

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Pelahiran *sectio caesarea* merupakan persalinan buatan dengan melakukan tindakan mengeluarkan janin atau bayi melalui dinding perut dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Fitriani et al., 2024).

2.1.2 Jenis-Jenis *Sectio Caesarea*

Terdapat beberapa jenis tindakan *Sectio Caesarea* di antaranya sebagai berikut :

a. *Sectio Caesarea Klasik*

Sectio caesarea klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memnjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. *Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda*

Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda disebut juga low cervical yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak

cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal.

Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio Caesarea Histerektomi*

Sectio Caesarea Histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *Sectio Caesarea*, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal, yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan faisa abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum (Ramandanty, 2019)

2.1.3 Etiologi

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Indikasi faktor ibu adalah CPD (*Cephalopelvic Dysproportional*), tumor jalan lahir, perdarahan antepartum, usia ibu, ketuban pecah dini, riwayat sayatan pada uterus, persalinan tidak maju, penyakit ibu yang berat dan kelainan tali pusat.

b. Etiologi yang berasal dari janin

Indikasi faktor janin adalah janin besar, gawat janin, letak janin dan janin abnormal. Letak lintang adalah keadaan sumbu memanjang janin kira-kira tegak lurus dengan sumbu memanjang tubuh ibu. Letak lintang merupakan suatu keadaan dimana janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu sedangkan bokong berada pada sisi yang lain. Pada umumnya bokong berada sedikit lebih tinggi dari pada kepala janin, sedangkan bahu berada pada pintu atas panggul (Purwaningsih & Rahmawati, 2023).

2.1.4 Patofisiologi

Sectio caesarea adalah prosedur persalinan buatan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim untuk mengeluarkan janin, dilakukan saat rahim masih utuh dan janin memiliki berat di atas 500 gram. Proses ini meliputi insisi abdomen dan uterus, pemecahan ketuban, pengeluaran janin dan plasenta, lalu penjahitan kembali lapisan uterus untuk menutup luka operasi.

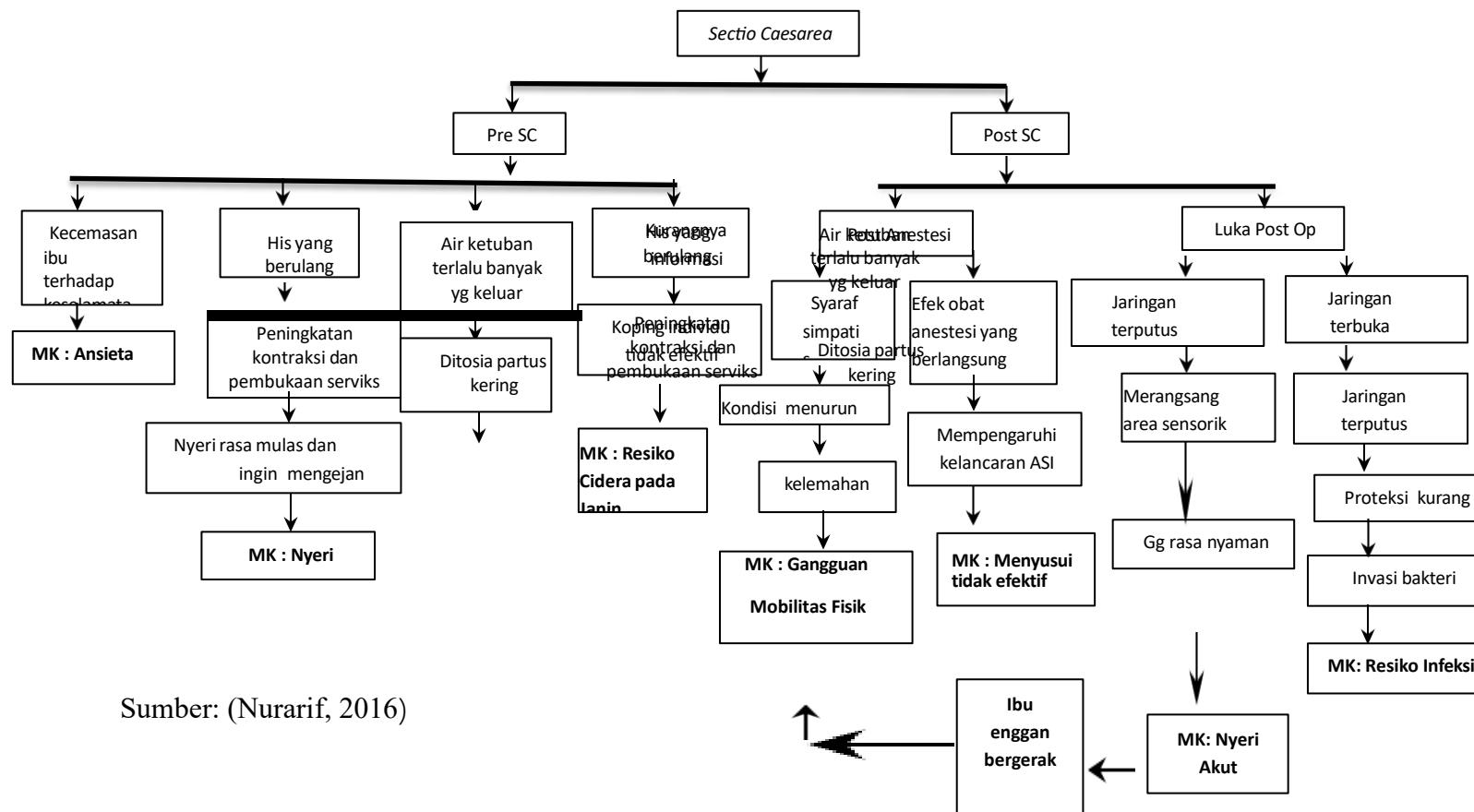
Pasca tindakan ini, ibu akan mengalami berbagai bentuk adaptasi baik secara fisiologis maupun psikologis. Secara emosional, kehadiran bayi yang baru lahir menuntut perhatian dan tanggung jawab baru dari ibu. Misalnya, ketika bayi menangis, refleks menyusui akan aktif, yang memicu peningkatan hormon prolaktin dan produksi ASI. Produksi ASI yang meningkat dapat menimbulkan rasa nyeri pada payudara, yang pada

akhirnya dapat menyebabkan masalah dalam proses menyusui atau ketidakefektifan pemberian ASI (Nurarif et al., 2016). Selain itu, anestesi yang digunakan selama operasi dapat menyebabkan immobilisasi sementara. Kondisi ini menurunkan kemampuan motorik dan kekuatan fisik ibu, sehingga menimbulkan kelemahan yang berdampak pada ketidakmampuan menjalankan aktivitas perawatan diri. Hal ini dapat menimbulkan masalah keperawatan berupa intoleransi aktivitas dan defisit perawatan diri (Nurarif et al., 2016).

Proses insisi yang dilakukan selama sectio caesarea menyebabkan rusaknya jaringan, pembuluh darah, dan saraf di area pembedahan. Hal ini memicu pelepasan mediator inflamasi seperti histamin dan prostaglandin yang menyebabkan timbulnya nyeri akut. Nyeri ini sering membuat ibu enggan bergerak, yang berkontribusi pada gangguan mobilitas fisik. Setelah pembedahan, luka bekas insisi ditutup kembali. Namun, proses penyembuhan luka memerlukan perhatian khusus karena adanya risiko infeksi. Terbentuknya luka operasi menjadikan ibu berada dalam kondisi rentan terhadap infeksi, terutama bila tidak didukung oleh perawatan luka yang tepat dan kebersihan yang optimal.

2.1.5 Pathway

Bagan 2. 1 Pathway Sectio Caesarea



Sumber: (Nurarif, 2016)

2.1.6 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada pasien pasca *sectio caesarea* termasuk kehilangan darah selama prosedur sekitar 600-800 ml, pemasangan kateter, urin yang jernih dan pucat, perut yang lembut dan tidak bengkak, tidak adanya pergerakan usus, kesulitan dalam menghadapi situasi baru, perban pada perut dengan sedikit noda, aliran lokhia (pengeluaran darah pasca persalinan) yang berlimpah dan bebas bekuan (Sabella & Wulandari, 2024).

Tanda dan gejala pasien pasca *sectio caesarea* menurut (Hijratun, 2019), dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Penggunaan Selang Kateter

Biasanya, pasien yang telah menjalani operasi *sectio caesarea* memiliki selang kateter yang dipasang untuk mengurangi risiko cedera pada sistem saluran kemih selama operasi dan mencegah retensi urin pasca operasi.

2. Balutan pada Daerah Abdomen

Setelah operasi *sectio caesarea*, pasien sering memiliki luka di perut yang ditutup dengan balutan khusus yang tahan air guna menjaga kebersihan dan melindungi luka operasi.

3. Kehilangan Darah Selama Prosedur Pembedahan

Selama operasi *sectio caesarea*, kehilangan darah bisa terjadi karena proses pengaksesan bayi melibatkan potongan pada salah satu suplai darah terbesar di seluruh organ tubuh.

4. Tidak Ada Suara Bising Usus

Suara bising usus yang biasanya terdengar akibat kontraksi otot di dinding usus dapat menurun atau bahkan tidak terdengar pada pasien pasca *sectio caesarea*, terutama karena pengaruh obat bius yang diberikan selama prosedur.

5. Aliran Lochea Sedang dan Bebas Bekuan

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan oleh rahim selama masa nifas. Pada pasien pasca *sectio caesarea*, aliran lochea biasanya memiliki volume sedang dan tidak mengandung bekuan.

2.1.7 Komplikasi

1. Komplikasi pada ibu

Infeksi puerperalitas, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari masa nifas, atau bersifat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperative terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Pendarahan, bisa timbul pada waktu

pembedahan jika cabang-cabang arteri uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa rupture uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak di temukan sesuai *sectio caesarea*.

2. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru
3. Komplikasi baru

Komplikasi yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya perut pada dinding uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak di temukan sesudah *sectio caesarea* (Ramandanty, 2019).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang *Post-Sectio Caesarea*

- a. Hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht) untuk menguji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien *sectio caesarea* mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb memiliki nilai normal 12,3-15,3 g/dL sedangkan Ht memiliki nilai normal 36,0-45,0%.
- b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi, pada pasien *post-sectio caesarea* biasanya mengalami resiko peningkatan kadar leukosit darah nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 uL.

- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa, pada pasien post sectio caesarea biasanya mengalami penurunan albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/dL.
- d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus harpes simpleks tipe II
- e. Pemeriksaan elektrolit : memastikan status uterus dan biasanya pada pasien post-sectio caesarea mengalami kekurangan elektrolit yang biasa menyebabkan hipovolemi(Vevi Delta, 2022).

2.1.9 Penatalaksanaan

Pemeriksaan pra operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi. Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan

- a. Penatalaksanaan Medis Pre dan Post Operasi Sectio Caesarea

1. Pre Operasi

- a) Anamnesis dan pemeriksaan fisik

Dilakukan oleh dokter untuk mengetahui keluhan utama pasien, kondisi kehamilan saat ini, serta adanya penyakit penyerta yang dapat meningkatkan risiko operasi. Pemeriksaan ini penting untuk menentukan indikasi dan keamanan tindakan sectio caesarea.

b) *Informed consent*

Pasien (atau keluarga terdekat) diberikan penjelasan menyeluruh tentang tindakan operasi, manfaat, risiko, dan alternatifnya. Persetujuan harus diberikan secara sadar, baik secara tertulis maupun lisan.

c) Puasa

Semua pasien dianggap memiliki lambung penuh selama kehamilan, sehingga diberlakukan puasa minimal 6–8 jam sebelum operasi untuk mencegah aspirasi saat induksi anestesi.

d) Pencegahan Infeksi

Dilakukan dengan pemberian antibiotik *profilaksis* seperti cefazolin sebelum insisi kulit. Selain itu, suplementasi oksigen, pengaturan suhu tubuh, dan peningkatan status gizi juga termasuk dalam strategi pencegahan infeksi.

e) Persiapan Kulit Operasi

Pencukuran rambut di daerah pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi untuk mengurangi risiko infeksi luka.

f) Pemasangan Kateter Urin (*Foley Catheter*)

Dipasang sebelum operasi untuk memantau produksi urin dan mencegah distensi kandung kemih yang dapat mengganggu operasi.

2. Post operasi

a) Pemberian Analgesik

Seperti Asam Mefenamat, Ketorolac, Tramadol, Meperidin, atau Morfin sesuai kebutuhan nyeri pasien.

b) Pemberian Antibiotik

Contoh: Cefotaxim, Ceftriaxone, untuk mencegah infeksi pasca operasi.

c) Transfusi Darah

Diberikan jika terjadi perdarahan hebat saat atau setelah operasi.

d) Terapi Cairan dan Makanan

Dilakukan untuk mendukung pemulihan pasca operasi dan mengantikan cairan yang hilang.

e) Pemeriksaan Laboratorium

Hematokrit diperiksa pagi setelah operasi, atau lebih cepat bila terjadi perdarahan, oliguria, atau tanda hipovolemia.

b. Penatalaksanaan Keperawatan Post Operasi Sectio Caesarea

1. Monitoring Tanda-Tanda Vital

Dilakukan setiap 30 menit selama 2 jam pertama dan tiap 1 jam selama minimal 4 jam berikutnya. Parameter yang diamati: tekanan darah, nadi, suhu, jumlah urin, perdarahan, status fundus uteri.

2. Pemantauan Efek Analgesik dan Nyeri

Termasuk pengawasan respirasi dan sedasi pada pasien yang mendapat opioid.

3. Mobilisasi Dini

Dilakukan segera setelah operasi untuk mengurangi kekakuan otot perut, mempercepat penyembuhan luka, serta mencegah komplikasi seperti gangguan aliran darah dan peningkatan nyeri.

4. Ambulasi Bertahap

Hari pertama pasien dibantu bangun dari tempat tidur. Hari kedua pasien dibantu berjalan. Ambulasi dini menurunkan risiko trombosis vena dan emboli paru.

5. Perawatan Luka

Luka insisi diperiksa tiap hari, jahitan diangkat hari keempat.

Diberi edukasi menjaga kebersihan luka, memakai pakaian longgar dan berbahan katun, serta tanda-tanda infeksi.

6. Pemantauan Fungsi Vesika Urinaria dan Usus

Kateter urin dilepas setelah 12 jam pasca operasi. Pasien dipantau agar bisa BAK secara spontan. Makanan padat boleh diberikan 8 jam pasca operasi jika tidak ada ileus.

7. Edukasi Menyusui

Menyusui bisa dimulai sejak hari pertama pasca operasi. Bila pasien tidak menyusui, dapat diberi bebat penopang payudara untuk mengurangi nyeri.

8. Pencegahan Infeksi oleh Perawat

Pemantauan demam dan kebersihan luka dilakukan secara ketat. Edukasi pasien penting untuk perawatan mandiri di rumah.

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik adalah dimana kondisi seseorang mengalami keterbatasan aktivitas secara

bebas yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) gangguan mobilitas fisik adalah suatu kondisi dimana individu mengalami serta beresiko terjadinya keterbatasan gerakan fisik (Fitriani et al., 2024).

2.2.2 Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik adalah adanya kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme tubuh, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskulokeletal, gangguan neuromuskular, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kecemasan, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, serta gangguan sensori persepsi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.3 Tanda Dan Gejala Mobilitas Fisik

Tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik adalah sebagai berikut :

a. Tanda dan Gejala Mayor

Gejala dan tanda mayor subjektif dari gangguan mobilitas fisik adalah mengekuh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan yang

objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang (ROM) menurun (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Tanda dan Gejala Minor

Gejala dan tanda minor subjektif adalah nyeri saat bergerak, enggan melakukan kpergerakkan, dan merasa cemas saat bergerak sedangkan objektifnya adalah sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, dan fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Selain itu juga pergerakan ekstremitas dapat meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kelemahan fisik menurun.

2.2.4 Komplikasi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik dapat menimbulkan komplikasi, yaitu *abnormalitas tonus, orthostatic hypotension, deep vein thrombosis*, serta *kontraktur*. Selain itu, komplikasi yang dapat terjadi adalah pembekuan darah yang mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembekakan. Kemudian juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir ke paru. Selanjutnya yaitu dekubitus. Bagian yang biasa, mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat akan menjadi infeksi. Atrofi dan kekakuan sendi juga menjadi salah satu komplikasi dari gangguan mobilitas fisik. Hal itu, disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi. Komplikasi lainnya, seperti disritmia, peningkatan tekanan intra kraninal, kontraktur, gagal nafas.

2.2.5 Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut (Hasanah,2019) penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik sebagai berikut :

a. Pengaturan posisi tubuh sesuai kebutuhan pasien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas digunakan untuk meningkatkan kekuatan otot, ketahanan otot, dan fleksibilitas sendi. Posisi-posisi tersebut yaitu :

1. Posisi *fowler* yaitu posisi setengah duduk atau duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan.
2. Posisi *litotomi* yaitu posisi berbaring terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya ke atas bagian perut.
3. Posisi *dorsal recumbent* yaitu posisi berbaring terlentang dengan kedua lutut flexsi (ditarik atau direnggangkan)
4. Posisi *supinasi* yaitu posisi berbaring terlentang dengan kepala dan bahu sedikit elevasi dengan menggunakan bantal.
5. Posisi *pronasi* yaitu posisi berbaring diatas abdomen dengan kepala menoleh kesamping.
6. Posisi *lateral* yaitu posisi berbaring pada salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh kesamping.
7. Posisi *sim* yaitu posisi miring ke kanan atau ke kiri.
8. Posisi *Trendelenburg* yaitu posisi berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah dari pada bagian kaki.

b. Mobilisasi dini

Mobilisasi dini merupakan upaya untuk mengembalikan kemampuan

gerak pasien sesegera mungkin setelah tindakan medis atau saat pasien mengalami keterbatasan mobilitas. Mobilisasi ini dapat dimulai secara bertahap, dimulai dari mengubah posisi pasien di tempat tidur (seperti memiringkan ke kiri atau kanan), duduk di sisi tempat tidur, berdiri, berjalan di tempat, hingga berjalan ke kamar mandi atau menggunakan kursi roda. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah komplikasi akibat imobilisasi jangka panjang seperti trombosis vena dalam (DVT), infeksi saluran pernapasan, konstipasi, atau atrofi otot. Selain itu, mobilisasi dini juga membantu meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot, merangsang sirkulasi darah, memperbaiki fungsi pernapasan, serta meningkatkan fungsi kardiovaskular.

c. Latihan *Range of Motion* (ROM) aktif atau pasif

Range of Motion (ROM) pasif diberikan pada pasien dengan kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dikarenakan pasien tidak dapat melakukannya sendiri yang tentu saja pasien membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga Kemudian, untuk Range of Motion (ROM) aktif sendiri merupakan latihan yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga

2.3 Konsep Otonomi

2.3.1 Definisi Otonomi

Otonomi pasien adalah kemampuan individu untuk membuat keputusan sendiri mengenai perawatan kesehatannya, berdasarkan nilai,

kepercayaan, dan preferensinya tanpa adanya paksaan atau tekanan dari pihak lain (Beauchamp & Childress, 2013). Dalam praktik keperawatan, penghormatan terhadap otonomi pasien berarti memberikan informasi yang cukup, menghormati pilihan pasien, dan mendukung mereka dalam pengambilan keputusan terkait tindakan medis yang akan dijalani.

2.3.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Otonomi Pasien

Beberapa faktor yang dapat memengaruhi tingkat otonomi pasien, antara lain:

- a. Pengetahuan dan pemahaman: Pasien yang memiliki informasi memadai tentang kondisi dan perawatannya akan lebih mampu membuat keputusan mandiri.
- b. Status kesehatan: Gangguan kognitif, kesadaran, atau kelemahan fisik dapat mengurangi kemampuan pasien dalam menentukan pilihan.
- c. Budaya dan nilai pribadi: Latar belakang budaya dan nilai-nilai individu dapat memengaruhi cara seseorang dalam mengambil keputusan terkait kesehatannya.
- d. Dukungan sosial: Dukungan dari keluarga, teman, atau komunitas dapat memperkuat rasa percaya diri dan kapasitas otonomi.
- e. Hubungan dengan tenaga kesehatan: Sikap komunikatif, empati, dan keterbukaan dari perawat atau dokter dapat mendorong pasien merasa dihargai dan lebih berdaya.

2.3.3 Peran Perawat dalam Mendukung Otonomi Pasien

Perawat memiliki peran penting dalam mendukung dan memfasilitasi otonomi pasien. Beberapa peran tersebut meliputi:

- a. Memberikan edukasi: Menyampaikan informasi yang akurat dan mudah dipahami tentang diagnosis, prosedur, pilihan terapi, serta risiko dan manfaatnya.
- b. Mendengarkan dan menghargai pendapat pasien: Perawat harus terbuka terhadap aspirasi dan kekhawatiran pasien.
- c. Mendampingi proses pengambilan keputusan: Tidak mengarahkan secara sepihak, namun membantu pasien berpikir kritis dan membuat keputusan terbaik bagi dirinya.
- d. Melibatkan keluarga bila dibutuhkan: Tanpa mengurangi hak pasien, perawat dapat mengajak keluarga untuk mendukung keputusan pasien.
- e. Mendukung pasien untuk mandiri: Mendorong pasien terlibat aktif dalam perawatan diri dan mobilisasi sesuai kemampuan.

2.3.4 Otonomi pada Pasien *Post Sectio Caesarea* (SC)

Pasien *post sectio caesarea* berada dalam kondisi fisik dan emosional yang rentan, sehingga pendekatan yang menghargai otonomi sangat penting dalam proses pemulihan. Setelah operasi, pasien biasanya mengalami nyeri, keterbatasan gerak, dan ketergantungan sementara pada tenaga kesehatan. Dalam situasi ini, penghormatan terhadap otonomi dapat ditunjukkan melalui:

- a. Memberikan pilihan terkait posisi tubuh, waktu mobilisasi, atau metode manajemen nyeri.
- b. Melibatkan pasien dalam perencanaan aktivitas seperti kapan ingin mulai menyusui atau duduk.
- c. Menghormati keputusan pasien untuk menunda aktivitas tertentu selama dalam batas aman secara klinis.
- d. Memberi dukungan emosional dan membangun rasa percaya diri pasien dalam merawat dirinya dan bayinya.

2.4 Konsep Mobilisasi Dini

2.4.1 Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini, merupakan suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan aktifitas atau kegiatan. Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan faktor yang menonjol dan mempercepat pemulihan pasca bedah. Mobilisasi merupakan aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal ini esensial untuk mempertahankan kemandirian sendi dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Mobilisasi dini juga merupakan kebijakan untuk selekas mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing selekas mungkin berjalan.

Mobilisasi dini post-sectio caesarea adalah suatu pergerakan posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan

dengan persalinan caesarea. Untuk mencegah komplikasi post-sectio caesarea pasien harus segera melakukan mobilisasi sesuai dengan tahapannya. Karena setelah mengalami sectio caesarea, pasien di sarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi sectio caesarea, pasien harus mobilisasi cepat. Semakin cepat bergerak itu semakin baik, namun mobilisasi dini harus dilakukan secara hati-hati (Ananda et al., 2021).

2.4.2 Tujuan Mobilisasi Dini

Menurut (Mawarni, 2018) ada beberapa tujuan dari latihan mobilisasi dini, diantaranya yaitu :

- a. Mencegah konstipasi atau sembelit
- b. Memperlancar peredaran darah dan mengurangi nyeri
- c. Membantu pernapasan menjadi lebih baik
- d. Mempercepat penutupan jahitan setelah operasi
- e. Mengembalikan aktivitas pasien agar dapat bergerak normal dan memenuhi kebutuhan gerak harian
- f. Mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah operasi.

2.4.3 Manfaat Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dapat menunjang proses penyembuhan luka pasien karena dengan menggerakkan anggota badan akan mencegah kekuatan otot dan sendi, sehingga dapat memperlancar peredarah darah kebagian

yang mengalami perlukaan agar proses penyembuhan luka menjadi lebih cepat (Ananda et al., 2021).

2.4.4 Kelebihan Mobilisasi Dini

Menurut (Mawarni, 2018), mobilisasi dini memiliki kelebihan, diantaranya:

a. Meningkatkan Sirkulasi Darah

Mobilisasi membantu mencegah trombosis vena dalam (DVT) dan meningkatkan oksigenasi jaringan.

b. Mencegah Komplikasi Imobilisasi

Seperti pneumonia hipostatik, konstipasi, dekubitus, dan atrofi otot.

c. Mempercepat Proses Penyembuhan

Aktivitas ringan meningkatkan metabolisme tubuh, mempercepat regenerasi sel, dan mengurangi durasi rawat inap.

d. Meningkatkan Fungsi Pernapasan

Mobilisasi mendorong pernapasan dalam dan mengurangi risiko atelektasis (pengempisan paru).

e. Menurunkan Risiko Depresi dan Kecemasan

Pasien yang aktif cenderung merasa lebih mandiri dan tidak terlalu cemas terhadap proses penyembuhan.

f. Memperkuat Kemandirian Pasien

Pasien lebih cepat kembali mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADL), meningkatkan otonomi.

g. Menurunkan Risiko Adhesi Post Operasi

Gerakan membantu organ-organ tidak menempel satu sama lain akibat pembedahan.

2.4.5 Kekurangan Mobilisasi Dini

Selain memiliki kelebihan menurut (Mawarni, 2018), mobilisasi dini juga memiliki beberapa kekurangan, diantaranya:

a. Risiko Cedera atau Jatuh

Bila tidak diawasi, pasien bisa jatuh karena hipotensi ortostatik, lemas, atau gangguan keseimbangan.

b. Meningkatkan Nyeri Luka Operasi

Gerakan awal dapat terasa nyeri, terutama pada pasien post operasi seperti SC.

c. Memerlukan Pemantauan Intensif

Harus dilakukan dengan pengawasan ketat oleh tenaga kesehatan agar aman dan efektif.

d. Kurangnya Motivasi atau Kesiapan Pasien

Beberapa pasien menolak atau enggan bergerak karena takut nyeri atau trauma pasca operasi.

e. Tidak Cocok untuk Semua Pasien

Pasien dengan kondisi kritis, perdarahan aktif, atau kontraindikasi medis tertentu tidak bisa langsung dimobilisasi.

2.4.6 Indikasi mobilisasi dini

Menurut (Noorisa, 2021), Mobilisasi dini diindikasikan jika pasien:

- a. Stabil secara hemodinamik

Tekanan darah, nadi, dan pernapasan dalam batas normal atau terkontrol.

- b. Tidak ada kontraindikasi medis akut

Seperti perdarahan aktif atau gangguan kesadaran.

- c. Kondisi pascaoperasi stabil

Misalnya pada pasien post SC yang tidak mengalami komplikasi seperti infeksi atau perdarahan.

- d. Mampu mengikuti perintah dan kooperatif

Pasien sadar penuh dan dapat memahami serta mengikuti instruksi tenaga kesehatan.

- e. Memiliki fungsi neuromuskular minimal

Meskipun belum kuat berjalan, pasien dapat duduk atau menggerakkan ekstremitas.

- f. Tidak ada nyeri yang tak tertahankan

Nyeri dapat dikontrol dengan analgesik sehingga memungkinkan mobilisasi.

- g. Tujuan rehabilitasi atau pemulihan fungsi

Seperti mencegah dekubitus, meningkatkan fungsi paru, atau mempercepat penyembuhan luka

2.4.7 Kontraindikasi Mobilisasi Dini

Menurut (Noorisa, 2021), kontraindikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai pada latihan mobilisasi dini antara lain :

- a. Latihan mobilisasi dini tidak boleh dilakukan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cidera.
 1. Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihannya.
 2. Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan
- b. Mobilisasi dini tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan.

2.4.8 Tahapan Penatalaksanaan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pada ibu post sectio caesarea dilakukan secara bertahap, disesuaikan dengan kondisi dan toleransi pasien. Tujuannya adalah untuk mencegah komplikasi akibat imobilisasi, mempercepat pemulihan, dan meningkatkan kemandirian. Menurut Mawarni 2018 berikut tahapan mobilisasi dini yang direkomendasikan:

- a. 0–6 Jam Pasca Operasi

Pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien diharuskan untuk beristirahat total di tempat tidur. Namun, mobilisasi pasif tetap dapat dilakukan untuk menjaga sirkulasi dan mencegah trombosis.

Gerakan yang dianjurkan meliputi: menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki, memutar mata kaki, menaikkan tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki.

Untuk mengurangi rasa sakit, posisi tubuh dapat disangga dengan bantal dalam posisi setengah duduk. Gerakan kaki dilakukan perlahan ke depan dan belakang, serta ke kanan dan kiri. Latihan ini bisa dilakukan dalam posisi berbaring, dan ketika tubuh mulai kuat, pasien dapat mencoba menekuk dan meluruskan kaki secara bergantian sesuai kemampuan.

b. 6–10 Jam Pasca Operasi

Pasien dianjurkan untuk mulai miring ke kiri dan ke kanan secara bergantian setiap dua jam untuk mencegah risiko trombosis dan tromboemboli. Selain itu, pasien dibantu untuk melakukan batuk dan napas dalam guna mencegah komplikasi paru. Sebuah bantal kecil dapat diletakkan di atas perut (area insisi) untuk mengurangi ketidaknyamanan saat batuk (McKinney, 2011).

c. 8–12 Jam Pasca Operasi

Pada tahap ini, pasien mulai belajar duduk. Keluarga atau perawat dapat membantu menyangga tubuh saat pasien mencoba duduk tegak. Tubuh ditahan dengan kedua tangan, dan kaki digeser ke tepi tempat tidur. Jika pasien merasa pusing, latihan dihentikan sementara dan dilanjutkan kembali setelah merasa lebih baik.

d. Setelah Dapat Duduk (\pm 24 Jam Pasca Operasi)

Jika pasien sudah dapat duduk dengan stabil, ia dianjurkan untuk mulai belajar berdiri dan berjalan. Posisi tubuh diluruskan dan diperkuat dalam keadaan berdiri sampai benar-benar stabil, kemudian dilanjutkan dengan berjalan perlahan. Rasa nyeri mungkin muncul pada awalnya, namun akan berkurang seiring dengan latihan rutin (Kasdu, 2013). Perawat memiliki peran penting dalam menganjurkan pasien untuk meningkatkan aktivitas secara bertahap setiap hari. Umumnya, setelah hari kedua pasca operasi, pasien sudah diizinkan untuk mandi (McKinney, 2011).

2.4.9 Mekanisme Kerja Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pada pasien post sectio caesarea berperan penting dalam menurunkan nyeri pasca operasi melalui berbagai mekanisme fisiologis. Salah satu mekanismenya adalah peningkatan sirkulasi darah ke area luka operasi, yang mempercepat pengangkutan oksigen dan nutrisi untuk proses penyembuhan serta membantu membuang zat sisa metabolismik dan mediator inflamasi penyebab nyeri. Selain itu, mobilisasi dini mencegah kekakuan otot dan sendi akibat tirah baring, sehingga dapat mengurangi ketegangan otot yang memicu nyeri. Aktivitas ringan yang dilakukan juga merangsang pelepasan endorfin, yaitu senyawa analgesik alami tubuh yang membantu menurunkan persepsi terhadap nyeri. Mobilisasi dini juga membantu mengurangi spasme otot dan meningkatkan kenyamanan pasien. Secara psikologis, mobilisasi memberikan efek distraksi terhadap sensasi

nyeri dan meningkatkan kepercayaan diri pasien untuk kembali bergerak dan memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. Penelitian menunjukkan bahwa mobilisasi dini dapat secara signifikan menurunkan intensitas nyeri pada ibu post operasi sectio caesarea (Noorisa, 2021).

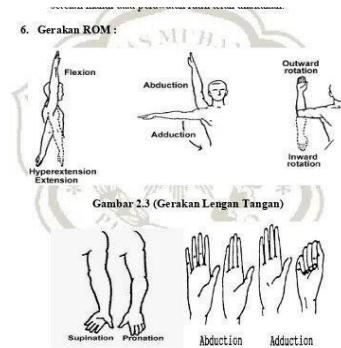
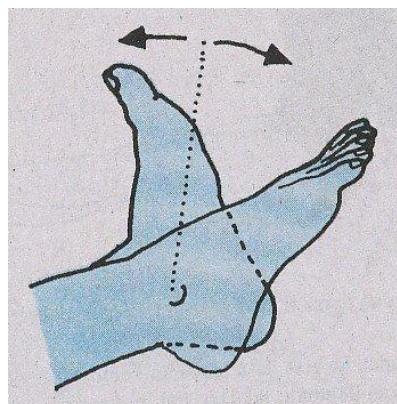
2.4.10 SOP Mobilisasi Dini

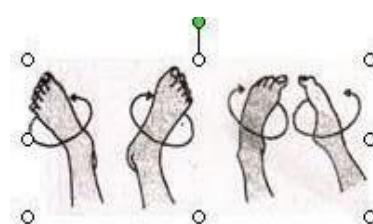
Tabel 2. 1 SOP Latihan Mobilisasi Dini

MOBILISASI DINI POST OPERASI

 <p>UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA</p>	
STANDAR OPERASIONAL	
PROSEDUR	
	MOBILISASI DINI POST OPERASI
Pengertian	Mobilisasi dini <i>post</i> operasi adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam setelah operasi. Mobilisasi dini dapat dilakukan diatas tempat tidur dengan melakukan gerakan sederhana (seperti miring kanan-miring kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, latihan berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Banamtum, 2021).
Indikasi	Pasien post operasi
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cedera akut atau inflamasi berat. 2. Rasa nyeri yang tinggi atau meningkat. 3. Infeksi lokal atau sistemik. 4. Fraktur yang belum stabil. 5. Kondisi medis serius (misalnya penyakit jantung). 6. Gangguan neurologis parah. 7. Ketidakmampuan pasien untuk berpartisipasi.

Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri, mencegah <i>thrombophlebitis</i>, memberi nutrisi untuk penyembuhan luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal. 2. Mempertahankan fungsi tubuh 3. Mempertahankan fungsi otot 4. Memulihkan pergerakan sedikit demi sedikit sehingga pasien <i>post</i> operasi dapat memenuhi kebutuhan aktivitasnya kembali.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan pasien terhadap mobilisasi 2. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Menjelaskan prosedur mobilisasi dini <i>post</i> operasi 4. Melakukan inform consent
Persiapan lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan kerja yang aman dan nyaman serta kooperatif 2. Pasang sampiran atau sketsel
Pelaksanaan	<p>Prosedur Tindakan:</p> <p>A. Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan SOP mobilisasi dini yang akan digunakan 2. Melihat data atau riwayat SC pasien 3. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat 4. Menilai kondisi fisik awal pasien (tanda vital, luka operasi, tingkat nyeri, kemampuan gerak) 5. Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini 6. Mencuci tangan <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan 3. Menyampaikan keuntungan dan kerugian prosedur yang akan dilakukan 4. Menyampaikan kontark waktu 5. Menanyakan perstujuan dan kesiapan klien 6. Menjaga privasi klien <p>C. Tahap Kerja</p> <p>➤ 6 jam pertama <i>post</i> operasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang 2. Anjurkan klien distraksi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit 3. Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama 30 detik 4. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan di atas kepala dengan telapak tangan menghadap keatas 5. Lakukan gerakan menarik ke atas secara bergantian sebanyak 5-6 kali 7. Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki

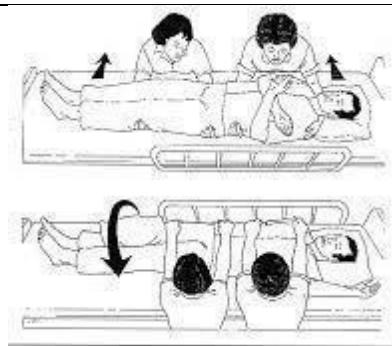
	 <p>6. Gerakan ROM:</p> <p>Gambar 2.3 (Gerakan Lengan Tangan)</p>
	 <p>Gambar 2. 2 Gambar Menggerakkan pergelangan kaki ke depan kebelakang</p>



Gambar 2. 3 Gambar Gerakan memutar kaki

Pada 6-10 jam berikutnya

1. Latihan miring kanan dan miring kiri
2. Latihan dilakukan denganmiring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain.
3. Lakukan latihan ini selama 2 jam sekali



Gambar 2. 4 Gambar Latihan miring kanan dan kiri

Pada 24 jam post SC

1. Posisikan semi fowler 30- 40° secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan
2. Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi klien sampai posisi duduk



Gambar 2. 5 Posisi Semi Fowler

Pada hari ke-2 post SC

1. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan
2. Lakukan latihan setiap 4jam sekali



Gambar 2. 6 Gambar latihan duduk

Pada hari ke-3 post SC

1. Klien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai
2. Jika klien merasa kuat diperbolehkan berdiri secaramandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau

	<p>keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur.</p> <p>3. Latihan dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari</p>  <p>Gambar 2. 7 Gambar latihan berjalan</p> <p>Evaluasi dan Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Menilai kembali kemampuan klien terhadap mobilisasi 3. Melakukan evaluasi tindakan mobilisasi yang telah dilakukan 4. Mengecek kondisi akhir klien secara menyeluruh (tanda vital, luka operasi, tingkat nyeri, kelelahan, kenyamanan) 5. Menanyakan perasaan klien setelah melakukan latihan mobilisasi dini 6. Evaluasi subjektif dan objektif 7. Salam terapeutik dengan klien 8. Mencuci tangan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentasikan : nama klien, tanggal dan jam pelaksanaan, dan responpasien 2. Paraf dan nama perawat jelas dicantumkan pada catatan pasien
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin privasi pasien 3. Bekerja dengan teliti dan hati-hati 4. Responsif terhadap reaksi pasien
Sumber	(Mawarni,2018)

2.4.11 Dampak Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Mobilisasi yang terlambat dilakukan bisa menyebabkan beberapa gangguan fungsi organ tubuh diantaranya adalah aliran darah tersumbat, serta gangguan fungsi otot. Kemandirian melakukan mobilisasi dini *post-sectio caesarea* penting dilakukan para ibu sebab jika ibu tidak melakukan mobilisasi dini akan ada beberapa dampak yang timbul di antaranya adalah terjadinya peningkatan suhu tubuh, perdarahan abnormal, thrombosis, involusi yang tidak baik, aliran darah tersumbat dan peningkatan intesitas nyeri. Dampak lain di akibatkan oleh keterlambatan mobilisasi dini adalah terjadinya infeksi karena aliran darah ke daerah luka tidak lancar (Lema, 2019).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pada *Sectio Caesarea*

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu tahap penting dari proses pemberian asuhan keperawatan yang sesuai bagi kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian yang akurat, lengkap sesuai kenyataan dan kebenaran data sangat penting untuk langkah selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai respon individu.

- a. Identitas Pasien

meliputi nama, umur, nomor rekam medis (No. RM), agama, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, pendidikan, pekerjaan, gravida para abortus (GPA), diagnosa medis, nama suami, umur suami, dan pekerjaan suami (Fauziah, 2017).

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada post operasi Sectio Caesarea biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi (Fauziah, 2017).

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Setelah operasi, pasien biasanya mengalami nyeri di area insisi yang dapat bersifat ringan hingga berat, terutama saat bergerak, batuk, atau menyusui. Demam ringan sering muncul dalam 24-48 jam pertama akibat reaksi tubuh terhadap trauma pembedahan atau proses penyembuhan luka. Namun, demam tinggi yang berlanjut bisa mengindikasikan infeksi, seperti endometritis (infeksi rahim), infeksi luka operasi, atau infeksi saluran kemih (Wahyuningsih, 2019).

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu pada pasien post Sectio Caesarea (SC) mencakup berbagai kondisi medis yang pernah dialami sebelum kehamilan saat ini. Hal ini meliputi riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes

mellitus, penyakit jantung, gangguan tiroid, atau gangguan pembekuan darah yang dapat memengaruhi proses kehamilan dan pemulihan pasca operasi. Selain itu, riwayat alergi terhadap makanan, obat-obatan, atau bahan medis seperti lateks juga perlu dikaji untuk mencegah komplikasi selama atau setelah operasi. Riwayat persalinan dan kehamilan sebelumnya, termasuk apakah pasien pernah mengalami SC, keguguran, persalinan prematur, atau komplikasi obstetri seperti preeklamsia dan perdarahan postpartum, juga menjadi pertimbangan penting. Riwayat operasi lain di luar kehamilan, seperti miomektomi atau kuretase, dapat memengaruhi kondisi rahim dan risiko komplikasi pada persalinan saat ini. Selain itu, riwayat infeksi seperti infeksi saluran kemih (ISK), infeksi TORCH, atau penyakit menular seksual juga perlu diperhatikan karena dapat berdampak pada kondisi ibu dan bayi (Wahyuningsih, 2019).

3. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga pada pasien post Sectio Caesarea (SC) mencakup penyakit genetik seperti diabetes, hipertensi, dan gangguan pembekuan darah yang dapat meningkatkan risiko komplikasi. Riwayat penyakit metabolismik, jantung, serta gangguan kehamilan seperti preeklamsia dan persalinan prematur juga perlu dikaji. Selain itu, adanya penyakit

menular seperti TBC, hepatitis, atau HIV dalam keluarga dapat berisiko bagi ibu dan bayi. Gangguan pembekuan darah serta riwayat alergi terhadap obat atau anestesi juga penting untuk diperhatikan guna mencegah komplikasi pasca operasi (Wahyuningsih, 2019).

d. Riwayat Ginekologi dan Obstetric

1. Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Riwayat ginekologi pada pasien post Sectio Caesarea (SC) mencakup riwayat menstruasi yang meliputi usia menarche atau pertama kali mengalami haid, lama haid setiap siklus, serta keteraturan siklus menstruasi. Selain itu, perlu dikaji adanya masalah selama haid, seperti nyeri hebat (dismenore), perdarahan berlebihan (menoragia), atau siklus tidak teratur. Riwayat menstruasi juga mencakup Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), yang digunakan sebagai acuan dalam menentukan perkiraan persalinan atau Taksiran Persalinan (TP) (Karjatin, 2016).

b) Riwayat Pernikahan

Riwayat pernikahan pada pasien post Sectio Caesarea (SC) mencakup usia ibu dan ayah saat menikah, lama pernikahan, status pernikahan ibu dan suami (pernikahan ke berapa), jumlah anak,

serta usia anak, yang dapat memengaruhi kondisi kehamilan dan persalinan (Fauziah, 2017).

c) Riwayat Keluarga Berencana

Riwayat keluarga berencana pada pasien post Sectio Caesarea (SC) mencakup penggunaan kontrasepsi sebelumnya, termasuk jenis kontrasepsi yang digunakan, sudah berapa lama digunakan, serta adanya keluhan atau efek samping yang dialami. Selain itu, perlu dikaji rencana pasien terkait penggunaan kontrasepsi selanjutnya, apakah akan melanjutkan metode sebelumnya atau beralih ke metode lain seperti MOP, MOW, IUD, pil, suntik, atau implan, sesuai dengan kondisi kesehatan dan perencanaan kehamilan di masa depan (Fauziah, 2017).

2. Riwayat obstetrik

a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas dahulu

Mencakup jumlah kehamilan dan anak yang telah lahir, usia kehamilan saat persalinan, serta jenis persalinan yang dilakukan, baik normal maupun SC. Selain itu, dikaji adanya penyulit selama kehamilan, seperti preeklamsia atau ketuban pecah dini, serta komplikasi persalinan seperti perdarahan, laserasi, atau infeksi. Masa nifas juga dievaluasi untuk mengetahui adanya gangguan pemulihan. Kondisi bayi saat lahir, termasuk jenis kelamin, berat

badan, dan panjang badan, turut menjadi pertimbangan dalam perencanaan perawatan saat ini (Mulyawati et al., 2011).

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Mencakup pemeriksaan kehamilan yang telah dilakukan, termasuk frekuensi kunjungan antenatal dan hasil pemeriksaan selama kehamilan. Riwayat imunisasi juga dikaji, terutama pemberian vaksin tetanus (TT) atau imunisasi lainnya yang relevan. Selain itu, perlu diketahui penggunaan obat selama kehamilan, baik obat yang diresepkan dokter maupun obat bebas, untuk mengidentifikasi potensi risiko terhadap ibu dan janin. Keluhan yang dialami selama kehamilan, seperti mual muntah berlebihan (hiperemesis gravidarum), hipertensi, nyeri perut, atau gangguan lain, juga menjadi aspek penting dalam pemantauan kesehatan ibu dan janin (Mulyawati et al., 2011).

c) Riwayat Persalinan Sekarang

Riwayat persalinan saat ini mencakup tanggal persalinan dan tipe persalinan, apakah berlangsung secara spontan atau melalui tindakan seperti Sectio Caesarea. Lama persalinan dikaji berdasarkan durasi kala I, kala II, dan kala III, serta adanya penyulit seperti persalinan macet atau gagal progresi. Jumlah perdarahan selama persalinan juga dicatat untuk menilai risiko perdarahan

postpartum. Kondisi bayi saat lahir dievaluasi melalui jenis kelamin, berat badan, panjang badan, serta skor APGAR, yang menggambarkan kondisi awal bayi setelah lahir (Mulyawati et al., 2011).

d) Riwayat Nifas Sekarang

Riwayat nifas saat ini mencakup kondisi lochea, termasuk warna, bau, dan jumlah yang dikeluarkan, untuk menilai proses involusi uterus serta mendeteksi kemungkinan infeksi atau perdarahan abnormal. Tinggi fundus uteri juga dikaji untuk memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kembali ke ukuran normal. Selain itu, kekuatan kontraksi uterus diamati untuk mencegah komplikasi seperti atonia uteri yang dapat menyebabkan perdarahan postpartum (Mulyawati et al., 2011).

e. Pola Aktifitas Sehari-hari

1. Pola Nutrisi

Pola nutrisi pada pasien post Sectio Caesarea (SC) sering terganggu akibat nyeri, efek anestesi, dan mual pasca operasi, yang dapat menurunkan nafsu makan. Gangguan pergerakan usus juga dapat menyebabkan kembung atau konstipasi. Oleh karena itu, diperlukan makanan yang mudah dicerna,

cukup cairan, dan nutrisi seimbang untuk mendukung pemulihan serta produksi ASI bagi ibu menyusui (Lestari et al., 2021).

2. Pola Eliminasi

Pola eliminasi pada pasien post Sectio Caesarea (SC) sering mengalami gangguan akibat efek anestesi, nyeri, dan imobilisasi. Retensi urin dapat terjadi karena penurunan sensasi berkemih atau ketidaknyamanan saat buang air kecil. Konstipasi juga umum terjadi akibat penurunan peristaltik usus, kurangnya asupan cairan, dan keterbatasan mobilisasi. Oleh karena itu, pemantauan eliminasi, peningkatan asupan cairan, mobilisasi dini, serta pemberian serat yang cukup diperlukan untuk mencegah komplikasi.

3. Pola Istirahat Tidur

Pola istirahat dan tidur pada pasien post Sectio Caesarea (SC) sering terganggu akibat nyeri luka operasi, ketidaknyamanan posisi tidur, efek anestesi, serta kebutuhan untuk menyusui bayi. Gangguan tidur juga bisa dipengaruhi oleh kecemasan dan kelelahan pasca persalinan.

4. Personal Hygiene

Personal hygiene pada pasien post Sectio Caesarea (SC) dapat terganggu akibat nyeri, keterbatasan mobilisasi, dan kelelahan pasca operasi. Kebersihan tubuh, terutama area luka operasi, harus diperhatikan untuk mencegah infeksi. Pasien disarankan untuk mandi dengan hati-hati,

menjaga kebersihan luka dengan tidak menggosok area jahitan, serta mengganti pembalut secara teratur untuk menjaga kebersihan daerah perineum.

5. Aktivitas

Aktivitas pada pasien post Sectio Caesarea (SC) awalnya terbatas akibat nyeri dan efek anestesi. Pasien disarankan untuk mulai mobilisasi dini, seperti duduk di tempat tidur dan berjalan perlahan, guna mencegah komplikasi seperti trombosis dan konstipasi. Aktivitas berat, termasuk mengangkat beban atau membungkuk, harus dihindari sementara waktu untuk mencegah tekanan pada luka operasi.

f. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Ibu

a) Keadaan Umum

Meliputi tingkat kesadaran menggunakan GCS (Glasgow Coma Scale) EMV (Eye, Motor, Verbal Response) untuk menilai respons pasien. Penampilan ibu juga diperhatikan, termasuk kondisi fisik secara keseluruhan, apakah tampak lemah, pucat, atau dalam keadaan stabil.

b) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda vital pada pasien post Sectio Caesarea (SC) meliputi tekanan darah 110/70 – 140/90 mmHg, nadi 60–100 kali per menit, respirasi 16–22 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5–37,5°C. Tekanan darah rendah, nadi cepat, pernapasan meningkat, atau suhu di atas 38°C dapat mengindikasikan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.

c) Antropometri

Pemeriksaan antropometri pada pasien post Sectio Caesarea (SC) mencakup tinggi badan dalam satuan cm serta berat badan sebelum hamil, saat hamil, dan setelah melahirkan.

d) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

(1) Kepala dan wajah: Pada pasien post sectio caesarea, wajah umumnya tampak lelah, sedikit pucat, dan menunjukkan ekspresi menahan nyeri. Kulit wajah bisa kering atau berkeringat dingin tergantung respon tubuh terhadap nyeri atau anestesi. Rambut biasanya tampak lepek atau kusut karena belum mandi dan keterbatasan mobilisasi. Mata terlihat sayu atau lelah, kadang sedikit bengkak akibat kurang tidur atau retensi cairan. Kesadaran pasien umumnya baik (kompos mentis), meskipun dapat mengantuk sesaat setelah efek anestesi hilang.

- (2) Mata: bisa sedikit cekung akibat kelelahan atau dehidrasi, namun konjungtiva harus tetap merah muda dan tidak pucat.
- (3) Telinga dan Hidung: umumnya tidak menunjukkan kelainan, kecuali ada riwayat alergi atau infeksi.
- (4) Mulut: harus dalam keadaan bersih, tanpa tanda dehidrasi seperti bibir kering atau pecah-pecah.
- (5) Leher: biasanya normal tanpa pembesaran kelenjar getah bening atau tiroid.
- (6) Dada dan paru-paru: umumnya dalam kondisi baik, dengan pernapasan normal dan tidak ada sesak, meskipun beberapa pasien dapat mengalami ketidaknyamanan karena nyeri akibat anestesi spinal.
- (7) Jantung: biasanya menunjukkan denyut nadi normal, namun harus diperiksa untuk mendeteksi kemungkinan anemia atau perdarahan yang dapat menyebabkan takikardia.
- (8) Payudara: Pada pasien post sectio caesarea, payudara umumnya tampak membesar dan tegang, terutama jika sudah memasuki masa laktasi. Areola dapat tampak lebih gelap, dan kadang terdapat tanda awal pengeluaran kolostrum. Pasien mungkin mengeluhkan nyeri tekan ringan

akibat bendungan ASI (engorgement) pada hari-hari awal pasca persalinan. Kulit payudara biasanya hangat dan tidak kemerahan, namun harus tetap dikaji adanya tanda-tanda mastitis seperti kemerahan, nyeri hebat, atau demam.

(9) Abdomen: Pada pasien post sectio caesarea, abdomen tampak distensi ringan akibat efek pasca operasi dan penumpukan gas. Luka insisi umumnya terletak di bagian bawah abdomen (biasanya transversal), ditutup dengan balutan, dan harus dinilai kebersihan serta kekeringannya. Pasien sering mengeluhkan nyeri di area insisi, terutama saat bergerak, batuk, atau menyusui. Abdomen terasa lunak saat ditekan, tidak terdapat tanda peritonitis seperti defans muskular atau nyeri tekan hebat. Peristaltik usus biasanya mulai kembali dalam 8–24 jam setelah operasi, dan perlu dipantau adanya flatus atau buang air besar sebagai tanda pemulihhan fungsi gastrointestinal.

(10) Punggung dan Bokong: Bisa terasa pegal akibat posisi tidur yang terbatas pasca operasi.

(11) Genitalia: biasanya lochia masih keluar dengan warna merah atau kecoklatan dalam jumlah sedang dan bau

normal. Jika ada episiotomi, luka harus dalam kondisi bersih dan tanpa tanda infeksi.

(12) Anus: ibu post sc bisa mengalami konstipasi akibat efek anestesi dan kurangnya pergerakan.

(13) Ekstremitas atas dan bawah: Umumnya normal, tetapi harus dipantau adanya bengkak atau tanda trombosis akibat imobilisasi pasca operasi.

g. Data Psikososial

1. Adaptasi Psikologi Post Partum

Biasanya, adaptasi psikologis post partum terjadi dalam tiga tahap. Pada fase taking-in, ibu fokus pada pemulihan dan membutuhkan dukungan. Fase taking-hold membuat ibu mulai merawat bayi, tetapi sering merasa cemas atau ragu. Fase letting-go menandai penerimaan peran sebagai orang tua. Ibu bisa mengalami baby blues, ditandai dengan perubahan suasana hati, tetapi jika berlanjut bisa berkembang menjadi depresi post partum yang membutuhkan perhatian lebih.

2. Konsep Diri

- a) Gambaran diri: pada ibu post partum mencerminkan bagaimana ia melihat perubahan fisik dan emosional setelah melahirkan, seperti perubahan bentuk tubuh dan rasa lelah.
- b) Ideal diri: berkaitan dengan harapan ibu terhadap perannya sebagai orang tua dan bagaimana ia menyesuaikan diri dengan kenyataan.
- c) Harga diri: mencerminkan sejauh mana ibu merasa mampu dan percaya diri dalam mengasuh bayi serta menghadapi perubahan pasca persalinan.
- d) Peran: mengacu pada bagaimana ibu menyesuaikan diri dengan tanggung jawab baru sebagai orang tua, termasuk dalam merawat bayi dan membangun hubungan dengan pasangan.
- e) Identitas diri: mencerminkan bagaimana ibu memahami dirinya setelah melahirkan, menyesuaikan peran barunya, dan tetap menjaga keseimbangan dengan peran lainnya dalam kehidupan.

3. Data sosial

Data sosial pada ibu post Sectio Caesarea (SC) mencakup hubungan dengan keluarga, masyarakat, dan lingkungan selama pemulihan. Dukungan keluarga sangat penting dalam membantu ibu beradaptasi.

4. Kebutuhan Bounding Attachment

Kebutuhan bounding attachment pada ibu post Sectio Caesarea (SC) mencakup interaksi fisik, emosional, dan sensorik dengan bayi. Sentuhan kulit ke kulit, kontak mata, dan suara ibu membantu membangun ikatan awal. Namun, nyeri pasca operasi dan kelelahan dapat menghambat interaksi ini.

5. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kebutuhan pemenuhan seksual pada ibu post partum dapat dipengaruhi oleh kelelahan, perubahan hormon, nyeri pasca operasi, serta kecemasan terhadap pemulihan luka. Penurunan libido sering terjadi sementara waktu, dan dianjurkan untuk menunda aktivitas seksual hingga luka sembuh dan perdarahan nifas berhenti, biasanya sekitar 4-6 minggu.

6. Data Spiritual

Data spiritual pada ibu post Sectio Caesarea (SC) mencakup keyakinan hidup, tingkat optimisme terhadap kesembuhan, serta hambatan dalam menjalankan ibadah.

7. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Pengetahuan perawatan diri pada ibu post Sectio Caesarea (SC) mencakup breast care untuk mendukung menyusui, perawatan luka operasi, senam nifas untuk pemulihan, serta pemahaman tentang KB

2.5.2 Analisa Data

Tabel 2. 2 Analisa data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: - DO: <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah meringis atau tampak tidak nyaman. • Pasien sering memegang atau melindungi area luka operasi. • Skala nyeri meningkat (biasanya 6-10 dari 10). • Tekanan darah dan denyut jantung meningkat (respons terhadap nyeri). 	Indikasi pada ibu: preeklamsia ↓ Sectio caesarea ↓ Insisi ↓ Trauma jaringan	Nyeri Akut

-
- Pernapasan cepat dan dangkal akibat menahan nyeri.
 - Kesulitan bergerak atau perubahan posisi karena takut memperparah nyeri.
 - Gangguan tidur akibat ketidaknyamanan.

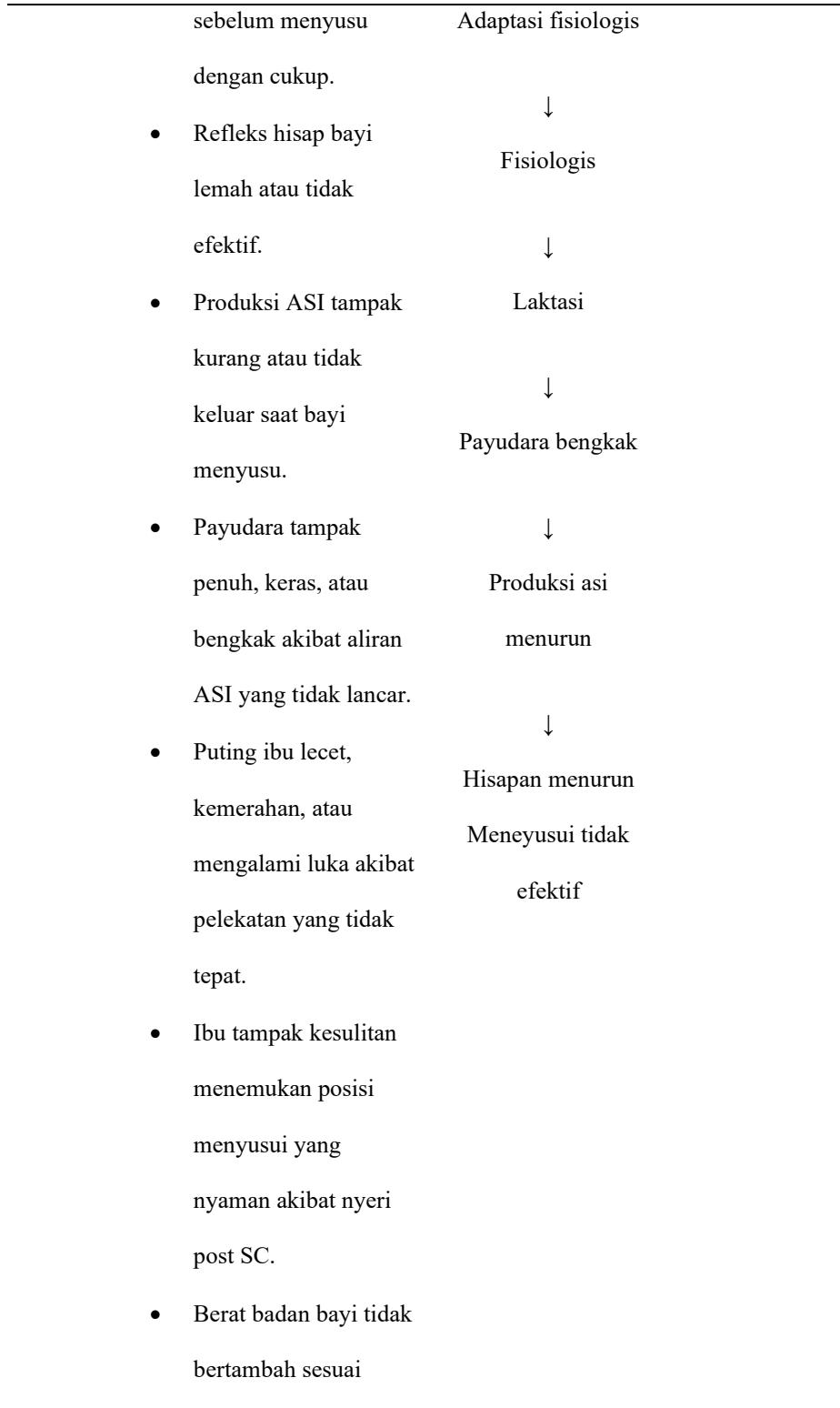
2. DS: -	Indikasi pada ibu:	Gangguan
DO:	panggul sempit,	mobilitas fisik
<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak enggan mengubah posisi atau bergerak. 	↓	preeklamsia
<ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan terbatas, terutama pada area perut dan panggul. 	↓	Sectio caesarea
<ul style="list-style-type: none"> • Wajah meringis saat mencoba bergerak. 	↓	Anastesi
<ul style="list-style-type: none"> • Pasien sering memegang atau menekan area luka operasi saat bergerak. 	↓	Bedrest
<ul style="list-style-type: none"> • Memerlukan bantuan dalam melakukan 		Gangguan mobilitas fisik

-
- aktivitas seperti duduk, berdiri, atau berjalan.
- Postur tubuh cenderung membungkuk untuk mengurangi rasa nyeri.
 - Penurunan kekuatan otot akibat immobilisasi pasca operasi.
 - Terdapat tanda kelemahan otot pada ekstremitas akibat kurangnya mobilisasi.
 - Risiko trombosis meningkat akibat kurangnya pergerakan.
 - Pernapasan tampak lebih dangkal karena pasien menahan nyeri saat bergerak.
 - Gangguan pola tidur akibat ketidaknyamanan dalam posisi tidur.
-

3. DS: -	Indikasi pada ibu:	Resiko infeksi
DO:	panggul sempit,	
• Luka operasi tampak kemerah, bengkak, atau hangat saat disentuh.	preeklamsia ↓ Sectio caesarea	
• Adanya nyeri tekan di sekitar luka operasi.	↓ Insisi	
• Terdapat peningkatan sekresi atau cairan dari luka (serous, purulen, atau berdarah).	↓ Terputusnya kontinuas jaringan	
• Tepi luka tampak tidak menyatu dengan baik atau ada tanda pembukaan luka.	↓ Luka pasca operasi	
• Bau tidak sedap dari area luka operasi.	↓ Invasi bakteri	
• Peningkatan suhu tubuh di atas 38°C (demam).	↓ Resiko infeksi	
• Peningkatan denyut jantung (takikardia).		
• Pasien tampak lemas atau kurang bersemangat.		

-
- Leukositosis atau
peningkatan jumlah sel
darah putih (jika ada
pemeriksaan
laboratorium).
 - Kelembaban berlebih
di area luka akibat
keringat atau
kurangnya perawatan
luka.
 - Penggunaan kateter
atau alat medis lain
yang dapat
meningkatkan risiko
infeksi.
 - Lingkungan tempat
perawatan yang kurang
bersih atau steril.

4.	DS: -	Indikasi pada ibu:	Menyusui tidak
	DO:	panggul sempit,	efektif
	• Bayi tampak gelisah atau rewel saat menyusu.	preeklamsia	
	• Bayi sering melepaskan puting	Sectio caesarea	



-
- dengan usia atau terjadi penurunan berat badan.
- Bayi tampak mengantuk atau kurang aktif saat menyusu.
 - Jumlah popok basah bayi berkurang sebagai tanda kurangnya asupan ASI.
 - Ibu tampak cemas atau kurang percaya diri dalam menyusui bayinya.
 - Ibu mengeluhkan rasa sakit atau nyeri saat menyusui.
-

Sumber: (Buku SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), 2018)

2.5.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan Post SC menurut SDKI, 2018 yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan akibat Sectio Caesarea (SC), ditandai dengan ekspresi wajah meringis, skala nyeri tinggi, peningkatan tekanan darah dan denyut jantung, serta kesulitan bergerak.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan ketidaknyamanan pasca operasi, ditandai dengan pergerakan terbatas, postur membungkuk, serta membutuhkan bantuan dalam aktivitas seperti duduk dan berjalan.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan luka operasi dan penurunan daya tahan tubuh, ditandai dengan luka kemerahan, Bengkak, nyeri tekan, sekresi abnormal, bau tidak sedap, demam, serta peningkatan leukosit.
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan nyeri post SC dan pelekatannya yang tidak optimal, ditandai dengan refleks hisap lemah, bayi sering melepas puting, ASI tidak keluar dengan lancar, payudara Bengkak, serta ibu tampak kesulitan dan cemas dalam menyusui.

2.5.4 Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 3 Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria		Intervensi
		Keperawatan	Hasil	
1.	Nyeri akut <i>b.d</i> prosedur operasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:		Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
		1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun		<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi skala nyeri • Idenfitikasi respon nyeri non verbal

-
- | | |
|-------------------------------|---|
| 3. Sikap protektif
menurun | <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri |
| 4. Gelisah menurun | |
| 5. Kesulitan tidur
menurun | <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri |
| 6. Frekuensi nadi
membuat | <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik |

Terapeutik

- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi
-

pijat, aromaterapi,

Teknik imajinasi

terbimbing, kompres

hangat/dingin, terapi

bermain)

- Kontrol lingkungan
yang memperberat
rasa nyeri (mis: suhu
ruangan, pencahayaan,
kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan
tidur
- Pertimbangkan jenis
dan sumber nyeri
dalam pemilihan
strategi meredakan
nyeri

Edukasi

- Jelaskan penyebab,
periode, dan pemicu
nyeri
 - Jelaskan strategi
meredakan nyeri
 - Anjurkan memonitor
nyeri secara mandiri
-

-
- Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
 - Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.	Gangguan	Setelah dilakukan	Observasi
	mobilitas	intervensi keperawatan	• Identifikasi adanya nyeri atau keluhan
	fisik b.d penuruna n kekuatan otot	selama ...x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:	fisik lainnya
		1. Pergerakan ekstremitas meningkat	• Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
		2. Kekuatan otot meningkat	• Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum
		3. Rentang gerak (ROM) meningka	memulai ambulasi
			• Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik

-
- Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)
 - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
 - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
 - **Ajarkan mobilisasi dini**

Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
 - Anjurkan melakukan ambulasi dini
 - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi,
-

berjalan sesuai

toleransi)

3.	Risiko infeksi d.d	Setelah dilakukan luka post SC	Observasi
		intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
Terapeutik			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 			
<ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi 			
Edukasi			
<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 			

-
- Ajarkan etika batuk
 - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
 - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4.	Menyusui tidak efektif b.d ketidak adekuatan suplai ASI	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, maka status menyusui membaik, dengan kriteria hasil:	Observasi
			<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelelahan maternal menurun 2. Tetesan/pancaran ASI meningkat 	Terapeutik

-
- | | |
|--|--|
| 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat | <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan |
| 4. Lecet pada puting menurun | <ul style="list-style-type: none"> • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Berikan kesempatan untuk bertanya |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat |

Edukasi

- Berikan konseling menyusui
 - Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
 - Ajarkan 4 posisi menyusui dan
-

perlekatan (*latch on*)

dengan benar

- Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
 - Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
-

Sumber: (Buku SLKI dan SIKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia), 2018)

2.5.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tahap ini mencakup segala bentuk tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional secara langsung maupun tidak langsung untuk memenuhi kebutuhan pasien, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Tindakan implementasi dilakukan berdasarkan prioritas masalah dan tujuan yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan, dengan tetap mempertimbangkan kondisi klinis dan kesiapan pasien. Keberhasilan implementasi keperawatan sangat bergantung

pada ketepatan tindakan, komunikasi terapeutik, serta pemantauan dan dokumentasi yang dilakukan secara berkesinambungan (Putra, 2021).

Salah satu bentuk implementasi keperawatan yang penting dilakukan pada pasien post sectio caesarea adalah mobilisasi dini. Mobilisasi dini bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan, mencegah komplikasi akibat tirah baring, meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi nyeri, dan memulihkan fungsi organ tubuh secara optimal (Herianti & Rohmah, 2022). Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi fisik pasien. Dalam 6 jam pertama setelah operasi, pasien dianjurkan untuk tetap tirah baring namun sudah mulai melakukan gerakan sederhana seperti menggerakkan tangan, kaki, dan memutar pergelangan kaki. Setelah 6–10 jam pascaoperasi, pasien dibantu untuk miring ke kanan dan ke kiri setiap dua jam untuk mencegah trombosis dan komplikasi paru. Pada 8–12 jam pascaoperasi, pasien dapat mulai belajar duduk dengan bantuan, dan pada 24 jam setelah operasi pasien dianjurkan untuk mulai berdiri dan berjalan ringan bila kondisi stabil (Putra, 2021). Pelaksanaan mobilisasi dini ini dilakukan dengan pengawasan perawat dan memperhatikan respon tubuh pasien terhadap setiap tahapan aktivitas yang dilakukan.

2.5.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses untuk menilai sejauh mana tindakan yang dilakukan berhasil mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Putra, 2021). Dalam praktiknya, evaluasi dilakukan secara sistematis menggunakan format SOAP, yaitu:

1. S (Subjective): Data yang diperoleh dari pernyataan pasien mengenai kondisi atau perasaannya.
2. O (Objective): Data hasil observasi atau pengukuran seperti tanda vital, kemampuan gerak, dan kondisi luka.
3. A (Assessment): Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menilai perkembangan kondisi pasien.
4. P (Plan): Rencana tindak lanjut berdasarkan hasil evaluasi, seperti melanjutkan intervensi, modifikasi, atau menghentikan tindakan.

Dalam konteks mobilisasi dini pada pasien post sectio caesarea, evaluasi bertujuan untuk memastikan bahwa mobilisasi dini efektif dalam meningkatkan mobilitas, mengurangi rasa nyeri, serta mencegah komplikasi seperti trombosis dan emboli paru. Keberhasilan mobilisasi dini dapat diukur melalui kemampuan pasien untuk bergerak, penurunan tingkat nyeri, serta stabilitas kondisi sirkulasi darah. Selain itu, evaluasi juga mencakup pengamatan terhadap kepatuhan pasien terhadap anjuran mobilisasi, yang penting untuk mendukung proses pemulihan. Evaluasi dilakukan dengan pemantauan

kondisi fisik pasien secara berkala, serta komunikasi dengan pasien untuk mengidentifikasi hambatan atau masalah yang muncul (Herianti & Rohmah, 2022).