang kateter urine
- e. Bising usus tidak efektif
- f. Abdomen lunak dan tidak ada distensi

d. Patofisiologi (Pathway)

SC dilakukan karena adanya indikasi tertentu pada ibu maupun janin yang tidak bisa dilakukan persalinan normal. Setelah dilakukan pembedahan terdapat luka sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Selain itu, ibu harus menghadapi fase post anestesi dan post partum. Pada post anestesi, akan terjadi bedrest yang dapat mengakibatkan immobilisasi dan kurangnya perawatan. Hal tersebut dapat mengacu pada risiko infeksi dikarenakan kurangnya perawatan diri. Setelah pembedahan akan meninggalkan luka sayatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri pada ibu dan adanya jaringan yang terbuka. Hal tersebut jika tidak ditangani dengan benar maka dapat menimbulkan risiko infeksi.

Menurut Anik Maryunani (2014), perawatan umum pada luka paska operasi SC diantaranya melindungi luka menggunakan perban atau balutan steril selama 24-48 jam setelah operasi; mencuci tangan sebelum maupun sesudah mengganti perban/balutan ataupun bersentuhan dengan luka; menggunakan teknik aseptik saat mengganti perban atau balutan. Perawatan luka post SC yang kurang atau

tidak tepat akan mendukung adanya invasi bakteri pada jaringan tubuh. Perawatan luka post SC yang kurang atau tidak tepat antara lain perawatan luka yang tidak steril, tidak mencuci tangan sebelum maupun sesudah perawatan, terlalu banyak bergerak. Hal-hal tersebut mendukung invasi bakteri atau masuknya mikroorganisme ke dalam jaringan tubuh. Menurut Jennifer P. Kowalak (2013), jika terjadi invasi bakteri maka tubuh akan merespon dengan respons inflamasi. Respon tubuh berupa kenaikan suhu tubuh, rasa nyeri pada luka, kemerahan disertai bengkak pada area luka. Inflamasi yang berlebihan akan berisiko tinggi terjadinya infeksi. Sehingga perlu penanganan yang tepat agar tidak terjadi infeksi pada luka paska operasi SC.



Gambar 2.1
Pathway SC

Sumber : Kusuma & Nurarif (2015)

e. Klasifikasi

Klasifikasi adalah pengelompokan sesuatu dengan proses membedakan dan mendistribusikan jenis “hal” ke dalam kelompok yang berbeda sehingga dapat dikelompokkan dengan mudah. Berikut ini adalah beberapa klasifikasi dari tindakan SC (Wiknjosastro, 2017):

1) SC *transperitonealis profunda*

Adalah insisi di sisi bawah uterus dengan teknik memanjang atau melintang, keunggulan teknik ini adalah perdarahan pada insisi tidak begitu banyak, bahaya peritonitis tidak besar, perut dan uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri di kemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna

2) SC *classic* atau *corporal*

Pada jenis ini pembedahan agak mudah dilakukan, hanya dilaksanakan apabila ada halangan untuk melakukan SC profunda, insisi memanjang pada semen atas uterus.

3) SC *extraperitoneal*

Dahulu jenis ini dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritonium tidak lagi dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat

4) SC *hysterektomi*

Setelah SC dapat dilakukan histerektomi dengan indikasi atonia uteri, plasenta accarete, mioma uteri, dan infeksi intra uteri berat.

f. Komplikasi

Komplikasi adalah sebuah perubahan yang tak di inginkan dari sebuah penyakit, kondisi kesehatan, atau terapi. Penyakit dapat memburuk atau menunjukkan jumlah gejala yang lebih besar atau perubahan patologi, yang menyebar ke seluruh tubuh atau berdampak pada sistem organ lainnya.

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien post operasi SC adalah sebagai berikut:

- 1) Infeksi puerperal Infeksi luka operasi atau ILO post SC juga disebabkan oleh beberapa hal yaitu indeks masa tubuh, usia yang terlalu tua, kehilangan banyak darah saat prosedur operasi, metode penutupan luka operasi. Risiko ILO dari tindakan operasi SC dapat diturunkan dengan pemberian antibiotik (Susilawati dkk., 2018).
- 2) Perdarahan Beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan SC adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta. Perdarahan didefinisikan sebagai kehilangan darah sebanyak 1000 ml setelah kelahiran sesar. Hb kurang dari 7 gr/dl dianggap sebagai anemia berat dan harus menerima tranfusi segera.
- 3) Komplikasi pada bayi Komplikasi pada bayi yang dilahirkan dengan SC tergantung dengan alasan dilakukannya tindakan SC. Kelahiran SC dengan indikasi KPD dapat menyebabkan bayi asfiksia dan hipoksia akibat oligonhidramnion yaitu keadaan dimana air ketuban kurang dari 300 cc (Wahyuningsih, 2019).
- 4) Komplikasi lain-lain Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi SC adalah akibat tindakan anastesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi, luka kandung kemih, komplikasi penyulit, endometrisis, tromboplebitis (pembekuan pembuluh darah balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru), dan perubahan bentuk serta letak janin menjadi tidak sempurna (Safitri, 2020).

g. Penatalaksanaan

Menurut Manuaba (2019) penatalaksanaan Medis Pada Pasien Post SC yaitu :

- 1) Perawatan Awal
 - a) Letakkan pasien dalam posisi pemulihan.
 - b) Periksa kondisi klien,cek tanda vital setiap 15menit selama 1 jam pertama,kemudian 30 menit di jam berikutnya,periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar.
 - c) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi.
 - d) Transfuse jika terdapat indikasi syok hemoragik.

- e) Jika tanda vital dan hemotokrit turun walau diberikan transfuse, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.

2) Pemberian Cairan

Karena 24jam pertama penderita puasa post SC, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang diberikan biasanya DS 10%, gram fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kada HB rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.

3) Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air the hangat.

4) Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang selama 24 – 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

5) Pemberian Obat-Obatan

a) Antibiotic

Cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda di setiap institusi.

b) Analgetic dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Supositoria = ketoprofen sup 2x/24 jam

Oral = tramadol tiap 6 jam atau paracetamol

Injeksi = penitidine 90 – 75mg diberikan setiap 6 jam bila diperlukan.

c) Obat – Obatan lainnya

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobion 1 vitamin C.

6) Perawatan Luka

- a) Jika pada luka operasi tidak terdapat perdarahan atau tidak banyak cairan yang keluar, jangan mengganti balutan.
- b) Jika balutan kendur jangan ganti balutan, tambahkan plester untuk memperkat balutan.
- c) Gantilah balutan dengan cara yang steril.
- d) Jaga luka agar tetap berish dan tetap dalam keadaan kering.
- e) Jahitan fasia adalah yang paling penting dalam pembedahan abdomen, melepaskan jahitan pada kulit dilakukan pada hari kelima pasca operasi.

7) Perawatan Rutin

Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pasien adalah pemeriksaan tanda – tanda vital.

8) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap merupakan tindakan yang dilakukan setelah 2-48 jam post SC.

2. Konsep Gangguan Rasa Aman Nyaman

a. Definisi Rasa Aman Nyaman

Keamanan adalah keadaan bebas, tidak hanya dari cedera fisik maupun fisiologis tetapi juga merasa keadaan aman dan tentram. Kenyamanan adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman dan kelegaan (Potter dan Perry,2015).

Meningkatkan kebutuhan rasa aman nyaman diartikan perawat telah memberi kekuatan,harapan,hiburan, dukungan, dorongan,dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman adalah kebutuhan rasa bebas dari nyeri, dan hipotermia. Hal ini karena kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala atau tanda pada pasien (Potter dan Perry,2015).

b. Etiologi Gangguan Rasa Aman Nyaman

Menurut Potter dan Perry, (2015) penyebab pada masalah keperawatan gangguan rasa aman nyaman antara lain :

1) Emosi

Kecemasan,depresi,dan marah

2) Status mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, kelemahan otot,dan kesadaran menurun memudahkan resiko injury.

3) Tingkat kesadaran

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan pengelihatan.

4) Gangguan Tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat di prediksi sebelumnya.

5) Usia

Perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.

6) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat keamanan.

7) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi individu mengatasi nyeri dan Tingkat kenyamanan yang mereka punya.

c. Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), pasien yang mengalami gangguan rasa aman nyaman biasanya akan menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti:

- 1) mengeluh tidak nyaman
- 2) mengeluh sulit tidur
- 3) gelisah
- 4) meringis
- 5) mengeluh mual
- 6) mengeluh nyeri

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gangguan rasa aman nyaman dapat diatasi dengan Teknik farmakologi dan non farmakologi salah satunya yaitu mobilisasi dini.

3. Konsep Teori Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri adalah penyakit yang ditandai dengan sensasi tidak menyenangkan yang hanya dapat dijelaskan secara akurat oleh orang yang mengalaminya, karena pengalaman rasa sakit dan ketidaknyamanan setiap orang berbeda (Alimul, 2015). Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak nyaman yang terjadi sebagai akibat kerusakan jaringan yang ada atau yang akan datang (Aydede, 2017).

b. Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) penyebab pada masalah Keperawatan Nyeri Akut antara lain :

- 1) Agen pencedera fisiologis yang terdiri dari inflamasi, iskemia, neoplasma.
- 2) Agen pencedera kimiawi yang terdiri dari terbakar, bahan kimia iritan.
- 3) Agen pencedera fisik yang terdiri dari abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

c. Tanda Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), pasien yang mengalami nyeri akut biasanya akan menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti:

- 1) Gejala dan tanda mayor: secara subjektif pasien mengeluh nyeri. Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- 2) Gejala dan tanda minor: secara subjektif tidak tersedia gejala minor dari nyeri akut. Secara objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

d. Penatalaksanaan

Mengingat banyaknya dampak yang terjadi karena nyeri paska operasi, nyeri dapat menjadi pertimbangan utama untuk asuhan keperawatan saat mengkaji nyeri (Susanti & Sari, 2022). Nyeri merupakan keluhan yang biasa dirasakan oleh ibu post SC hal itu dikarenakan efek dari penggunaan anastesi epidural saat post SC. (Rimadeni et al., 2022). Maka dari itu peneliti melakukan penelitian mengenai penerapan mobilisasi dini pada ibu post SC dengan masalah gangguan rasa aman nyaman (nyeri).

4. Konsep Mobilisasi Dini

a. Pengertian mobilisasi dini

Mobilisasi dini yaitu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Mobilisasi dini juga merupakan kebijakan untuk sesegera mungkin membimbing dan mengajarkan pasien untuk keluar dari tempat tidur dan membimbing pasien untuk berjalan. Mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan factor yang mempercepat pemulihan pasca operasi. (Syamsuhidajat, 2008).

b. Fisiologi mobilisasi

Mobilisasi yang dilakukan secara dini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor fisiologis seperti nyeri, peningkatan suhu tubuh, perdarahan, faktor emosional yakni kecemasan, motivasi, social support dan faktor perkembangan yakni usia dan status paritas (A Potter, & Perry, 2006). Faktor internal, yaitu meliputi jenis persalinan khususnya pada ibu yang post seksio sesaria, takut jahitan lepas bila bergerak, kelelahan saat mengalami partus lama, keadaan umum dipengaruhi oleh penyakit penyerta ibu, persepsi nyeri tiap pasien berbeda, motivasi untuk melakukan mobilitas fisik, tindakan dengan anastesi, gaya hidup, dan emosi. Sedangkan faktor eksterna meliputi dukungan suami, keluarga, kebudayaan yang melarang bergerak dan kaki harus lurus, social ekonomi, pelayanan yang diberikan petugas, individu senantiasa menyesuaikan dengan lingkungan menurut kebutuhannya (Hartati, Setyowati, & Afiyanti, 2014).

c. Mekanisme mobilisasi dini

Mekanisme mobilisasi dini adalah saat dilakukan Latihan mobilisasi dini ibu merasa aman dan nyaman hingga ibu merasa nyeri akibat luka post SC berkurang serta membantu pasien dalam mempercepat masa pemulihan luka post SC.

d. Manfaat mobilisasi dini

Banyak keuntungan yang diperoleh dari mobilisasi sedini mungkin, diantaranya dapat meredakan rasa nyeri, meningkatkan kedalaman dan irama pernafasan, meningkatkan suplai darah dan oksigen keseluruh tubuh, dapat

meningkatkan nafsu makan dan meningkatkan efisiensi dalam mensekresi metabolisme tubuh. Kegiatan mobilisasi dini yang dilakukan maka akan mencegah kekakuan otot sehingga mengurangi nyeri dan menjamin pelancaran peredaran darah, mengembalikan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang akhirnya mempercepat proses penyembuhan luka post SC (Berkanis & Nubatonis, 2020) .

e. Indikasi mobilisasi dini

Indikasi dari mobilisasi dini yaitu ibu post SC dengan gangguan rasa aman nyaman akibat nyeri yang disebabkan oleh luka post SC.

f. Pelaksanaan mobilisasi dini

Mobilisasi dini dapat dilakukan secara bertahap, diantaranya :

Menurut Aliahani (2010), pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post seksio sesaria terdiri dari :

- 1) Pasca operasi kurang lebih 2jam setelah pembedahan,pasien dianjurkan untuk melakukan Gerakan fleksi dan ekstensi pada bagian kepala secara bergantian sesering mungkin.
- 2) 2 jam setelah operasi pasien dianjurkan untuk melakukan peregangan pada lengan,melakuka Gerakan fleksi dan ekstensi secara perlahan dan bergantian
- 3) 4jam setelah operasi pasien anjurkan untuk melakukan pergerakan sesering mungkin pada bagian kaki, melakukan Gerakan fleksi dan ekstensi pada kaki sesering mungkin
- 4) Pada saat 6-8 jam setelah operasi, pergerakan fisik dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot-otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya seperti miring kanan dan miring kiri.
- 5) 12-24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak, dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang di juntaikan atau ditempatkan di lantai sambil digerakan.
- 6) Setelah 24 jam, rata-rata untuk pasien yang dirawat dikamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik atau komplikasi di anjurkan untuk latihan berjalan,

yang diawali dengan berdiri dan berjalan disekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau ke kamar mandi secara mandiri.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Marfuah (2015 dalam Saleh (2020)). Mobilisasi dini dapat meningkatkan kekuatan melakukan pergerakan, mobilisasi penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga dapat melakukan kembali aktivitas sehari-hari secara normal. Keterlambatan mobilisasi ini akan menjadikan kondisi ibu semakin memburuk dan menjadikan pemulihan post SC menjadi terlambat.

Menurut penelitian Saleh (2020) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara mobilisasi dini dengan proses penyembuhan pada ibu post SC, faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam pemulihan keadaan luka post SC yaitu waktu, gerakan fisik, peninjauan luka, dan gejala klinis infeksi pada luka untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi penyembuhan luka post SC.

Mobilisasi post SC dapat dilakukan setelah 24-48 jam pertama pasca bedah. Mobilisasi bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka, memperbaiki sirkulasi, mencegah stasis vena, menunjang fungsi pernafasan optimal, meningkatkan fungsi pencernaan, mengurangi komplikasi pasca bedah mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien dan mempersiapkan pasien pulang (Nadiya & Mutia, 2018).

Mobilisasi bisa mencegah timbulnya thrombosis juga tromboemboli, selain itu mobilisasi juga akan mengurangi resiko kekakuan otot serta sendi. Dengan kondisi demikian rasa nyeri akan lebih terhindarkan, peredaran darah akan lebih terjamin, sistem imun akan lebih diperbaiki, serta kerja fisiologis beberapa organ vital akan lebih diperbaharui (Handayani: 2015 dalam (Sumaryati et al., 2018)).

Menurut Manuaba (2012), manfaat mobilisasi dini bagi ibu post SC adalah mampu memperlancar pengeluaran lokia dan mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi alat kandungan, memperlancar fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga nutrisi yang

dibutuhkan luka terpenuhi dan mempercepat kesembuhan luka, mempercepat fungsi pengeluaran ASI dan pengeluaran sisa metabolisme. Sedangkan kerugian jika tidak melakukan mobilisasi dini terutama bagi ibu post SC adalah terjadinya peningkatan suhu tubuh, perdarahan yang abnormal dan involusi uterus yang tidak baik.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Data dasar Meninjau ulang catatan prenatal dan intraoperatif dan adanya indikasi untuk kelahiran abnormal. Adapun cara pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, pemeriksaan fisik yaitu mulai inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Adapun pengkajian pada klien pasca persalinan menurut Novidiantoko (2019), meliputi :

a. Identitas

Meliputi nama pasien , usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, bahasa yang digunakan, tanggal masuk rumah sakit dan jam, tanggal pengkajian, alamat rumah. Identitas penanggungjawab atau suami meliputi Nama suami, usia, pekerjaan, agama, pendidikan, dan suku.

b. Riwayat Keperawatan

Meliputi keluhan utama, Riwayat Kesehatan, Riwayat kehamilan, Riwayat melahirkan, data bayi, dan pengkajian pada masa masuk rumah sakit dan Riwayat post SC.

c. Pemeriksaan fisik

Meliputi pemeriksaan rambut, wajah adem, mata memiliki pucat atau tidak, payudara mengalami pembengkakan atau tidak, lochea, data bayi atau pemeriksaan bayi, perineum, ektermitas atas dan ektermitas bawah,

d. Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Meliputi pemantauan suhu, nadi, pernafasan tekanan darah selama 24 jam pertama masa post SC.

e. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan jumlah darah lengkap hemoglobin atau hematokrit dan urinalis.

Setelah dilakukan pengkajian dan semua data telah terkumpul maka dilakukan analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan yang muncul pada pasien post SC, yaitu gangguan rasa aman nyaman (nyeri) maka penulis menyusun rencana keperawatan.

2. Perencanaan

Tahap perencanaan dilakukan setelah tahap diagnosis dirumuskan menjadi sebuah rencana tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien. Adapun kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah menyusun prioritas masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil, dan memilih strategi asuhan keperawatan, dalam proses keperawatan inti atau pokok dari proses keperawatan adalah di tahapan ini, karena merupakan keputusan awal untuk menangani masalah kesehatan pada klien berdasarkan data untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai termasuk menentukan kapan dan siapa yang dapat melakukan tindakan keperawatan untuk klien, keluarga dan orang terdekatnya (sesuai masalahnya). Serta dalam tahapan ini, penyusunan perencanaan dapat berisi melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang lain, dan menuliskan atau mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan.

Table 2.1
Rencana Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Gangguan Rasa Aman Nyaman (D.0074)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • keluhan nyeri menurun • meringis menurun • sikap protektif menurun • gelisah menurun • kesulitan tidur menurun 	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas, dan intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhdap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. mobilisasi) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

	<ul style="list-style-type: none"> perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 	<ul style="list-style-type: none"> Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi Pereda nyeri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Jelaskan strategi Pereda nyeri Anjurkan monitor nyeri secara mandiri anjurkan gunakan analgetik secara tepat ajarkan teknik nonfarmakologi Pereda nyeri <p>Kolaborasi :</p> <p>kolaborasi pemberian analgetik jika perlu</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber : PPNI SDKI (2018), SLKI(2018), SIKI(2018).

Menurut Tim Pokja SIKI (2018) rencana keperawatan pada pasien post SC dengan diagnosa gangguan rasa aman nyaman menurut SIKI adalah manajemen nyeri (I.08232) yang meliputi memberikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri, dan menjelaskan strategi pereda nyeri.

Menurut Yustilawati et al (2021) ada dua jenis penanganan untuk menangani rasa nyeri. Pertama adalah manajemen nyeri farmakologi yaitu penggunaan obat analgesik dengan tujuan mengurangi atau mengatasi rasa nyeri. Kedua adalah manajemen nyeri non-farmakologi adalah pendekatan yang tidak melibatkan penggunaan obat-obatan dan dapat termasuk penerapan mobilisasi sebagai salah satu metodenya.

Salah satu intervensi keperawatan yang bisa diberikan adalah mobilisasi dini pada pasien pasca operasi. Smeltzer & Bare (2010) menyatakan mobilisasi merupakan faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah. Selain itu, mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri, mencegah tromboflebitis, memberi nutrisi untuk penyembuhan pada daerah luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal. Manfaat-manfaat tersebut akan dirasakan oleh pasien apabila melakukan mobilisasi dini setelah operasi.

3. Evaluasi

Evaluasi yang merupakan tahap akhir dari proses keperawatan bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan Evaluasi pada ibu

post partum meliputi dimulainya ikatan keluarga berkurangnya nyeri terpenuhi kebutuhan psikologi. Mengekspresikan harapan diri yang positif. Komplikasi tercegah teratasi bebas dari infeksi pola eliminasi optimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologi dan kebutuhan ibupost partum. (Novidiantoko 2019).

Mobilisasi dini yang dilakukan secara teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah pada daerah insisi menjadi lancar sehingga jaringan insisi yang mengalami cedera akan mendapatkan zat-zat esensial untuk penyembuhan, seperti oksigen, asam amino, vitamin dan mineral (Utami & Diningrum, 2016). Selain itu, melakukan mobilisasi dini dapat mencegah kekakuan otot dan sendi, memperlancar peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka. (Potter & Perry, 2005) menambahkan dengan melakukan mobilisasi dini dapat mengurangi sensasi nyeri, mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli, meningkatkan curah jantung, memperbaiki aliran balik vena, memperbaiki tonus otot, meningkatkan masa otot dan mempercepat kesembuhan.

Menurut William (2013) tindakan mobilisasi dini akan meningkatkan metabolisme sehingga meningkatkan oksigenasi ke sel yang akan membantu proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini memiliki pengaruh terhadap penyembuhan luka post SC. Sebaliknya, apabila pasien tidak didukung dan dibantu untuk melakukan mobilisasi dini, maka proses penyembuhan luka berlangsung lama.

Menurut Johnson dan Tylor (2013) menyatakan bahwa dengan mobilisasi dini maka akan mengakibatkan peredaran darah seseorang menjadi lancar dan hal ini mengakibatkan transfer O₂ ke dalam jaringan juga menjadi baik dan hal inilah yang membantu penyembuhan luka berlangsung dengan baik juga (Johnson & Ruth, 2012).

Menurut Berkanis & Nubatonis (2020) mobilisasi dapat memperlancar pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi alat kandungan, memperlancar fungsi system gastrointestinal, system perkemihan, dan meningkatkan sirkulasi darah sehingga nutrisi yang dibutuhkan luka terpenuhi dan mempercepat penyembuhan luka.