BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

Periode nifas dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika organ reproduksi ibu kembali mendekati kondisi sebelum kehamilan. Involusi uterus dan pengeluaran lokia menjadi dua perubahan fisiologis yang paling jelas terjadi dalam rentang waktu ini, disertai dengan perubahan hormon dan penyesuaian sistem kardiovaskular yang terjadi di balik layar, belum lagi penyesuaian psikologis ibu dalam menjalani peran barunya (Yuliana & Hakim, 2020; Siregar et al., 2023)

Pemulihan sebenarnya dapat terjadi secara fisiologis, tetapi pada ibu yang bersalin melalui sectio caesarea, diperlukan perhatian tambahan karena ada luka operasi dan akibat dari tindakan pembedahan tersebut. Sectio caesarea bertujuan mengeluarkan janin dengan menisi dinding abdomen dan uterus. Tindakan ini dilakukan apabila persalinan pervaginam dinilai tidak memungkinkan atau berpotensi menimbulkan risiko bagi keselamatan ibu maupun janin (Sartika & Bahar, 2023). Dengan kata lain, predikat aman dalam kondisi tertentu tidak menghilangkan konsekuensi yang menyertai prosedur ini setelah operasi selesai. Biasanya, nyeri pada luka insisi dan keterbatasan gerak merupakan gejala yang pertama muncul, diikuti dengan risiko infeksi yang mengintai selama masa pemulihan, sementara gangguan aktivitas dan ketergantungan ibu dalam

memenuhi kebutuhan sehari-hari menjadi konsekuensi yang menyertai di baliknya (Wathina et al., 2023). Sebagian besar ibu yang baru melahirkan dengan sectio caesar menghabiskan hari pertama dengan cara menghindari gerakan sebisa mungkin. Rasa nyeri di daerah insisi terjadi karena terputusnya jaringan abdomen dan uterus yang memicu inflamasi dan aktivasi reseptor saraf menjadi penyebab utamanya (Santoso et al., 2022). Berbaring lebih lama, ragu untuk berpindah posisi, enggan sekadar menggeser tubuh, semua ini lebih aman secara psikologis meski sungguh berisiko. SDKI menganggap kondisi kelanjutannya sebagai gangguan mobilitas fisik, keterbatasan gerak mandiri yang berasal dari nyeri, kelemahan otot, atau sekadar keengganan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), dan pola menghindari gerak yang dibiarkan berlarut-larut inilah yang menjadi pencetusnya.

Mobilisasi dini menolong mengatasi masalah ini, tidak harus memaksa, melainkan bertahap jika pasien sudah sadar sepenuhnya dan stabil. Melangkah hanya setelah sudah miring kanan-kiri di atas tempat tidur, duduk, dan berdiri sesuai kemampuan masing-masing (Yusuf et al., 2024). Akibatnya terasa di banyak sisi sekaligus, sirkulasi darah yang lebih lancar, otot yang tidak kaku, dan yang terkadang terlupakan, rasa percaya diri ibu untuk kembali mandiri mengurus dirinya sendiri maupun bayinya (Isnaini et al., 2023).

Pemilihan mobilisasi dini sebagai fokus utama penelitian ini menjadi dasar dari keterkaitan antara gangguan mobilitas fisik dan sejumlah

masalah keperawatan lainnya pada ibu post sectio caesarea. Keterbatasan gerak memiliki potensi memperburuk akibat seperti nyeri akut, kelelahan, risiko infeksi, dan defisit perawatan diri. Namun, gangguan mobilitas fisik dipilih sebagai prioritas karena dampak yang luas, mulai dari keterlambatan ambulasi, gangguan sirkulasi, konstipasi, risiko trombosis, keterlambatan involusi uterus, hingga ketergantungan yang meningkat terhadap bantuan orang lain apabila mobilisasi dini tidak berjalan optimal (Santoso et al., 2022; Paratami et al., 2023). Contoh lain adalah penelitian Uzlifatul dkk. (2024) yang melaporkan adanya penurunan intensitas nyeri yang signifikan pada pasien post sectio caesarea setelah diterapkannya mobilisasi dini, temuan yang memperkuat posisi mobilisasi dini bukan hanya sebagai upaya meningkatkan kemampuan bergerak, melainkan juga sebagai intervensi nonfarmakologis dalam meredakan nyeri pascaoperas

2.2 Landasan teori

2.2.1 Konsep Post Partum

2.2.1.1 Definisi Post Partum

Post partum terjadi dari saat plasenta lahir hingga organ reproduksi ibu mendekati keadaan sebelum hamil, proses yang biasanya membutuhkan waktu sekitar enam minggu. Selama periode ini, Rahim dan sistem reproduksi lainnya mulai pulih secara bertahap setelah fase intrapartum berakhir, melalui serangkaian perubahan fisiologis yang pada akhirnya mengembalikan fungsi tubuh wanita ke

kondisi sebelum kehamilan (Yuliana & Hakim, 2020; Hidayat & Utami, 2022).

2.2.1.2 Tahapan Post Partum

Masa post partum dibagi menjadi beberapa tahapan,(Elza, Fitri, 2023), yaitu :

a. Post partum langsung adalah fase pertama yang berlangsung selama 24 jam pertama setelah melahirkan.
b. Masa post partum dini yaitu periode yang dimulai setelah 24 jam pascapersalinan sampai dengan akhir minggu pertama masa post partum.
c. Fase akhir postpartum adalah fase lanjut yang terjadi dari minggu kedua sampai minggu keenam setelah melahirkan.

2.2.1.3 Perubahan Fisiologis Ibu Post Partum

Sementara itu, Rahim mengalami involusi segera setelah persalinan berakhir, rahim berkontraksi berulang kali saat otot meregang lalu kembali relaks sehingga ukuran rahimnya berangsur pulih seperti keadaan sebelum kehamilan (Siregar, Lubis, & Sihombing, 2023; Wahyuningsih, 2019). Peristiwa ini terjadi bersamaan dengan keluarnya lokia, yaitu cairan berwarna merah yang membawa sisa jaringan desidua dan lendir;

perubahan warnanya dan jumlah cairan tersebut dari hari ke hari menjadi penanda sejauh mana rahim telah pulih (Siregar et al., 2023). Selain perubahan fisik yang jelas, terjadi juga perubahan hormon yang signifikan seperti kadar estrogen dan progesteron menurun, sedangkan prolaktin dan oksitosin meningkat untuk menunjang ASI. Peningkatan prolaktin ini sesuai dengan pembesaran payudara dan permulaan produksi ASI sebagai respons langsung (Siregar et al., 2023).

Tubuh juga menyesuaikan dengan cara lain, seperti peningkatan diuresis untuk menyingkirkan cairan berlebih yang telah menumpuk selama kehamilan, sementara sistem kardiovaskular secara bertahap kembali ke kondisi pra-kehamilan, ditandai dengan penurunan curah jantung dan volume darah (Siregar et al., 2023).

2.2.1.4 Perubahan Psikologis Ibu Post Partum

Bawafi et al. (2024) merujuk pada teori Reva Rubin bahwa adaptasi psikologis ibu masa nifas terjadi secara bertahap melalui tiga fase yakni taking in, taking hold dan letting go. Fase taking in terjadi pada 1-2 hari pertama setelah melahirkan. Pada masa ini ibu lebih menekankan pemulihan dirinya sehingga memerlukan cukup rehat dan sering cenderung untuk menceritakan kembali pengalaman persalinannya. Tetapi umumnya kebutuhan-

kebutuhan dasarnya masih dapat dipenuhi melalui dukungan atau bantuan orang lain, sedangkan ibu juga mulai berusaha menyesuaikan diri terhadap berbagai perubahan fisik dan emosional yang menyertai masa nifas Selanjutnya ibu memasuki masa “taking hold” dari hari ke-2 sampai hari ke-10.

Pada masa ini anak mulai belajar merawat diri dan merawat bayi seperti menyusui, memandikan bayi serta memberikan perawatan dasar bagi bayi Meski adaptasi sudah mulai terbentuk, dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan tetap diperlukan terutama untuk memperkuat kepercayaan ibu dalam menjalankan perannya yang baru sebagai pengasuh.

Selanjutnya, fase letting go terjadi ketika ibu mulai memahami identitas dan tanggung jawab barunya yang lebih serius Pada masa ini penyesuaian terhadap perubahan dalam kehidupan keluarga menjadi lebih mudah, kedekatan dan relasi emosional dengan bayi semakin kuat, sedangkan kemandirian ibu dalam merawat bayi mulai berkembang dan terbentuk. Fase ini juga menekankan peran penting suami dan keluarga karena keterlibatan mereka dapat membantu mempercepat keberhasilan adaptasi psikologis ibu.

2.2.1.5 Klasifikasi Post Partum

Wijaya, et. al. (2023) memisahkan masa postpartum menjadi tiga periode yaitu puerperium dini, puerperium

intermedial dan remote puerperium Tahap ketiga ini mengambarkan proses pemulihan ibu secara bertahap sejak persalinan selesai sampai kondisi fisik dan fungsi reproduksi mendekati keadaan sebelum kehamilan. Klasifikasi ini dapat diuraikan sebagai berikut.

a. Puerperium dini merupakan fase awal masa nifas, ditandai dengan ibu mulai melakukan mobilisasi dini seperti bangun dari tempat tidur dan berjalan jika secara umum kondisinya sudah stabil.
b. Puerperium intermedial merupakan masa pemulihan organ reproduksi yang biasanya berlangsung sekitar enam minggu sesudah melahirkan sampai fungsi reproduksi mendekati kondisi sebelum kehamilan.
c. Masa nifas yang jauh menandai masa pemulihan menyeluruh yang meliputi aspek fisik maupun psikologis. Durasinya bisa berbeda antar ibu, tergantung kondisi kesehatan, proses persalinan yang dijalani, serta apakah ada komplikasi yang membutuhkan waktu pemulihan yang lebih panjang.

2.2.1.6 Tahapan Pengeluaran Lochea pada Masa Nifas

Sisa jaringan plasenta dan lapisan dinding rahim yang dibersihkan dari rahim ikut serta dalam proses masa nifas Wijaya et al. (2023) merefleksikan bahwa proses ini melalui empat tahap pengeluaran *Lochea, Lochea rubra* merupakan cairan berwarna

merah yang mengandung darah segar dan sisa ketuban dan biasanya muncul pada dua sampai tiga hari pertama pasca persalinan.

Pada hari ketiga sampai ketujuh mulanya mulai berubah warna, secara bertahap merah kekuningan yang disebut *Lochea sanguinolenta*, campuran darah dan lendir. *Lochea serosa* mengikuti pada hari ketujuh sampai keempat belas, ditandai dengan warna merah muda yang secara bertahap menguning. Terakhirnya, *Lochea alba*, dari hari keempat belas berwarna putih kekuningan dan volumenya semakin berkurang sampai berhenti dalam satu atau dua minggu berikutnya.

2.2.1.7 Komplikasi Post Partum

a. Perdarahan

Perdarahan post partum merupakan penyebab utama kematian ibu setelah persalinan dan didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 500 cc. Tanda-tandanya meliputi penurunan tekanan darah sekitar 30 mmHg, penurunan kadar hemoglobin hingga 3 gram%, serta perdarahan berlebihan. Berdasarkan waktu terjadinya, perdarahan dibagi menjadi perdarahan dini (≤24 jam) dan perdarahan lanjut (>24 jam). Penyebab utama perdarahan post partum adalah atonia uteri, laserasi jalan lahir, dan

retensio plasenta, serta faktor lain seperti sisa plasenta dan ruptur uteri (Pratiwi & Fitri, 2023).

b. Infeksi *puerperalis*

Infeksi *puerperalis* merupakan infeksi pada saluran reproduksi selama masa post partum dengan angka kejadian sekitar 1–8%. Kondisi ini ditandai dengan peningkatan suhu tubuh lebih dari 38°C pada sepuluh hari pertama setelah persalinan dan umumnya disebabkan oleh bakteri seperti S*treptococcus* dan *Staphylococcus aureus*. (Pratiwi & Fitri, 2023).

c. Endometritis

Endometritis adalah infeksi pada lapisan endometrium uterus yang paling sering terjadi akibat infeksi puerperalis. Risiko terjadinya kondisi ini meningkat pada ibu yang menjalani persalinan melalui operasi caesar, ketuban pecah dini, serta adanya bakteri dari vagina. (Pratiwi & Fitri, 2023).

d. Mastitis

Mastitis merupakan infeksi pada jaringan payudara yang biasanya disebabkan oleh masuknya bakteri melalui puting susu yang lecet atau pecah akibat teknik menyusui yang kurang tepat. Kondisi ini umumnya terjadi pada bulan pertama masa post partum dan ditandai

dengan pembengkakan serta nyeri pada payudara. (Pratiwi & Fitri, 2023).

e. Infeksi saluran kemih

Infeksi saluran kemih pada ibu post partum terjadi pada sekitar 2–4% kasus dan risikonya meningkat setelah tindakan pembedahan seperti operasi caesar. Penyebab tersering infeksi ini adalah Escherichia coli dan bakteri gram negatif lainnya. (Pratiwi & Fitri, 2023).

f. Tromboflebitis dan trombosis

Pada masa kehamilan hingga awal post partum terjadi peningkatan faktor pembekuan darah yang dapat menyebabkan tromboflebitis dan trombosis. Kondisi ini ditandai dengan terbentuknya bekuan darah di pembuluh darah dan paling sering terjadi pada tiga hari pertama masa post partum. (Pratiwi & Fitri, 2023).

g. Emboli

Emboli merupakan kondisi ketika bekuan darah atau partikel asing menyumbat pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah dan dapat menyebabkan kematian. Kondisi ini termasuk salah satu penyebab kematian maternal. (Pratiwi & Fitri, 2023)

h. Depresi post partum

Depresi post partum adalah gangguan psikologis yang muncul secara bertahap setelah persalinan dan dapat berlangsung hingga satu tahun. Gejalanya meliputi kecemasan, kebingungan, sulit berkonsentrasi, perasaan tidak aman, gangguan pola makan, kesulitan menyusui, serta menurunnya minat dan semangat ibu. (Pratiwi & Fitri, 2023).

2.2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Post Partum

Endarwati et al. (2024), menyatakan bahwa pemeriksaan penunjang merupakan komponen yang penting dalam evaluasi kondisi ibu pascapersalinan untuk mendeteksi dini kemungkinan komplikasi serta menilai proses pemulihan organ reproduksi dan status kesehatan ibu secara umum di masa nifas.

Kadar hemoglobin diukur untuk mengidentifikasi anemia atau perdarahan yang mungkin terjadi, sedangkan pemeriksaan hematokrit dilakukan untuk menentukan rasio antara jumlah sel darah merah dengan total jumlah darah.. Golongan darah juga diperiksa sebagai persiapan untuk tindakan medis jika diperlukan, dan pemeriksaan leukosit dilakukan untuk menemukan tanda infeksi atau radang dalam tubuh.

2.2.1.9 Penatalaksanaan Post Partum

Beberapa penatalaksanaan yang diberikan oleh klien selama masa postpartum (Syukur, & Purwanti, 2020) . Kondisi fisik ibu dan bayinya dipantau secara menyeluruh untuk memastikan keduanya dalam keadaan sehat. Sementara itu, untuk bayi yang masih kecil, memberi makan harus dilakukan dengan cara yang benar, agar tidak hanya untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, tetapi juga untuk membangun ikatan emosional antara ibu dan bayi. Dukungan psikologis diberikan juga untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu serta membantu dalam beradaptasi dengan peran baru dalam keluarga dan lingkungann

2.2.2 Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.2.1 Definisi Sectio Caesarea

Sectio caesarea adalah salah satu metode persalinan yang dilakukan melalui tindakan pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan dinding uterus guna mengeluarkan janin dengan berat badan lebih dari 500 gram. Prosedur ini dilakukan apabila persalinan pervaginam tidak dapat dilaksanakan atau berpotensi menimbulkan risiko tinggi bagi kondisi ibu maupun janin (Sartika & Asriani Bahar, 2023)

Selain itu, sectio caesarea dipahami sebagai tindakan medis untuk mencegah terjadinya komplikasi berat sekaligus menjaga keselamatan ibu dan anak. Bukan termasuk dalam tindakan ini adalah kelahiran janin akibat pecah rahim atau kehamilan abdomen (Sirait, 2019).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa sectio caesarea (SC) merupakan tindakan operasi yang dilakukan untuk membantu proses persalinan pada ibu yang tidak memungkinkan melahirkan secara normal karena pertimbangan kondisi kesehatan ibu atau janin. Tindakan ini dilakukan dengan membuat insisi pada dinding abdomen hingga uterus untuk melahirkan bayi dengan berat badan lebih dari 500 gram.

2.2.2 Indikasi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea harus dilakukan atas pertimbangan medis yang berhubungan dengan kondisi ibu dan janin .Indikasi dari sisi janin, meliputi:

1. Kelainan letak atau posisi janin, seperti presentasi sung-sang dan letak lintang
2. Gawat janin
3. Oligohidramnion
4. Kematian janin dalam kandungan
5. Kelainan kongenital

6. Kehamilan kembar
7. Prolaps tali pusat

a. Indikasi dari sisi ibu, antara lain:

1. Preeklampsia dan eklampsia
2. Plasenta previa
3. Solusio plasenta
4. Ketuban pecah dini
5. Riwayat persalinan Sectio Caesarea sebelumnya
6. Persalinan kala II yang berlangsung lama
7. Penyakit jantung pada ibu
8. Ketidaksesuaian ukuran kepala janin dengan panggul ibu (*Cephalopelvic Disproportion/*CPD)

Ketuban yang pecah secara dini dapat terjadi karena lemahnya selaput ketuban, yang dapat dipicu oleh infeksi maupun oleh meningkatnya tekanan intrauterin. Di sisi lain, preeklampsia adalah salah satu komplikasi kehamilan yang ditandai oleh hipertensi, proteinuria, dan edema selama periode kehamilan (Muna, Suriani, & Rizma, 2025).

2.2.3 Patofisiologi Sectio Caesarea

Salah satu alasan untuk dilakukan tindakan sectio caesarea adalah halangan dalam proses melahirkan sebagai cara menyelamatkan ibu sekaligus janin. Setiap kondisi seperti polihidramnion, presentasi sungsang, gawat janin, plasenta

previa, atau kegagalan kemajuan persalinan memiliki risiko lebih tinggi jika persalinan tidak dioperasikan secara pervaginam, sehingga operasi dianggap sebagai pilihan yang lebih aman. Malformasi seperti polihidramnion memiliki hubungan dengan peningkatan insiden malpresentasi dan prolaps tali pusat yang membahayakan janin sehingga harus dilakukan sectio caesarea (Yohana Azhari K. Et al., 2023).

Persiapan rangkaian sebelum operasi itu sendiri meliputi pemeriksaan kondisi umum ibu, persiapan anestesi, serta tindakan pendukung seperti pemasangan infus dan pemasangan kateter. Pencukuran dinding abdomen dan uterus dilakukan dalam proses pengambilan janin beserta plasenta, yang merupakan tahap yang berpotensi menimbulkan komplikasi intraoperatif seperti perdarahan dan reaksi anestesi. Setelah menjalani persalinan dengan operasi caesar, biasanya terjadi masa nifas yang ditandai dengan perubahan hormon yang cukup signifikan.

Penurunan estrogen dan progesteron memicu kontraksi dan sekaligus involusi uterus untuk menghentikan perdarahan dan mengembalikan ukuran organ reproduksi, tetapi turut menimbulkan nyeri di area abdomen dan sejumlah respons fisiologis lainnya (statpearls, 2025). Demikian pula risiko komplikasi pasca operasi yang semakin tinggi jika dilakukan

tindakan pembedahan, mulai dari infeksi luka operasi, infeksi puerperal, perdarahan postpartum, apabila penanganannya tidak optimal (Nurjaya, 2022; Susilawati & Halim, 2018). Keperawatan yang komprehensif menjadi kebutuhan mendasar bagi ibu post sectio caesarea meliputi pemantauan kondisi umum, pencegahan komplikasi serta dukungan menyeluruh bagi proses pemulihan ibu tersebu

2.2.4 Tanda dan Gejala *Sectio Caesarea*

Wathina et al. (2023), mengungkapkan tanda dan gejala yang sering ditemukan pada ibu pasca operasi sectio caesarea meliputi:

1. Kehilangan darah yang signifikan selama proses pembedahan, sering mencapai ±700–1000 ml akibat tindakan bedah dan trauma jaringan.
2. Terpasangnya kateter urin pascapersalinan untuk memantau keluarnya urin pasien, yang merupakan prosedur umum setelah anestesi regional atau umum.
3. Nyeri pada area insisi abdomen yang dirasakan pasien sebagai akibat trauma bedah dan stimulasi sensorik jaringan.
4. Mobilitas pasien yang terbatas atau kesulitan bergerak pada awal masa pemulihan karena ketidaknyamanan dan nyeri pada luka operasi.

5. Keluar lokhia (darah nifas) pascapersalinan dengan volume yang bervariasi, namun umumnya masih dalam batas fisiologis normal.
6. Fundus uteri teraba pada tingkat yang lebih tinggi dari panggul karena proses involusi uterus yang masih berlangsung pada hari-hari pertama setelah operasi

2.2.5 Komplikasi *Sectio Caesarea*

Menurut penelitian Negese dan Belachew (2023), persalinan melalui sectio caesarea dapat menimbulkan berbagai komplikasi maternal yang sering terjadi, antara lain:

a. Terjadinya infeksi pada luka operasi sebagai komplikasi pasca sectio caesarea yang paling sering ditemukan.
b. Munculnya anemia postpartum yang disebabkan oleh kehilangan darah selama pembedahan serta respons inflamasi tubuh terhadap tindakan operasi.
c. Adanya perdarahan postpartum menimbulkan gangguan proses hemostasis setelah tindakan pembedahan.
d. Terbukanya kembali luka operasi atau gangguan dalam proses penyembuhan luka (dehisensi luka).
e. Timbulnya infeksi saluran pernapasan yang dapat terjadi sebagai dampak infeksi nosokomial pada masa pascapersalinan.

f. Munculnya komplikasi berat seperti fistula atau kegagalan fungsi organ yang disebabkan oleh infeksi berat dan sepsis.

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesarea*

Volume cairan berubah, ada perdarahan, ada terapi infus, ketiganya bisa menggeser kadar natrium dan kalium di tubuh pasien pascaoperasi. Angka laboratorium hanya sebagian ceritanya, pemeriksaan elektrolit serum menjawab lebih dari itu.Kontraksi uterus, fungsi otot, kondisi umum ibu, semuanya bisa terganggu kalau elektrolit tidak seimbang (Susilawati & Halim, 2018).

Entah saat operasi atau setelah persalinan usai, perdarahan tetap mengintai sebagai ancaman utama. Hemoglobin dan hematokrit sama-sama berisiko turun karenanya. Anemia, tubuh lemah, pemulihan yang melambat, itu konsekuensi yang bisa muncul kalau kondisi ini dibiarkan tanpa penanganan tepat (Nurjaya, 2022).

Ada satu pemeriksaan lagi yang tidak kalah penting, urinalisis. Proteinuria, glukosuria, tanda infeksi saluran kemih, semuanya bisa terdeteksi lewat cara ini. Kateter urin yang terpasang selama prosedur operasi justru meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pada ibu post SC (Susilawati & Halim, 2018).

2.2.7 Penatalaksanaan *Sectio Caesarea*

Menurut Paratami, Purwaningsih, dan Rofida (2023) serta Viyana, Hanifa, dan Darmi (2023), penatalaksanaan pasien post *sectio caesarea* di ruang rawat mencakup beberapa tindakan yang bertujuan untuk memantau kondisi pasien, mencegah komplikasi, serta mendukung proses pemulihan pasca pembedahan, yaitu:

a. Melakukan pemantauan tanda-tanda vital dan kondisi umum pasien secara berkala, meliputi pengukuran tekanan darah, nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan, serta observasi terhadap infus, drainase, dan kateter untuk mendeteksi komplikasi sedini mungkin.
b. Melaksanakan perawatan luka operasi dengan mengobservasi kondisi luka sayatan dan jahitan, memantau adanya perdarahan, kemerahan, nyeri, maupun pengeluaran cairan dari luka guna mencegah terjadinya infeksi hingga waktu pelepasan jahitan.
c. Menganjurkan mobilisasi dini, seperti latihan rentang gerak, latihan pernapasan dalam, dan batuk efektif, yang bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, mencegah gangguan pernapasan, serta mempercepat pemulihan fungsi tubuh.

d. Memberikan rehabilitasi sesuai kebutuhan pasien, baik secara fisik maupun fungsional, untuk membantu pasien kembali beraktivitas secara bertahap sesuai dengan kondisi pascaoperasi.
e. Melaksanakan perencanaan pulang (discharge planning) dengan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan luka di rumah, aktivitas yang dianjurkan dan dibatasi, pemenuhan nutrisi, serta tanda-tanda bahaya yang perlu segera dilaporkan selama masa pemulihan post *sectio caesarea*.

2.2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan *Sectio Caesarea*

2.2.3.1. Pengkajian Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara sistematis dan menyeluruh guna mengidentifikasi kondisi kesehatan serta kebutuhan pasien. Pada ibu post *sectio caesarea*, pengkajian dilakukan secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan obstetri untuk mendeteksi respons tubuh terhadap tindakan pembedahan serta kemungkinan komplikasi selama masa pemulihan (Hidayat & Uliyah, 2022; Rahmawati et al., 2023). Melalui pengkajian yang terstruktur dan akurat,

perawat dapat menetapkan diagnosis keperawatan serta merencanakan intervensi yang sesuai dengan kondisi ibu *Sectio Caesarea*

a. Pengkajian data kasar pasien

1. Identitas

   Identitas klien merupakan data dasar yang dikumpulkan pada tahap awal pengkajian, yang mencakup nama, usia, status pernikahan, pekerjaan, agama, tingkat pendidikan, suku, bahasa yang digunakan sehari-hari, sumber pembiayaan, tanggal masuk rumah sakit, waktu pelaksanaan pengkajian, serta alamat tempat tinggal klien (Wahyuningsih, 2019).

2. Keluhan utama

   Keluhan utama merupakan masalah yang paling dominan dirasakan klien saat dilakukan pengkajian, yang umumnya berupa rasa nyeri pada area bekas tindakan operasi, keluhan nyeri muncul saat pasien bergerak, badan lemah (Wahyuningsih, 2019).

3. Data riwayat

   Ketika klien masuk rumah sakit serta berbagai faktor yang dapat memengaruhi kondisi tersebut dan berkaitan dengan diagnosis yang sedang

dialami, sehingga perlu dikaji secara mendalam. Selain itu, perawat juga perlu mengidentifikasi adanya tanda dan gejala penyerta seperti peningkatan tekanan darah, mual atau muntah, perubahan berat badan, edema, pusing, diplopia, serta nyeri epigastrik (Wahyuningsih, 2019). Setelah seluruh data terkumpul, informasi tersebut disusun secara sistematis menggunakan pendekatan PQRST untuk memudahkan analisis nyeri.

P (*Paliatif atau Provokatif*)	Pengkajian nyeri perlu menilai apakah rasa nyeri berkurang saat klien beristirahat atau justru meningkat ketika melakukan aktivitas, serta mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat memperberat maupun mengurangi nyeri, seperti pergerakan, istirahat, atau penggunaan obat-obatan tertentu, termasuk keyakinan klien dalam mengatasi nyeri. Pada ibu nifas pasca sectio caesarea, nyeri umumnya dirasakan semakin meningkat saat bergerak, batuk, atau mengubah posisi tubuh, sedangkan intensitas nyeri cenderung menurun ketika ibu berada dalam kondisi istirahat (Lintina et al., 2023)
Q (*Qualitative dan Quantitative*)	Pengkajian kualitas nyeri bertujuan untuk mengetahui karakteristik nyeri yang dirasakan klien, apakah bersifat tumpul, tajam, atau seperti sensasi terbakar. Pada ibu pasca *sectio caesarea*, nyeri umumnya digambarkan sebagai rasa tertusuk-tusuk atau seperti tersayat pada area bekas tindakan operasi (Lintina et al., 2023)

R (*Region*)	Pengkajian lokasi nyeri dilakukan untuk mengetahui apakah nyeri bersifat terlokalisasi atau menjalar ke area lain. Pada ibu pasca *sectio caesarea*, nyeri umumnya dirasakan pada daerah insisi bekas operasi dan pada beberapa kasus dapat menyebar hingga ke area simfisis pubis (Lintina et al., 2023)
S (*Severity*)	Pengkajian intensitas nyeri bertujuan untuk menilai tingkat keparahan nyeri yang dirasakan klien dengan menggunakan skala numerik, umumnya berkisar antara 1 sampai 10, serta mengevaluasi sejauh mana nyeri tersebut memengaruhi kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Lintina et al., 2023)
T (*Time*)	Pengkajian waktu nyeri dilakukan untuk mengetahui kapan nyeri mulai dirasakan, durasi berlangsungnya nyeri, apakah nyeri muncul secara hilang timbul atau menetap, serta pola dan sifat nyeri yang dialami klien (Lintina et al., 2023)

4. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi meliputi informasi mengenai usia saat menarche, yang umumnya terjadi pada remaja putri berusia sekitar 10 hingga 16 tahun. Siklus menstruasi normal berkisar antara 28–35 hari dengan durasi perdarahan selama 3–7 hari. Siklus haid dinyatakan tidak normal apabila berlangsung kurang dari 21 hari atau lebih dari 40 hari. Secara fisiologis, darah menstruasi bersifat cair atau berlendir karena mengandung campuran darah, lendir, fragmen endometrium, serta sel-sel epitel vagina yang mengalami deskuamasi. Selama periode menstruasi, perempuan umumnya

kehilangan darah sekitar 30–100 ml, namun pada kondisi tertentu jumlah tersebut dapat meningkat hingga dua atau tiga kali lipat dari nilai normal (Ernawati et al., 2017).

5. Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan mencakup pengkajian terhadap kehamilan sebelumnya, jumlah anak yang masih hidup, serta riwayat abortus. Selain itu, perlu dikaji adanya komplikasi atau keluhan yang dialami ibu pada kehamilan terdahulu maupun kehamilan saat ini, rencana kehamilan selanjutnya, serta hasil pemeriksaan *antenatal care* (ANC) dan jenis imunisasi yang diperoleh selama masa kehamilan (Wahyuningsih, 2019).

6. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan meliputi pengkajian mengenai tanggal kelahiran, durasi proses persalinan, posisi janin, jenis persalinan yang dijalani, serta riwayat penggunaan obat-obatan selama persalinan. Selain itu, perawat juga perlu mengidentifikasi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi selama proses persalinan, keberadaan luka pada perineum, serta potensi risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan (Wahyuningsih, 2019).

7. Riwayat keluarga berencana (KB)

Riwayat keluarga berencana mencakup informasi mengenai penggunaan kontrasepsi sebelumnya, jenis alat kontrasepsi yang digunakan, waktu mulai pemakaian, serta adanya keluhan atau

masalah yang dialami selama penggunaan metode kontrasepsi tersebut (Wahyuningsih, 2019).

8. Pengkajian masa post partum

Pengkajian pada masa postpartum meliputi penilaian kondisi umum ibu, tingkat aktivitas setelah persalinan, karakteristik lokia, keadaan perineum, kondisi abdomen serta kontraksi uterus. Selain itu, perlu dikaji adanya tanda-tanda infeksi pada luka operasi maupun keluhan yang berkaitan dengan payudara (Wahyuningsih, 2019).

b. Pemeriksaan fisik pada ibu post partum *section caesarea*:

1. Keadaan umum

Ibu pasca *sectio caesarea* umumnya tampak lemah dan belum mampu melakukan mobilisasi secara optimal akibat pengaruh anestesi dan rasa nyeri yang masih dirasakan setelah tindakan pembedahan (Sari L., 2020).

2. Tingkat Kesadaran

Pada ibu setelah melahirkan pada umumnya berada dalam kondisi compos mentis. Namun, pada ibu postpartum pasca *sectio caesarea*, tingkat kesadaran dapat bervariasi tergantung kondisi klinis sebelum persalinan. Pada kasus kegawatan maternal, kesadaran ibu dapat menurun mulai dari *somnolen* hingga *delirium* (Wahyuningsih, 2019).

3. Perubahan berat badan

Setelah persalinan secara fisiologis ditandai dengan penurunan berat badan sekitar 5–6 kilogram, yang kemudian dapat berkurang kembali sebesar 3–5 kilogram dalam minggu pertama masa nifas (Ayati & Sulistyawati, 2017).

4. Tanda-tanda vital

   a) Suhu

      Pada ibu dengan post partum SC mungkin suhu tubuh akan ada di bawah normal, disebebkan karena ada gangguan termoregulasi akibat efek obat anastesi spinal (Sayuti, 2021).

   b) Tekanan darah

      Setelah proses persalinan tekanan darah dapat sedikit lebih rendah namun tidak sampai hipotensi, kemudian akan kembali normal setelah satu hari melahirkan. Pada ibu post SC umumnya akan memiliki tekanan darah normal namun tergantung dengan diagnosa ibu sebelum persalinan karena ajika ibu dengan diagnosa Preeklampsia tekanan darah kemungkinan masih berada di atas normal (Kusuma, 2022).

   c) Nadi

      Denyut nadi pada ibu dengan Post SC kemungkinan akan lebih cepat disebabkan oleh proses persalinan yang meningkatakna curah jantung (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

   d) Respirasi

Pada ibu dengan post SC mungkin akan mengalami peningkatan sekret namun ada yang berpengaruh pada kecepatan repirasi ibu dan ada yang tidak berpengaruh. Umumnya ibu akan memiliki kecepatan respirasi normal yaitu dalam rentang 18 sampai 22 kali per menit (Saraswat, 2015).

e) Saturasi

Pada ibu post SC mungkin akan terjadi penurunan saturasi oksigen paska anestesi, saturasi akan berada di rentang 96% sampai 97% tanpa di berikan nasal kanul. Hal tersebut berhubungan dengan efek anestesi pada fungsi paru (Silfianingsih, 2022).

5. Kepala

a) Rambut

Biasanya saat pemeriksaan fisik pada hari pertama *post op* di area rambut tidak ada keluhan yang spesifik. Seperti tidak adanya benjolan, kulit kepala bersih, rambut tidak rontok dan tidak ada ketombe. Namun kemungkinan keluhan rambut rontok akan muncul pada seminggu setelah melahirkan. Hal tersebut berhubungan dengan ketidak stabilan hormon setelah melahirkan (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

b) Mata

Pada pemeriksaan mata Ibu post *Sectio Caesarea* biasanya didapatkan data mata yang simetris, sklera tidak iktetik, terkadang

konjungtiva anemis dikarenakan proses persalinan yang mengalami pendarahan dan biasanya tidak ditemukan adanya pembengkakan pada kelopak mata (Sari.L, 2020).

c) Telinga

Pada pemeriksaan telinga telinga akan tampak simetris, bersih tidak ada kotoran telinga atau serumen, dan tidak ada kelainan pendengaran jika tidak ada penyakit yang berkaitan (Sari.L, 2020).

d) Hidung

Pada hidung biasanya lubang hidung simetris, tidak ada polip, kemungkinan ada sekret atau tidaknya tergantung pada kebersihan ibu dan tidak ada pernapasan cuping hidung (Sari.L, 2020).

e) Mulut dan gusi

Pada pemeriksaan mulut dan Gigi biasanya ibu post *Sectio Caesarea* mulut akan tampak bersih, mukosa bibir lembab, kelengkapan gigi dan karies Gigi tergantung pada riwayat ibu mengenai kesehatan giginya dan umumnya Ibu tidak akan mengalami kelainan bicara (Sari.L, 2020).

6. Leher

Pada leher ibu dengan post *sectio caesarea* tidak akan ditemukannya pembesaran kelenjar tiroid ataupun vena jugularis (Sari.L, 2020).

7. Thoraks (dada)

   a) Payudara

      Ppayudara akan ditemukan data hiperpigmentasi aerola mamae serta penonjolan dari papila mamae efek dari hormon kehamilan dan persalinan. Adanya nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu (Wulan, Tetty, & Devi, 2023). Pada *Post Op Day* 0 paska bedah sesar kemungkinan ibu masih belum bisa mengeluarkan ASI karena laktasi yang belum sempurna. Namun setelah dua hari kemudian ASI atau kolostrum biasanya akan keluar, kadang-kadang akan terasa penuh dan sakit disebabkan oleh bertambahnya peredaran darah ke payudara serta mulainya laktasi yang sempurna. Kolostrum atau ASI pertama yang keluar akan berwarna kuning. Kolostrum diproduksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk sistem imun bayi (Ayati & Sulistyawati, 2017).

   b) Paru-paru

      Pada paru-paru bentuk dada tidak akan ada yang berubah, dada pergerakannya simetris, pola napas tergantung keadaan ibu saat setelah persalinan dan umumnya tidak ada retraksi dada serta saat dipalpasi juga biasanya tidak ada nyeri tekan. Perkusi sonor dan

saaat di auskultasi kemungkinan ada ronkhi. Hal itu disebabkan pada ibu post SC mengalami penurunan fungsi paru selama proses operasi berlangsung karena efek anestesi yang dilakukan. Sekret yang meningkat akan menyebakan penumpukan sekret dalam jalan napas. Efek tersebutlah yang memungkinkan ibu akan merasa ingin batuk setelah melahirkan, saturasi akan menurun dan respirasi pernapasan normal (Silfianingsih, 2022).

c) Jantung

Pada pemeriksaan jantung ibu post partum SC biasanya tidak ada tanda tanda murmur jantung atau adanya suara jantung tambahan. Bentuk jantung biasanya normal dan tidak ada nyeri dada yang abnormal pada ibu. Irama jantung umunya normal bila tidak ada penyakit awitan pada ibu. Pada hari pertama post partum kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah akan meningkat hal tersebut akan berpengaruh terhadap peningkatan curah jantung. Denyut nadi akan sedikit meningkat namun masih berada di rentang normal yaitu 60-100 kali permenit. Jika denyut nadi lebih dari 100 kali permenit harus diwaspadai adanya infeksi (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

8. Abdomen

Pada saat pemeriksaan abdomen akan ditemukan luka jahitan *postop* ditutupi oleh perban. Bentuk luka di perngaruhi oleh jenis insisi yang dilakuakn saat operasi. Bila *sectio caesarea* dilakukan secara

longitudinal maka bentuk luka akan tegak atau vertikal dan jika sectio caesarea dilakukan secara transversal maka bentuk luka arah nya akan horizontal atau mendatar. Selain iru perlu dikaji pula mengenai tanda-tanda infeksi seperti: tumor, robor, dolor dan fungsiolesa (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).



Gambar 2. 1 Jenis Luka Sectio Caesarea
(Sirait, 2022).

Di permukaan abdomen biasanya akan di temukan ada *striae gravidarum*. *Striae gravidarum* adalah *stretch mark* yang di timbulkan karena adanya hiperpigmentasi karena proses hormonal dan peregangan semasa hamil. Setelah persalinan hormonal berkurang dan hiperpigmentasi berkurang sehingga striae akan menjadi putih dan disebut *striae albikan.* Namun tidak semua ibu memiliki *striae*, ada sebagain ibu yang tidak memiliki karena kebiasaan hidup sehat sebelumnya. Selain striae akan tampak linea alba atau garis putih yang beradak di sepanjang bagian depan perut yang nromalnya mempunyai lebar 15 mm di atas umbilikus dan 16mm di bawah umbilikus (Riza, et al., 2022). Normalnya kontraksi uterus yang baik pada palpasi akan teraba keras, jika kontraksi uterus

tidak baik pada palpasi akan terabak lembek dan pastinya akan terasa nyeri tekan pada luka post-op karena masih basah. Kontraksi uterus ini berhubungan dengan involusi uterus. Perubahan dalam involusi akan terjadi dengan cepat, setiap 24 jam fundus uteri akan menyusut dan normal nya akan berada di tengah anatar umbilikus dan simpisis pubis pada hari ke enam setelah merlahirkan. Sedangkan sehari paska persalinan TFU masih berada di setinggi pusat atau satu jari di bawah pusat (Riza, et al., 2022).

Pada ibu nifas dinding abdomen mengalami distensi yang berkepanjangan oleh kehamilan, dinding abdomen masih lukan dan kendur. Kondisi ini disebut *Diastasiss Rectus Abdominalis* yaitu pemisahan otot *rectus abdominis* lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat perngaruh hormon terhadap linea alba serta akibat peregangan mekanis dinding abdomen (Meilina & Aisyah, 2019). Pada ibu yang melahirkan secara *Sectio Caesarea* akan mengalami distensi abdomen, disebabkan oleh penurunan sistem gastrointestinal. Penurunan fungsi sistem gastrointestinal tersebut akan berpengaruh setelah proses operasi dimana ibu kemungkinan akan mengalami penurunan bising usus. Yang pada normalnhya bising usus akan terdengar 5-35 kali permenit (Ayati & Sulistyawati, 2017).

9. Genetalia

Pada area genetalia data yang perlu dikaji adalah tentang pengeluaran lochea di mana ibu post partum pada hari pertama itu masih tergolong lochea rubra yang berwarna merah kehitaman. Banyaknya pengeluaran lochea akan dipengaruhi oleh perdarahan ibu. Biasanya pada ibu post partum perineum cenderung kotor hal ini perlu menjadi perhatian untuk mengedukasi ibu dalam kebersihan perineum agar mengurangi resiko infeksi. Kemudian tingkat resiko terjadinya hemoroid pada ibu post SC cenderung rendah dibanding ibu dengan persalinan normal. Karena pada ibu persalinan spontan ibu cenderung harus mengejan yang menyebabkan pembuluh darah berdilatasi (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

10. Ekstremitas

Ibu dengan posisi akan mengalami gangguan mobilisasi setelah tindakan operasi karena masih ada efek anestesi 6 jam setelah anastesi kemungkinan gangguan mobilisasi masih tetap ada karena pasien merasakan nyeri di area operasi sehingga takut bergerak. Pemeriksaan ekstremitas bawah di awali dengan menginspeksi area kaki apakah ada oedem dan varises dengan cara dilihat dan di tekan beberapa detik. Oedem yang positif untuk ibu post partum dengan PEB harus diwaspadai karena bisa menjadi tanda masih adanya preeklampsia setelah melahirkan.

Pemeriksaan varises penting untuk ibu post partum, karena ibu setelah melahirkan memiliki kecenderungan unruk mengalami

varises. Hal ini disebabkan oleh hormonal. Kemudian dilakukannya pemeriksaan patella yang di lakukan pad alutut dipukul dengan tendon reflek hamer, respon normal berupa gerakan plantar flexi kaki. Dimana derajat reflek patella dipresentasikan secara simbolis dengan:

a. 4+ : Hiperaktif dengan klonus terus-menerus
b. 3+ : Hiperaktif
c. 2+ : Normal
d. 1+ : Hipoaktif
e. 0 : Tidak ada Refleks (Prawiroharjo, 2014).

Bila reflek lutut negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 dan bila berlebihan maka bisa jadi tanda preeklampsia dan bisa menjadi indikasi untuk pemberian MgSO4. Pemeriksaaan tanda homan juga dilakukan untuk melihat adanya resiko tromboflebitis yang dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksanya dengan memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

1. Nutrisi

Pada klien post *sectio caesarea*, biasanya mengalami mual dan muntah karena akibat dari efek obat anastesi (Meilina & Aisyah, 2019).

2. Eliminasi

Pada pasien post *sectio caesarea*, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB berupa konstipasi akibat penurunan peristalitik usus, dapat juga mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensio urine (Meilina & Aisyah, 2019).

3. Istirahat Tidur

Kemungkinan di dapatkan data klien yang mengeluh tidak bisa tidur karena mengalami nyeri, terjadi perubahan pola tidur dan lamanya tidur (Agustin, 2022)

4. Personal Hygine.

Personal hygine kemungkinan akan terganggu karena nyeri yang mengakibatkan keterbatasan gerak (Agustin, 2022).

d. Aspek psikologis

Kemungkinan ibu postpartum SC pada hari pertaman masih berada di fase *taking in,* ibu nifas akan berfokus terutama pada dirinya sendiri. Berulang kali akan menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir sebagai proses pengalaman yang membahagiakan (Riza, et al., 2022).

e. Aspek Sosial

Dikaji dengan hubungan sosialisasi antara klien dengan klien lain, tim kesehatan dan keluarga. Kemungkinan klien menarik diri, akibat rasa nyerinya (Ayati & Sulistyawati, 2017).

f. Aspek Spiritual

Dikaji tentang persepsi nyeri dan klien yang di hubungkan dengan kepercayaan yang dianut klien, apakah klien tampak tabah dalam situasi sekarang ini dengan berdoa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Wahyuningsih, 2019).

g. Aspek Pengetahuan

1. Pengetahuan tentang ibu

Pengetahuan tentang perawatan payudara, KB, cara menyusui, senam post partum, seksualitas (Wahyuningsih, 2019)

2. Pengetahuan tentang bayi

Pengetahuan perawatan bayi, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusat (Wahyuningsih, 2019)

h. Data Penunjang

1. Laboratorium, meliputi pemeriksaan darah lengkap, apabila leukosit meningkat kemungkinan di curigai adanya infeksi.
2. Hemoglobin kurang dari normal, menandakan adanya perdarahan.
3. Terapi meliputi obat-obatan yang di berikan untuk mempercepat proses penyembuhan, pemberian antibiotic untuk membunuh bakteri yang dapat menyebabkan infeksi dan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri yang di rasakan klien (Wahyuningsih, 2019).

2.3.3.2 Diagnosa Keperawatan

Berbagai permasalahan kesehatan dapat muncul baik secara aktual maupun potensial pada ibu post partum *sectio caesarea*. Berdasarkan hasil penelitian yang dikemukakan oleh Nurazizah & Rantesigi (2023)serta diperkuat oleh Wahyuningsi (2025), beberapa masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu setelah menjalani operasi sectio caesarea meliputi nyeri akut akibat insisi pembedahan, gangguan mobilitas fisik, serta hambatan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari selama masa pemulihan.

a. Nyeri akut akibat trauma pembedahan (D. 0077)
b. Gangguan mobilitas fisik karena kelemahan fisik akibat pembedahan (D. 0054)
c. Menyusui tidak efektif akibat adaptasi tubuh ibu post partum (D. 0029)
d. Defisit pengetahuan karena kurangnya pengetahuan ibu (D. 0111)
e. Risiko infeksi apabila tidak dilakukan perawatan luka dengan baik (D. 0142)

2.3.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan standar terbukti mampu meningkatkan ketepatan, efisiensi, serta efektivitas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Selain itu, penggunaan kosakata atau terminologi yang terstandar juga mendukung penerapan intervensi keperawatan secara elektronik dan berbasis komputer. Sistem tersebut dapat berfungsi sebagai basis data (database) yang bermanfaat dalam pengembangan penelitian serta praktik keperawatan

berbasis bukti, sehingga kontribusi perawat dalam pelayanan kesehatan menjadi lebih terlihat dan terukur (DPP PPNI, 2017)

Tabel 2.1Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Manajemen Nyeri (I.08238) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menrun b. Meringis menurun c. Sikap ptotektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Mual menurun g. Muntan menurun h. Pola makan membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) **Observasi** a. Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien. b. Menilai tingkat nyeri menggunakan skala nyeri yang sesuai. c. Mengamati respons nyeri nonverbal yang ditunjukkan pasien. d. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan faktor yang dapat mengurangi nyeri. e. Mengkaji pengetahuan dan keyakinan pasien terkait nyeri yang dialami. f. Menilai dampak nyeri terhadap kualitas hidup pasien. g. Memonitor efektivitas terapi komplementer yang telah diberikan. h. Memonitor adanya efek samping dari penggunaan analgesik. **Terapeutik**	a. Sebagai dasar untuk mengidentifikasi karakteristik nyeri sehingga dapat ditentukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. b. Sebagai indikator objektif dalam menentukan tingkat keparahan nyeri dan mengevaluasi efektivitas tindakan keperawatan. c. Membantu mengidentifikasi adanya nyeri melalui manifestasi nonverbal pada pasien yang mengalami keterbatasan dalam mengungkapkan keluhan. d. Sebagai dasar dalam mengidentifikasi faktor yang memengaruhi timbulnya maupun berkurangnya nyeri sehingga penatalaksanaan dapat dilakukan secara optimal.

			a. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk membantu mengurangi nyeri. b. Mengendalikan lingkungan yang dapat memperberat nyeri. c. Memfasilitasi pasien untuk beristirahat dan tidur dengan cukup. d. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam memilih strategi penatalaksanaan nyeri yang tepat. **Edukasi** a. Menjelaskan penyebab, periode, dan faktor pemicu nyeri kepada pasien. b. Menjelaskan berbagai strategi untuk mengurangi nyeri. c. Menganjurkan pasien untuk memantau nyeri secara mandiri. d. Menganjurkan penggunaan teknik nonfarmakologis dalam mengurangi nyeri. **Kolaborasi** a. Melakukan kolaborasi dalam pemberian analgesik sesuai indikasi dan kebutuhan pasien.	e. Mengetahui tingkat pengetahuan dan keyakinan pasien untuk menentukan kebutuhan edukasi mengenai manajemen nyeri. f. Mengetahui dampak nyeri terhadap fungsi fisik, psikologis, aktivitas sehari-hari, dan kualitas hidup pasien. g. Menilai efektivitas terapi komplementer sebagai bagian dari upaya pengendalian nyeri. h. Mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya efek samping penggunaan analgesik sehingga dapat segera dilakukan tindakan yang sesuai. i. Membantu menurunkan intensitas nyeri melalui stimulasi mekanisme penghambatan nyeri serta meningkatkan kenyamanan pasien. j. Menciptakan lingkungan yang kondusif sehingga rangsangan yang dapat memperberat persepsi nyeri dapat diminimalkan.

				k. Istirahat yang adekuat berperan dalam mengurangi kelelahan, meningkatkan toleransi terhadap nyeri, dan mempercepat proses penyembuhan. l. Pemilihan strategi penatalaksanaan yang sesuai dengan penyebab dan jenis nyeri akan meningkatkan efektivitas terapi. m. Meningkatkan pemahaman pasien mengenai kondisi yang dialami sehingga dapat mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepatuhan terhadap terapi. n. Meningkatkan kemampuan pasien dalam menerapkan strategi pengendalian nyeri secara mandiri. o. Membantu pasien mengenali perubahan intensitas nyeri sehingga memudahkan evaluasi perkembangan kondisi. p. Meningkatkan kemampuan pasien dalam memanfaatkan metode nonfarmakologis

				sebagai terapi pendukung untuk mengendalikan nyeri. q. Analgesik bekerja menghambat transmisi impuls nyeri sehingga intensitas nyeri dapat menurun.
2	Gangguan mobilitas fisik (D. 0054) berhubungan dengan efek Tindakan pembedahan ditandai dengan klien mengeluh sulit bergerak	**Mobilitas fisik meningkat**L.05042 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, mobilitas fisik klien meningkat, dengan kriteria hasil: a. Kemampuan berpindah posisi meningkat b. Rentang gerak meningkat c. Kekuatan otot meningkat d. Nyeri saat bergerak menurun e. Pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap	**Mobilitas Fisik (I. 05178)** **Observasi** a. Kaji kemampuan mobilisasi pasien b. Kaji rentang gerak dan kekuatan otot c. Observasi tingkat nyeri saat bergerak d. Pantau respon tubuh terhadap aktivitas (pusing, lemah) **Terapeutik** a. Bantu pasien melakukan perubahan posisi secara bertahap b. Anjurkan latihan rentang gerak pasif dan aktif c. Dampingi pasien saat duduk, berdiri, dan berjalan pertama kali d. Atur posisi tubuh yang nyaman dan aman e. Anjurkan mobilisasi dini sesuai toleransi pasien **Edukasi** a. Edukasi pentingnya mobilisasi dini pasca operasi	a. Mengetahui tingkat keterbatasan mobilitas pasien b. Menjadi dasar dalam menentukan tingkat dan tahapan mobilisasi c. Mencegah terjadinya komplikasi selama mobilisasi Perubahan posisi mencegah kekakuan sendi dan dekubitus d. Latihan ROM meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan otot e. Pendampingan mencegah jatuh dan cedera f. Mobilisasi dini mempercepat pemulihan pasca SC g. Pengetahuan meningkatkan kepatuhan dan motivasi pasien h. Teknik yang benar mencegah nyeri dan cedera i. Dukungan keluarga meningkatkan keberhasilan

		f. Ketergantungan terhadap bantuan berkurang	b. Ajarkan teknik bangun, duduk, dan berjalan yang aman c. Anjurkan pasien tidak takut bergerak selama sesuai anjuran d. Libatkan keluarga dalam membantu mobilisasi **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian analgesik sebelum mobilisasi b. Kolaborasi dengan dokter atau fisioterapis bila perlu	mobilisasi Nyeri yang terkontrol memudahkan pasien bergerak a. Kolaborasi membantu pemulihan mobilitas secara optimal
3	Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Tingkat Infeksi Menurun (L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 × 24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut: a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan meningkat c. Bengkak menurun d. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) **Observasi** a. Memonitor tanda dan gejala infeksi baik secara lokal maupun sistemik. **Terapeutik** a. Membatasi jumlah pengunjung untuk menurunkan risiko transmisi mikroorganisme. b. Memberikan perawatan kulit pada area edema guna mencegah kerusakan jaringan dan masuknya kuman. c. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien maupun lingkungan pasien.	a. Mendeteksi secara dini adanya tanda dan gejala infeksi sehingga dapat segera dilakukan penatalaksanaan yang tepat. b. Mengurangi risiko transmisi mikroorganisme dari lingkungan kepada pasien. c. Mempertahankan integritas kulit sehingga dapat mencegah masuknya mikroorganisme penyebab infeksi. d. Memutus rantai penularan mikroorganisme melalui penerapan kebersihan tangan yang benar. e. Mencegah terjadinya kontaminasi selama pelaksanaan

			d. Mempertahankan teknik aseptik, terutama pada pasien dengan risiko tinggi terjadinya infeksi. **Edukasi** a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi. b. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar sesuai prinsip kebersihan tangan. c. Mengajarkan etika batuk dan bersin yang benar untuk mencegah penyebaran kuman. d. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka secara mandiri. e. Menganjurkan peningkatan asupan nutrisi untuk mendukung proses penyembuhan. f. Menganjurkan peningkatan asupan cairan guna menjaga keseimbangan tubuh dan daya tahan tubuh. **Kolaborasi** a. Berkolaborasi dalam pemberian imunisasi sesuai indikasi dan kebu-tuhan pasien.	tindakan keperawatan sehingga risiko infeksi dapat diminimalkan. f. Meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam mengenali tanda dan gejala infeksi secara dini. g. Meningkatkan kepatuhan pasien dan keluarga dalam menerapkan kebersihan tangan sebagai upaya pencegahan infeksi. h. Mengurangi penyebaran mikroorganisme melalui droplet saluran pernapasan. i. Membantu mendeteksi perubahan kondisi luka yang mengarah pada terjadinya infeksi. j. Asupan nutrisi yang adekuat mendukung fungsi sistem imun dan mempercepat proses penyembuhan jaringan. k. Asupan cairan yang adekuat membantu mempertahankan keseimbangan cairan tubuh dan mendukung fungsi fisiologis selama proses penyembuhan.

				l. Pemberian imunisasi sesuai indikasi berperan dalam meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit tertentu
4	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak (D. 0029)	Status menyusui membaik (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam, diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : a. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat b. Kemampuan ibu mem-posisikan bayi dengan benar meningkat c. Miksi bayi lebih dari 8 kali?24jam meningkat d. Berat badan bayi meningkat e. Tetesan/ Pancaran ASI meningkat f. Suplai ASI adekuat meningkat g. Kepercayaan diri ibu meningkat h. Bayi tidur setelah me-nyusui meningkat	Edukasi Menyusui (I.12393) **Observasi** a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui **Terapeutik** b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan d. Berikan kesmpatan untuk bertanya e. Dukung ibu meningkatkan ke-percayaan diri dalam menyusui f. Libatkan sisitem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat **Edukasi** a. Berikan konseling menyusui	a. Menentukan kesiapan pasien dalam menerima informasi sehingga proses edukasi dapat berlangsung secara efektif. b. Menyesuaikan materi edukasi dengan kebutuhan, tujuan, dan motivasi pasien. c. Penyediaan media edukasi membantu meningkatkan pemahaman dan retensi informasi yang diberikan. d. Penjadwalan edukasi yang sesuai meningkatkan efektivitas proses pembelajaran. e. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengklarifikasi informasi yang belum dipahami. f. Meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam memberikan ASI kepada bayinya. g. Keterlibatan keluarga dan tenaga kesehatan memberikan dukungan emosional serta

		i. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat	b. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi c. Ajarkan 4 posisi menyusui dan pelekatan (latch on) dengan benar d. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis : memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	meningkatkan keberhasilan pemberian ASI. h. Konseling menyusui membantu mengatasi hambatan yang dialami ibu selama proses laktasi. i. Pengetahuan mengenai manfaat menyusui dapat meningkatkan motivasi ibu dalam memberikan ASI secara optimal. j. Posisi dan pelekatan yang benar meningkatkan efektivitas proses menyusui serta mencegah terjadinya trauma pada puting susu. k. Perawatan payudara postpartum membantu memperlancar produksi dan pengeluaran ASI serta mencegah bendungan ASI.
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D. 01090)	Perawatan diri meningkat (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : a. Kemampuan mandi meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I. 11348) **Observasi** a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia b. Monitor tingkat kemandirian c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihandiri, berpakaian, berhias, dan makan **Terapeutik**	a. Mengetahui kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri sesuai kondisi yang dialami. b. Menentukan tingkat ketergantungan pasien sebagai dasar pemberian bantuan yang sesuai.

		b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat c. Kemampuan makan meningkat d. Kemampuan ke toilet (BAB/ BAK) meningkat e. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) b. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) c. Dampingi dalam melakukan keperawatan diri sampai mandiri d. Fasilitasi untuk menerima keadaa ketergantungan e. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri f. Jadwalkan rutinitas perawatan diri **Edukasi** a. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan **Kolaborasi** a. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik sebelum waktu tidur bila diperlukan. b. Kolaborasi pemberian obat tidur sesuai indikasi medis.	c. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu untuk mendukung kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri. d. Lingkungan yang terapeutik dapat meningkatkan kenyamanan, rasa aman, dan privasi pasien selama melakukan perawatan diri. e. Ketersediaan perlengkapan pribadi memudahkan pasien dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri. f. Pendampingan secara bertahap membantu meningkatkan kemampuan pasien hingga mencapai kemandirian. g. Membantu pasien beradaptasi terhadap keterbatasan yang dialami selama proses pemulihan. h. Meningkatkan kemampuan fungsional pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. i. Rutinitas perawatan diri yang terjadwal membantu mempertahankan kebersihan

				diri dan mencegah terjadinya komplikasi. j. Pelaksanaan perawatan diri secara konsisten membantu mempertahankan status kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup pasien. k. Pengendalian nyeri sebelum waktu tidur meningkatkan kenyamanan dan kualitas istirahat pasien. l. Pemberian obat tidur sesuai indikasi medis membantu memenuhi kebutuhan istirahat apabila terdapat gangguan tidur yang memerlukan terapi farmakologi

2.3.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam proses keperawatan merupakan pelaksanaan rencana keperawatan yang telah disusun untuk menjawab kebutuhan dan masalah kesehatan klien dengan tindakan nyata yang terencana, bertujuan membantu klien mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya (Hadinata, 2022). Pada tahap ini, perawat mengubah rencana intervensi keperawatan menjadi tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung, termasuk pemberian perawatan, pemantauan respon klien, serta peninjauan ulang keadaan klien selama perawatan berlangsung, sehingga intervensi dilakukan secara efektif dan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (Hadinata, 2022).

2.3.3.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan bagian akhir dari proses keperawatan yang dilaksanakan secara terstruktur dan berkelanjutan untuk menilai tingkat pencapaian diagnosis keperawatan, intervensi, serta tindakan keperawatan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan. Pada tahap ini, perawat melakukan perbandingan antara *respons* dan kondisi klien yang diperoleh dengan kriteria hasil yang telah dirumuskan, sekaligus menilai efektivitas tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga dapat diketahui keberhasilan maupun ketidaksesuaian pada tahap pengkajian, perencanaan, dan pelaksanaan, serta menentukan perlunya penyesuaian atau perbaikan rencana asuhan keperawatan (Risnawati et al., 2023).

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), evaluasi dilakukan dengan mengukur indikator luaran yang telah ditetapkan berdasarkan kriteria hasil yang spesifik, terukur, dapat dicapai, realistis, dan berbatas waktu. Penilaian dilakukan dengan melihat perubahan status kesehatan klien melalui skala atau indikator yang sesuai dengan diagnosis keperawatan, misalnya penurunan intensitas nyeri, peningkatan kemampuan mobilisasi, atau membaiknya tanda-tanda vital. Hasil evaluasi kemudian dikategorikan sebagai tercapai, sebagian tercapai, atau belum tercapai, yang selanjutnya menjadi dasar dalam mempertahankan, memodifikasi, atau menghentikan intervensi keperawatan yang telah diberikan (PPNI, 2019).

2.2.4 Konsep Gangguan Mobilisasi Dini

2.2.1.1 Definsi Gangguan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan salah satu tindakan rehabilitatif yang dilakukan setelah pasien menjalani pembedahan dan telah sadar dari efek anestesi. Tindakan ini bertujuan untuk mempertahankan kemandirian pasien serta menjaga fungsi fisiologis tubuh melalui bimbingan dalam melakukan aktivitas gerak secara bertahap. Pelaksanaan mobilisasi dini diharapkan dapat meningkatkan kekuatan otot, melancarkan sirkulasi darah, meningkatkan daya tahan tubuh, serta membantu pemulihan fungsi fisiologis berbagai organ vital (Saputra et al., 2021).

Mobilisasi dini dapat berperan dalam menurunkan intensitas ketidaknyamanan pascaoperasi dengan mengalihkan fokus pasien dari area nyeri serta membantu meminimalkan proses inflamasi melalui penurunan aktivitas mediator kimia yang terlibat. Mekanisme ini memengaruhi respons saraf terhadap rangsangan nyeri dengan menghambat penghantaran impuls ke sistem saraf pusat, sehingga persepsi nyeri berkurang. Dengan demikian, penerapan mobilisasi dini secara tepat dapat membantu menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien (Afrilianti & Musharyanti, 2024).

Pemantauan terhadap pasien pasca sectio caesarea sangat diperlukan untuk menilai kesiapan pasien dalam melakukan mobilisasi. Sebelum mobilisasi dimulai, pasien perlu diberikan edukasi mengenai manfaat mobilisasi dini serta teknik pelaksanaannya yang tepat. Pelaksanaan mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, diawali dengan aktivitas ringan dan dilanjutkan dengan peningkatan intensitas sesuai dengan kondisi dan toleransi pasien.

2.2.4.2 Tujuan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini memiliki peranan penting dalam menunjang proses pemulihan pasien pascaoperasi. Menurut Santoso et al. (2022), mobilisasi dini bertujuan untuk:

a. Mencegah terjadinya komplikasi (pembekuan darah, pneumonia, dan infeksi luka)
b. Mencegah terjadinya depresi
c. Mengurangi rasa nyeri/tidak nyaman
d. Mempercepat kesembuhan luka dan memulihkan fungsi tubuh
e. Meningkatkan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan.

2.2.4.3 Manfaat Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini memberikan berbagai manfaat terhadap fungsi sistem tubuh pasien. Menurut Isnaini et al. (2023), manfaat mobilisasi dini meliputi:

a. Sistem Kardiovaskuler

   Mobilisasi dini bermanfaat untuk sistem kardiovaskuler, yaitu meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, menguatkan otot jantung, menurunkan tekanan darah dan memperbaiki aliran balik vena

b. Sistem Respiratorik

   Sistem respiratorik, untuk frekuensi dan kedalaman pernafasan dapat ditingkatkan, ventilasi alveolar dan pengembangan digfragma juga meningkat, serta bisa menurunkan kerja pernafasan

c. Sistem Metabolik

Dalam sistem metabolik dapat meningkatkan laju metabolisme basal, penggunaan glukosa dan asam lemak meningkat, pemecahan trigliserida, mobilisasi lambung dan produksi panas tubuh juga meningkat.

d. Sistem Muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal dapat memperbaiki tonus otot, mobilisasi sendiri dan toleransi otot untuk latihan meningkat, mengurangi kelemahan dan penyakit serta perasaan menjadi lebih baik.

2.2.4.4 Gangguan Mobilisasi Dini pada Ibu Post Sectio Caesarea

Gangguan mobilisasi dini pada ibu post Sectio Caesarea merupakan kondisi terhambatnya kemampuan ibu untuk melakukan pergerakan secara bertahap setelah tindakan pembedahan. Hambatan ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor fisik maupun psikologis yang dialami ibu selama masa pemulihan. Menurut Isnaini et al. (2023), beberapa faktor yang dapat menyebabkan gangguan mobilisasi dini pada ibu post SC antara lain:

a. Nyeri post operasi, yang cenderung meningkat saat ibu melakukan pergerakan sehingga menimbulkan ketidaknyamanan dan keengganan untuk bergerak.

b. Perasaan takut, terutama kekhawatiran jahitan operasi akan terbuka atau luka menjadi lebih parah ketika melakukan aktivitas.
c. Keluhan pusing atau lemas saat mencoba duduk atau berdiri, yang dapat menurunkan kepercayaan diri ibu untuk mulai bergerak.
d. Kurangnya pengetahuan mengenai manfaat dan pentingnya mobilisasi dini dalam mempercepat proses pemulihan.
e. Minimnya dukungan keluarga, baik secara fisik maupun emosional, yang dapat memengaruhi motivasi ibu untuk melakukan mobilisasi.

Dengan adanya faktor-faktor tersebut, mobilisasi dini pada ibu post SC sering kali tidak terlaksana secara optimal sehingga berpotensi memperlambat proses penyembuhan dan pemulihan fungsi tubuh.

2.2.4.5 Pengaturan Mobilisasi Dini Pada Ibu Post Sectio Caesarea

Pengaturan mobilisasi dini pada ibu post *Sectio Caesarea* merupakan bagian penting dalam asuhan keperawatan maternitas yang bertujuan untuk mempercepat pemulihan, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kemandirian ibu dalam beraktivitas. Menurut Isnaini, Sari, dan Sulastomo (2023), pelaksanaan

mobilisasi dini pada ibu post sectio caesarea dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti nyeri luka operasi, pengetahuan, motivasi, dan dukungan keluarga. Oleh karena itu, mobilisasi dini perlu direncanakan dan dilakukan secara bertahap serta disesuaikan dengan kondisi ibu.

2.2.4.6 Penatalaksanaan Mobilisasi Dini Pada Post Sectio Caesarea

Penatalaksanaan mobilisasi dini pada ibu post *Sectio Caesarea* (SC) merupakan salah satu intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mempercepat pemulihan fungsi tubuh serta menurunkan intensitas nyeri pascaoperasi. Menurut Uzlifatul, Oktaviyana, dan Nursaadah (2024), pasien post SC memerlukan perawatan yang maksimal untuk membantu proses pengembalian fungsi tubuh, salah satunya melalui penerapan mobilisasi dini secara terstruktur.

1. Pengkajian Awal

   Penatalaksanaan mobilisasi dini diawali dengan pengkajian kondisi ibu, meliputi tingkat nyeri, kondisi umum, dan kesiapan untuk bergerak. Dalam penelitian Uzlifatul et al. (2024), nyeri pascaoperasi dijelaskan sebagai akibat dari insisi pada dinding abdomen yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga

menimbulkan rasa nyeri dan keterbatasan aktivitas. Oleh karena itu, sebelum mobilisasi dilakukan, perawat perlu melakukan penilaian intensitas nyeri menggunakan alat ukur seperti *Numeric Rating Scale (NRS)* sebagaimana digunakan dalam penelitian tersebut.

2. Pelaksanaan Mobilisasi Dini

   Menurut Uzlifatul et al. (2024), mobilisasi dini dilakukan dalam rentang waktu 6–24 jam pascaoperasi sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku di rumah sakit. Mobilisasi dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi serta toleransi pasien

   Tahapan mobilisasi meliputi:

   a. Latihan gerak ringan di atas tempat tidur
   b. Perubahan posisi secara bertahap
   c. Latihan duduk
   d. Berdiri dan berjalan secara perlahan sesuai kemampuan

      Pelaksanaan dilakukan secara progresif untuk mencegah peningkatan nyeri atau kelelahan berlebihan.

3. Manajemen Nyeri dalam Mobilisasi

Mobilisasi dini juga berperan sebagai bagian dari manajemen nyeri nonfarmakologis. Berdasarkan hasil penelitian Uzlifatul et al. (2024), mobilisasi dini terbukti berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post SC dengan nilai p = 0,001, yang menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan secara statistik. Intervensi ini membantu memperlancar sirkulasi darah serta mendukung proses penyembuhan luka.

4. Evaluasi Pelaksanaan

Evaluasi dilakukan dengan membandingkan tingkat nyeri sebelum dan sesudah pemberian mobilisasi dini. Hasil penelitian Uzlifatul et al. (2024) menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri setelah dilakukan mobilisasi dini, sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi ini efektif dalam membantu proses pemulihan ibu post SC.

Mobilisasi dini pada pasien post *sectio caesarea* merupakan pergerakan yang dilakukan secara bertahap dalam 6–24 jam pertama setelah operasi, dimulai dari menggerakkan ekstremitas, miring kanan-kiri, duduk, hingga berjalan sesuai toleransi pasien (Yusuf et al., 2024). Edukasi diberikan kepada pasien bahwa meskipun terdapat nyeri pada luka insisi, mobilisasi dini tetap penting dilakukan karena dapat meningkatkan sirkulasi darah,

mencegah kekakuan otot, serta mempercepat pemulihan kondisi fisik.

Selain itu, mobilisasi dini terbukti efektif menurunkan intensitas nyeri pada pasien post SC, yang diukur menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) dengan hasil menunjukkan adanya penurunan nyeri yang signifikan setelah intervensi mobilisasi dini (Uzlifatul et al., 2024). Oleh karena itu, pasien perlu diedukasi bahwa nyeri pasca operasi adalah kondisi yang wajar, dan dengan melakukan mobilisasi secara teratur dan bertahap, rasa nyeri dapat berkurang sehingga aktivitas dan perawatan diri dapat dilakukan dengan lebih nyaman

2.2.4.7 Tahapan Mobilisasi Pada Post Sectio Caesarea

Menurut penelitian Yusuf et al. (2024) dan Uzlifatul et al. (2024), mobilisasi dini merupakan tindakan yang dilakukan pada pasien post *Sectio Caesarea* (SC) dalam waktu 6–24 jam pertama setelah operasi untuk membantu menurunkan intensitas nyeri dan mempercepat pemulihan. Mobilisasi dilakukan secara bertahap sesuai kondisi pasien, dimulai dari latihan ringan di tempat tidur hingga berjalan perlahan.

Tahapan Mobilisasi Dini Post SC:

a. Persiapan

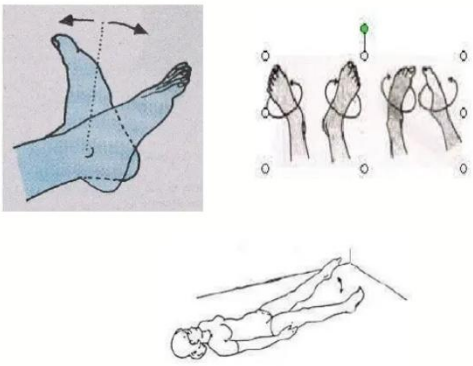
1 tanda vital dalam keadaan stabil

2 Jelaskan prosedur kepada pasien

3 Kaji tingkat nyeri menggunakan skala NRS

b. Latihan gerak ekstremitas (6–8 jam pertama)

1. Tekuk dan luruskan kaki secara bergantian
2. Lakukan 3 kali pengulangan dengan 8 hitungan setiap pengulangan
3. Lakukan gerakan fleksi dan ekstensi pergelangan kaki

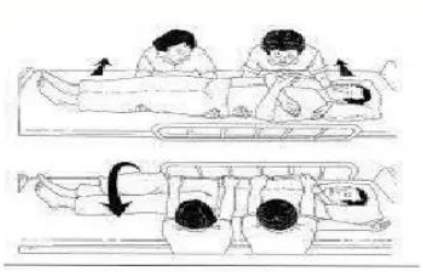


Gamabar 2. 2 Tahapan Mobilisasi Dini

(Rismawati, 2015)

c. Miring kanan dan miring kiri

1. Bantu pasien miring ke kanan ±15 menit
2. Bantu pasien miring ke kiri ±15 menit
3. Lakukan secara perlahan dan hati-hati



Gambar 2.3 Tahapan Mobilisasi Dini

(Rismawati, 2015)

d. Duduk di tepi tempat tidur

    1. Bantu pasien duduk secara bertahap
    2. Observasi respon nyeri dan kondisi umum

e. Berdiri dan ambulasi ringan

    1. Bantu pasien berdiri dengan pendampingan
    2. Anjurkan berjalan perlahan sesuai toleransi

2.2.4.8 Edukasi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pada pasien pasca Sectio Caesarea merupakan pergerak bertahap yang dilakukan dalam 6–24 jam pertama setelah operasi. Kegiatan ini dimulai dari latihan menggerakkan ekstremitas, perubahan posisi miring kanan dan kiri, dilanjutkan duduk, hingga berjalan sesuai kemampuan dan toleransi pasien (Yusuf et al., 2024) Saat pelaksanaannya, perawat berperan penting dalam memberikan edukasi mengenai tujuan serta manfaat mobilisasi dini.

Pasien perlu memahami bahwa walaupun terdapat nyeri pada area insisi, mobilisasi tetap aman dan krusial karena

membantu melancarkan sirkulasi darah, mencegah kekakuan otot, serta mempercepat proses pemulihan. Temuan Uzlifatul et al. (2024) juga menunjukkan bahwa mobilisasi dini efektif menurunkan intensitas nyeri pada pasien pasca Sectio Caesarea yang diukur menggunakan Numeric Rating Scale (NRS), dengan hasil berupa penurunan nyeri yang signifikan setelah intervensi.

Maka dengan demikian, edukasi perlu menegaskan bahwa nyeri pascaoperasi merupakan respons normal tubuh terhadap tindakan pembedahan. Melalui mobilisasi teratur dan bertahap sesuai anjuran tenaga kesehatan, nyeri dapat berkurang sehingga pasien lebih percaya diri untuk bergerak dan mampu memenuhi kebutuhan aktivitas serta perawatan diri secara mandiri.