

BAB II

TINJAUAN PUSTAKAN

A. PERSALINAN

1. Definisi

Persalinan adalah tahap alami, menandakan kelahiran bayi cukup hampir cukup bulan. Proses ini melibatkan serangkaian kejadian yang kompleks, dimulai dengan kontraksi rahim dan diakhiri oleh pengangkatan bayi, plasenta, dan selaput janin dari tubuh ibu. Metode melahirkan dapat terjadi melalui dua metode utama, persalinan normal melalui vagina secara alami dan *sectio caesarea* operasi bedah untuk mengeluarkan bayi melewati insisi perut serta rahim. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi atau yang biasa kita sebut sebagai janin atau bayi dalam kandungan. Prosesnya bisa jadi hal yang membahagiakan karena menjadi ujung dari penantian selama 9 bulan. Namun ia juga bisa sekaligus menakutkan dan melelahkan karena prosesnya membutuhkan banyak kesabaran. (dr. Rizal Fadli, 2024).

2. Etiologi

Definisi persalinan menurut *World Health Organization* (WHO) mengartikan persalinan sebagai suatu proses spontan berisiko rendah sejak awal hingga berakhirnya persalinan. Pada rentang usia gestasi 37 hingga 42 minggu penuh, janin dilahirkan secara spontan dalam posisi

presentasi belakang kepala, diikuti dengan kondisi ibu maupun bayi yang sehat pascamelahirkan. Mekanisme pasti yang memicu awal persalinan hingga kini belum sepenuhnya terkuak. Namun, kemunculan kontraksi uterus (his) serta masuknya fase persalinan dapat dijelaskan melalui beberapa hipotesis:

a. Teori penurunan kadar progesteron

Keseimbangan progesteron sangat krusial selama masa kehamilan. Jika kadar progesteron meningkat maka progesteron bekerja meningkatkan kepekaan otot rahim. Sekitar 7–14 hari sebelum persalinan, terjadi penurunan kadar progesteron yang kemudian merangsang his, memicu kontraksi uterus, serta membukanya leher rahim.

b. Teori oksitosin

Penurunan kadar progesteron di akhir masa kehamilan berimbas pada meningkatnya oksitosin di area desidua dan miometrium. Peningkatan ini menstimulasi sekresi prostaglandin yang menjadi pemicu kontraksi rahim. Kendati kadar oksitosin maternal relatif konstan dan rendah sebelum masa partus, aktivitas produksinya oleh hipofisis ibu mengalami lonjakan pesat pada kala 1.

c. Keregangan otot-otot

Miometrium atau jaringan otot rahim pada dasarnya memiliki kapasitas elastisitas hingga batas tertentu. Seiring dengan progresivitas

persalinan dan pertumbuhan ukuran uterus, otot-otot tersebut akan mengalami peregangan yang semakin intensif. Ketika batas ambang peregangan tersebut terlampaui, rahim secara otomatis akan meresponsnya dengan membangkitkan kontraksi.

d. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua

Tingginya kadar substansi pada ketuban cairan amnion dan darah perifer ibu hamil baik sebelum maupun ketika persalinan menjadi stimulus kunci bagi permulaan persalinan.

3. Tanda Tanda Persalinan

1) Adanya kontraksi rahim kontraksi uterus

Otot rahim membutuhkan periode relaksasi yang esensial sebagai waktu istirahat. Durasi kontraksi pada persalinan aktif berkisar antara 45–90 detik (rerata 60 detik), sementara pada awal persalinan hanya berlangsung 15–20 detik. Frekuensi dari kontraksi ini dihitung berdasarkan durasi antara permulaan kontraksi yang satu hingga dimulainya kontraksi berikutnya.

2) Keluarnya lendir bercampur darah (*blood slim*)

Blood slim umumnya dikenali sebagai lendir bertekstur pekat yang bercampur dengan darah, sehingga krusial untuk dibedakan secara teliti dari kondisi perdarahan murni. Kemunculan flek darah ini biasanya terjadi dalam rentang beberapa hari menjelang proses persalinan.

3) Keluarnya air ketuban

Peristiwa penting menjelang kelahiran bayi adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan kehamilan, bayi tumbuh dengan aman di dalam cairan amnion. Keluarnya cairan ketuban dalam volume yang besar tersebut terjadi karena kantung ketuban robek akibat rangsangan kontraksi rahim yang semakin sering terjadi.

4) Penipisan dan pembukaan serviks

Proses penipisan (*effacement*) mendahului fase pembukaan (*dilatasi*) serviks. Pada tahap awal, aktivitas miometrium difokuskan untuk mencapai penipisan serviks tersebut, setelah fase ini tuntas, kontraksi uterus selanjutnya akan memicu dilatasi serviks yang berlangsung lebih cepat. Terbukanya leher rahim ini merupakan bentuk respons fisiologis terhadap rangsangan kontraksi yang semakin meningkat. (Santika, Y. 2021).

B. DEFINISI *SECTIO CAESAREA*

1. Definisi

Sectio Caesarea adalah salah satu metode persalinan yang dilakukan dengan bantuan jalan lahir melalui tindakan pembedahan berupa sayatan pada dinding perut (*laparotomi*) dan dinding rahim (*histerotomi*) untuk mengeluarkan janin, plasenta, dan selaput ketuban (Medscape, 2024). Prosedur ini umumnya dilakukan ketika persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan atau memiliki risiko tinggi bagi ibu

maupun janin akibat kondisi obstetri tertentu, seperti fetal distress, disproporsi sefalopelvik, kelainan letak janin, atau komplikasi medis lainnya (PMC, 2022). *Sectio Caesarea* juga digolongkan sebagai suatu proses persalinan bua tan, yaitu kelahiran janin melalui insisi pada dinding *abdomen* dan uterus yang dapat dilakukan secara elektif maupun emergensi, dengan pertimbangan untuk mencegah morbiditas serta mortalitas ibu dan bayi (Jurnal IAKMI Kudus, 2023). Selain itu, peningkatan angka tindakan *Sectio caesarea* di berbagai negara menunjukkan bahwa prosedur ini menjadi salah satu intervensi obstetri yang paling sering digunakan dalam praktik klinis modern, baik karena alasan medis maupun non-medis (Frontiers in Public Health, 2025).

2. Anatomi dan fisiologi *casectio caesrea*



Gambar 2.1 anatomi *sectio caesarea*

Sumber : (Cundingham,2014)

a. Dinding abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda Kulit, jaringan subkutan, otot dan fascia, peritoneum. (Cunningham, 2014).

1) Kulit

Garis *Langer* menggambarkan orientasi serat-serat dermis di dalam struktur kulit. Khusus pada bagian dinding anterior abdomen, susunan serat tersebut berposisi secara transversal. Oleh karena itu, tindakan sayatan atau insisi kulit secara vertikal akan memicu peningkatan tegangan lateral, yang pada akhirnya berdampak pada terbentuknya jaringan parut dengan ukuran yang lebih lebar.

2) Jaringan subkutan

Struktur lapisan ini terbagi menjadi bagian permukaan yang sebagian besar berupa jaringan lemak (*fasia Camper*) dan bagian yang lebih dalam berupa lapisan membran (*fasia Scarpa*). Kedua bagian ini sebenarnya tidak terpisah secara mutlak, melainkan terhubung sebagai satu kesatuan jaringan subkutan yang kontinu bersama otot serta fascia.

a) Otot otot yang menyusun dinding anterior perut

(1) Rektus abdominalis

(2) Piramidalis

b) Struktur otot pada dinding lateral abdomen terdiri dari

(1) Otot oblik eksternal abdomen (*obliquus abdominis externus*)

(2) Otot transversus abdomen (*transversus abdominis*)

(3) Otot oblik internal abdomen (*obliquus abdominis internus*).

3) Peritoneum

Sayatan dibuat sedekat mungkin dengan area umbilikus guna menghindari risiko cedera pada vesika urinaria yang kerap berposisi lebih tinggi, khususnya pada kasus partus lama. Guna mencegah trauma di bawah lapisan peritoneum, dokter bersama perawat melakukan penjepitan peritoneum memakai klem pada dua titik secara bergantian. Sesudah peritoneum terbuka melalui insisi, jari perawat tau kombinasi jari operator dan asisten diselipkan di bawahnya melalui celah sayatan secara vertikal, baik ke arah superior maupun inferior. Mengingat jaringan luka pada dinding perut jauh lebih rentan terhadap trauma mekanis dan kolonisasi infeksi jika dibandingkan dengan peritoneum, maka bagian *peritoneum parietale* dianjurkan untuk diklem menggunakan kain penutup area tindakan operasi (*drape*).

4) Insisi perut (*abdomen*)

Teknik sayatan vertikal *linea mediana infraumbilikal* merupakan prosedur insisi dengan kecepatan eksekusi tertinggi. Panjang sayatan perlu disesuaikan dengan estimasi ukuran janin agar proses evakuasi bayi dapat berlangsung dengan lancar dan mudah. Tahap diseksi tajam dikerjakan setinggi selubung rektus anterior, yang kemudian dipisahkan dari jaringan lemak subkutan guna mengekspos fascia selebar kurang lebih

2 cm pada area *linea mediana*. Selanjutnya, *fascia transversalis* beserta lemak praperitoneal dibedah secara cermat, baik melalui metode tumpul maupun dengan cara mengelevasi memakai dua *hemostat* berjarak sekitar 2 cm. Lipatan peritoneum yang berada di antara klem tersebut kemudian diperiksa serta dipalpasi secara saksama guna memastikan tidak ada perlengketan organ seperti omentum, usus, maupun vesika urinaria.

5) Insisi uterus

Pembuatan sayatan vertikal pada uterus diawali menggunakan pisau bedah (*skapel*) serendah mungkin, yang disesuaikan dengan tingkat penipisan pada segmen bawah rahim. Apabila ditemukan kendala seperti perlekatan jaringan yang tidak memadai, adanya massa tumor, atau kondisi plasenta perkreta yang menyulitkan pembentukan *bladder flap*, maka insisi terpaksa dilakukan lebih tinggi dari posisi kandung kemih. Sesudah *skapel* menembus dinding rahim, sayatan diperlebar ke arah kranial menggunakan gunting kassa sampai ukurannya memadai untuk proses evakuasi bayi. Prosedur ini dikenal sebagai insisi klasik, yakni sayatan vertikal menembus korpus uteri di atas segmen bawah rahim hingga mencapai fundus uteri. Meskipun demikian, untuk mayoritas tindakan *sectio caesarea*, teknik insisi secara melintang (*transversal*) jauh lebih direkomendasikan karena lebih mudah dijahit, berada pada area yang memiliki risiko lebih rendah untuk mengalami ruptur pada kehamilan berikutnya, serta tidak memicu risiko perlekatan usus atau

omentum pada garis bekas luka operasi.

6) Penjahitan uterus

Begitu plasenta lahir, organ uterus dapat dikeluarkan (*eksteriorisasi*) melalui celah insisi ke atas dinding perut yang telah dilapisi kain steril, sementara bagian fundus ditutup menggunakan kassa laparotomi basah. Walaupun sebagian klinisi memilih untuk menghindari langkah ini, tindakan eksteriorisasi uterus umumnya memberikan manfaat yang jauh melampaui risikonya. Sebagai contoh, kondisi rahim yang mengalami atonia atau relaksasi dapat segera terdeteksi untuk kemudian diberikan tindakan masase. Selain itu, area sayatan serta sumber perdarahan menjadi lebih mudah dievaluasi dan ditangani, khususnya apabila terjadi robekan yang meluas ke arah lateral. Organ adneksa juga tampak lebih jelas, sehingga prosedur sterilisasi tuba dapat dieksekusi dengan lebih praktis. Berdasarkan berbagai evaluasi terhadap tindakan pada persalinan sesar di bawah pengaruh analgesia regional, eksteriorisasi rahim sebelum penjahitan terbukti tidak meningkatkan angka morbiditas demam maupun volume kehilangan darah.

b. Penutupan perut (*abdomen*)

Seluruh bekuan darah dikeluarkan, sementara bagian *sulci paracolic* serta *culdesac* dibersihkan secara perlahan dari sisa darah dan cairan amnion menggunakan alat *suction*. Sesudah proses penghitungan spons serta perangkat bedah dinyatakan lengkap dan akurat, tahapan penutupan

dinding abdomen mulai dikerjakan. Kendati demikian, apabila didapati adanya distensi usus pada area insisi, prosedur penutupan.

3. Klasifikasi

Menurut (Sagita, 2019) terdapat tiga klasifikasi *sectio caesarea* yaitu:

1) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Prosedur *sectio caesarea* ini melibatkan tindakan sayatan pada area segmen bawah rahim. Pembuatan insisi di bagian bawah uterus tersebut dapat dilakukan melalui teknik melintang (*transversal*) ataupun membujur (*longitudinal*). Berbagai keunggulan dari metode pembedahan ini meliputi:

- a) Perdarahan pada luka sayatan tidak banyak mengeluarkan darah
- b) Risiko peritonitis kecil

Memiliki probabilitas risiko peritonitis yang tergolong rendah.

Selain itu, struktur jaringan pada segmen bawah rahim umumnya kokoh, sehingga memperkecil peluang terjadinya ruptur uteri di kemudian hari. Kondisi ini didukung oleh karakteristik masa nifas, di mana segmen bawah uterus tidak berkontraksi secara masif seperti halnya bagian korpus uteri, yang memungkinkan proses penyembuhan luka insisi berlangsung secara lebih optimal.

2) *Sectio caesarea* korporal/klasik

Pada metode ini, tindakan pembedahan dikerjakan dengan membuat sayatan vertikal di bagian tengah korpus uteri sepanjang kurang lebih 10 hingga 12 cm, dengan batas ujung inferior berada tepat di atas batas *plika*

vesikouterina. Prosedur ini dipilih apabila terdapat hambatan teknis untuk melaksanakan *sectio caesarea transperitonealis profunda*, misalnya akibat perlekatan erat antara uterus dan dinding perut yang dipicu oleh riwayat operasi caesarea sebelumnya.

3) *Sectio caesarea* ekstra peritoneal

Tindakan *sectio caesarea* jenis ini kerap dipilih guna menekan risiko infeksi *puerperalis*. Kendati demikian, berkat perkembangan pesat dalam bidang farmakoterapi dan penanganan infeksi modern, prosedur pembedahan tersebut kini menjadi sangat jarang diaplikasikan karena tingkat kerumitan teknik operasinya yang tergolong tinggi.

4. Etiologi

1) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Tindakan *sectio caesarea* (SC) salah satunya diindikasikan oleh kondisi Ketuban Pecah Dini (KPD), yakni robeknya selaput ketuban sebelum proses persalinan aktif (*inpartu*) atau saat pembukaan serviks masih di bawah 4 cm (fase laten). Peristiwa ini dapat timbul menjelang akhir kehamilan maupun jauh hari sebelum hari perkiraan lahir. Khusus untuk usia kehamilan di bawah 37 minggu, kondisi tersebut dikategorikan sebagai KPD preterm. Berbagai komplikasi berbahaya seperti asfiksia, sepsis, hingga hipoplasia paru menjadi pemicu tingginya angka kematian perinatal akibat KPD. Terbukanya proteksi ketuban memicu kontak langsung antara cavum uteri dan dunia luar,

sehingga patogen lebih mudah masuk dan memicu infeksi asenden. Oleh karena itu, tata laksana yang cepat dan akurat sangat krusial, meliputi pemberian antibiotik serta evaluasi waktu terminasi kehamilan. Mengingat riwayat KPD berpotensi besar untuk terulang pada kehamilan berikutnya, langkah-langkah preventif perlu dipersiapkan sejak dini. (Awi, Darmawati, and Hermawati 2022).

2) Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)

Disproporsi Kepala Panggul (DKP) atau *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) merupakan indikasi mutlak dilakukannya tindakan *sectio caesarea* (SC). Persalinan normal melalui jalur lahir tidak dapat ditempuh pada kasus DKP akibat keterbatasan ukuran panggul, dimensi janin yang berlebihan, ataupun perpaduan di antara keduanya, pemaksaan persalinan pervaginam tentu berisiko memicu berbagai komplikasi berat bagi ibu maupun bayi. Sebagian besar ibu bersalin dengan diagnosis CPD yang harus menjalani operasi sesar darurat (*cito*) merupakan pasien rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, seperti puskesmas dan klinik bidan, akibat munculnya penyulit selama proses persalinan. (Tambuwun, Natalia, and Muharni 2023)

3) Preeklampsia Berat (PEB)

Preeklampsia berat diklasifikasikan sebagai sindrom khusus yang muncul setelah usia gestasi melewati 20 minggu, ditandai oleh penurunan perfusi organ akibat vasospasme serta aktivasi endotel. Secara umum,

preeklampsia merupakan gangguan spesifik dalam masa kehamilan yang diidentifikasi melalui lonjakan tekanan darah serta munculnya proteinuria. Kondisi ini mencakup manifestasi klinis berupa trias gejala yang kerap dialami wanita saat mengandung, melahirkan, hingga periode nifas, yakni hipertensi, proteinuria, serta edema (Aprina and Puri, 2016). Mayoritas ibu bersalin yang mengalami Preeklampsia Berat (PEB) harus menjalani tindakan *sectio caesarea cito* (operasi caesarea darurat). Mengingat PEB berisiko tinggi mengancam keselamatan ibu dan bayi, penegakan diagnosis tersebut menuntut tindakan persalinan melalui operasi sesar segera, disertai pengawasan medis yang sangat ketat baik selama prosedur operasi maupun pada fase pascatindakan. operasi. (Tambuwun et al. 2023).

4) Riwayat *Sectio Caesarea*

Riwayat operasi sc (*sectio caesarea*) dikategorikan sebagai indikasi relatif dalam penentuan metode persalinan berikutnya. Ibu hamil yang memiliki rekam jejak persalinan dengan *sectio caesarea* umumnya menghadapi keterbatasan untuk melahirkan secara normal pervaginam. Berdasarkan temuan analisis distribusi frekuensi, teridentifikasi berbagai faktor pemicu tindakan operasi sesar. Pengalaman persalinan terdahulu memegang peranan yang sangat krusial dalam menentukan arah persalinan pada kehamilan-kehamilan selanjutnya. Pelaksanaan *sectio caesarea cito* pada ibu dengan riwayat operasi sesar sebelumnya sebagian

besar dipengaruhi oleh faktor usia, paritas, serta kemunculan komplikasi tertentu. Di sisi lain, apabila kondisi ibu dan janin berada dalam keadaan stabil tanpa ancaman darurat, tindakan *sectio caesarea* dapat dijadwalkan secara terencana pada waktu yang lebih tepat. (Awi et al. 2022).

5) Faktor Hambatan Jalan Lahir

a) Gawat janin

Kondisi gawat janin (*fetal distress*) timbul akibat defisiensi pasokan oksigen maupun nutrisi selama bayi berada di dalam rahim. Keadaan ini tidak boleh diabaikan karena menuntut penanganan serta intervensi medis yang cepat dan tanggap secara langsung dari tenaga kesehatan.

b) Malpresentasi

Keadaan ini merujuk pada situasi di mana bagian anatomi janin selain kepala bagian belakang (*vertex*) yang terlebih dahulu memasuki pintu atas panggul (*pelvic inlet*).

c) Malposisi kedudukan janin

Kondisi ini didefinisikan sebagai presentasi verteks dengan bagian anterior yang gagal mengalami fleksi secara optimal—seperti terjadinya defleksi kepala, posisi oksipitolateral, maupun oksipitoposterior di mana letak oksiput berfungsi sebagai titik penentu orientasi posisi janin.

d) Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil kondisi darurat ini terjadi ketika tali pusat bayi mengalami penurunan posisi mendahului bagian terendah janin, sehingga menghalangi jalur lahir atau bahkan keluar mendahului tubuh bayi.

e) Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

Prosedur ekstraksi vakum pada dasarnya diterapkan untuk mempermudah jalannya persalinan pervaginam. Namun, apabila tindakan tersebut mengalami kendala atau kegagalan, maka langkah penanganan wajib dialihkan ke tindakan operasi *sectio caesarea*.

- a. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
- b. Panggul sempit
- c. Dispori sefalopelvik : yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul
- d. Rupture uteri mengancam
- e. Partus lama (prolonged labor)
- f. Partus tak maju (obstructed labor)
- g. Distoria servikal
- h. Preeklamsia
- i. Malpresentasi janin
- j. Letak lintang
- k. Letak sungsang

- l. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)
- m. Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
- n. Gemelli

(Khofidatun Rofiah, 2024)

5. Patofisiologi

Persalinan yang tidak dapat berlangsung secara spontan atau normal sering kali dipicu oleh berbagai kondisi patologis, seperti preeklampsia, distosia serviks, KPD, malpresentasi janin, partus lama, persalinan macet, risiko ruptur uteri, panggul sempit, disproporsi sefalopelvik (CPD), plasenta previa sentral maupun lateral, serta berbagai hambatan obstetri lainnya. Berbagai situasi darurat ini mengharuskan tindakan penyelamatan melalui pembedahan *sectio caesarea* (SC). Selama prosedur operasi berlangsung, efek anestesi membuat pasien kehilangan kemampuan bergerak, yang berpotensi memunculkan masalah intoleransi aktivitas. Di samping itu, kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik dapat memicu kecemasan karena pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri. Defisit perawatan diri juga rentan terjadi apabila pasien kekurangan informasi yang memadai terkait tahapan pemulihan serta tata cara perawatan pascabedah. Di sisi lain, pembuatan sayatan pada dinding abdomen selama pembedahan mengakibatkan terganggunya jaringan sekitar, pembuluh darah, serta serabut saraf. Kondisi ini memicu pelepasan histamin dan prostaglandin yang bermanifestasi sebagai sensasi nyeri akut hebat. Setelah tindakan selesai, area

insisi akan ditutup, namun tetap berisiko mengalami infeksi apabila perawatannya tidak dilakukan secara higienis dan sesuai prosedur medis. (Darmayaningsih & Kamaruddin, 2021 dalam Prasetyani, 2024).Komplikasi Menurut Chamberlain, (2012), komplikasi section caesarea yaitu:

a. Hemoragi

Kondisi perdarahan hebat ini merupakan komplikasi paling berat yang umumnya bersumber dari area insisi rahim ataupun pada kasus plasenta previa.

b. Infeksi

Pemberian antibiotik profilaksis umumnya diindikasikan pada prosedur *sectio caesarea*, terlebih apabila tindakan pembedahan tersebut dilakukan setelah selaput ketuban mengalami pecah ketuban.

c. Thrombosis

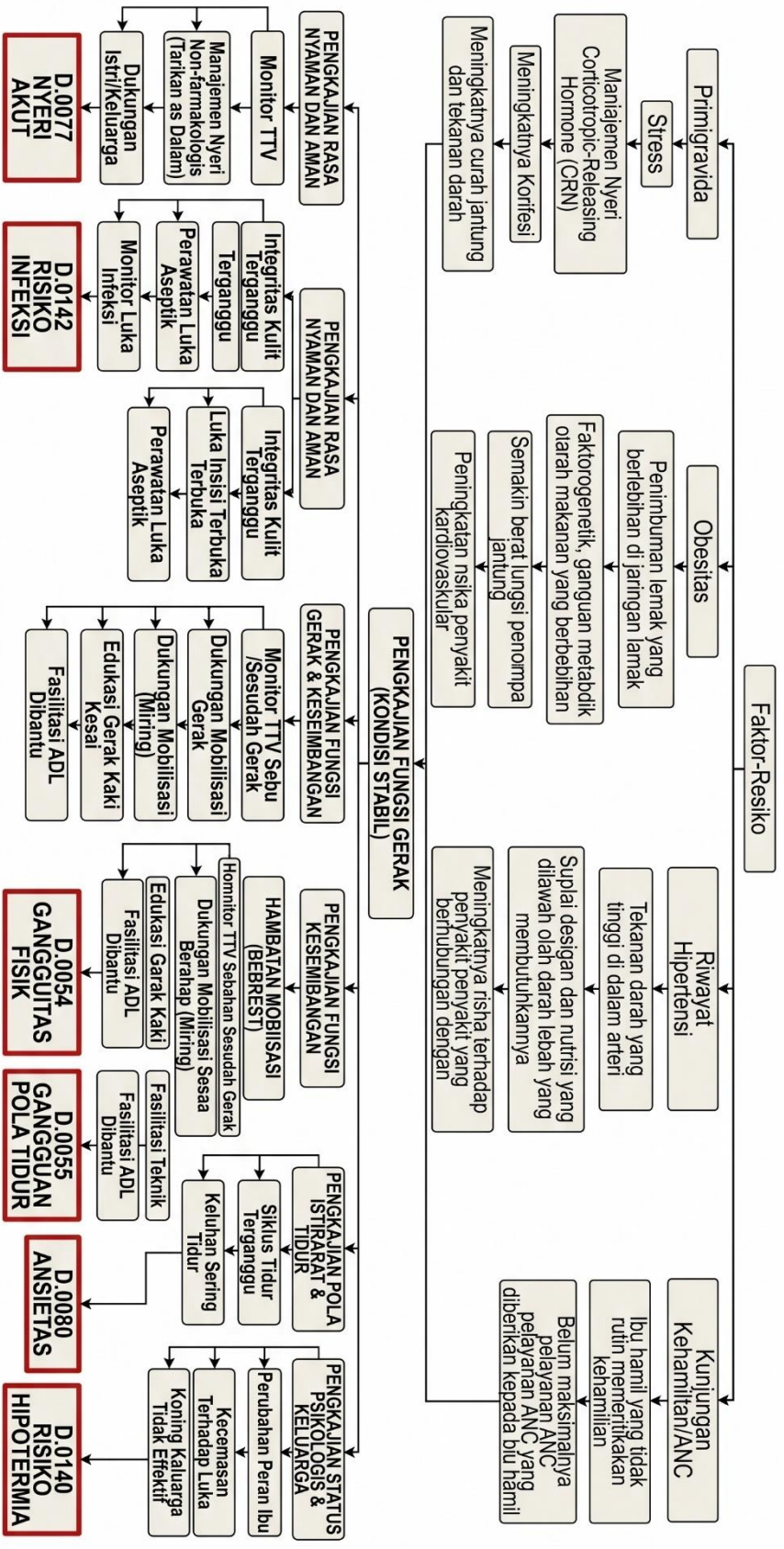
- 1) Memiliki tingkat kerentanan 8 kali lipat lebih besar apabila dikomparasikan dengan metode persalinan normal pervaginam.
- 2) Umumnya bermanifestasi pada area pembuluh darah vena di bagian ekstremitas bawah (tungkai) maupun rongga panggul.
- 3) Berpotensi memicu komplikasi lanjutan berupa emboli trombus yang menyumbat aliran darah paru-paru.
- 4) Pemberian antikoagulan pencegahan (profilaksis) sangat dianjurkan, khususnya bagi kelompok ibu dengan faktor risiko tinggi seperti berusia di atas 35 tahun, menderita anemia, memiliki riwayat

trombosis sebelumnya, atau mengalami obesitas.

c. Ileus

- 1) Kondisi ileus ringan umum dijumpai berlangsung selama kurun waktu 24 jam pertama pascapembedahan.
- 2) Penanganan yang diterapkan bersifat konservatif, yakni melalui pemberian cairan via jalur intravena (infus) serta melarang asupan per oral sampai pasien dapat buang angin (*flatus*)

BAGAN 2.1 PATHWAY POST SECTIO CAESAREA DENGAN PREEKLAMPSIA



Sumber: (Mariana & Hani, 2018), (Tim Pokja SDKI DPP PPN, 2018)

6. Faktor Risiko Infeksi



Gambar 2,2 Jenis sayatan sectio caesarea

Sumber : (Ulpawati, 2021 dan Khiofidatun Rofiah, 2024)

Risiko komplikasi infeksi se usai tindakan bedah persalinan masih menjadi ancaman nyata yang menuntut perhatian khusus guna menekan angka morbiditas dan mortalitas maternal. Infeksi Luka Operasi (ILO) dikategorikan sebagai salah satu kendala utama dalam prosedur pembedahan karena berpotensi menghambat regenerasi jaringan dan berujung pada peningkatan risiko kesakitan serta kematian. Secara definisional, proses penyembuhan luka merupakan tahapan restorasi dan penggantian fungsi jaringan yang mengalami kerusakan (Pujiana, 2022). Apabila infeksi pada area insisi *sectio caesarea* pada ibu nifas tidak segera mendapatkan intervensi medis yang tepat, kondisi ini dapat memicu destruksi pada lapisan dermis dan epidermis, disfungsi sistem saraf, serta kerusakan struktur seluler secara menyeluruh (Hasanah & Wardayanti, 2020).

7. Luka Post Operasi

Kondisi luka pada dasarnya merujuk pada terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat dipicu oleh berbagai faktor, seperti trauma, pembedahan, tekanan, maupun tindakan *sectio caesarea*. Luka insisi pascaoperasi dikategorikan sebagai luka akut pada area kulit yang umumnya menunjukkan progresivitas penyembuhan sesuai estimasi waktu normal apabila tidak dijumpai adanya komplikasi. Luka bedah ini terbentuk akibat pengirisan pada dinding perut dan uterus guna mengeluarkan bayi, sehingga ibu memerlukan monitoring intensif guna meminimalisasi risiko penyulit pascabedah (Ulpawati, 2021). Dari segi teknik, salah satu bentuk sayatan yang biasa diaplikasikan adalah irisan vertikal. Jenis pertama adalah sayatan memanjang atau yang dikenal sebagai bedah sesar klasik, yaitu pengirisan longitudinal di garis tengah abdomen yang menawarkan keleluasaan ruang lebih besar untuk proses lahirnya bayi. Kendati demikian, metode ini kini sudah jarang diterapkan karena struktur lukanya dinilai kurang stabil serta memiliki kerentanan tinggi terhadap komplikasi.

Prosedur pembedahan umumnya melibatkan pengirisan pada segmen bawah rahim secara melintang dengan rentang lebar sekitar 10 sentimeter, di mana kedua ujung di sisi kanan dan kiri dibuat melengkung sedikit ke arah atas guna mencegah cedera atau

terbukanya cabang pembuluh darah. Pola irisan ini membentuk garis horizontal (Eka Kartiksari, 2022 dalam Suji Astuti, 2024). Selain metode melintang, terdapat pula teknik sayatan longitudinal atau memanjang pada prosedur bedah sesar klasik, yaitu pengirisan vertikal di bagian tengah dinding rahim yang diklaim mampu menyediakan ruang akses lebih luas bagi proses kelahiran bayi. Kendati demikian, pendekatan jenis ini sudah sangat jarang dipraktikkan saat ini mengingat karakteristik jaringannya yang dinilai kurang stabil serta memiliki kerentanan tinggi terhadap timbulnya berbagai komplikasi pasca operasi.

8. Perawatan Luka Post Operasi

Tantangan krusial yang dihadapi pada fase pascabedah adalah optimalisasi proses pemulihan luka insisi. Tindakan perawatan luka yang akurat memegang peranan sebagai salah satu elemen eksternal esensial yang sangat menentukan keberhasilan serta percepatan regenerasi jaringan. Implementasi teknik perawatan luka yang benar ini harus diaplikasikan secara berkelanjutan, baik sejak pasien masih berada di instalasi bedah maupun ketika sudah dipindahkan ke ruang rawat inap.

Secara konvensional, penanganan luka umumnya melibatkan prosedur penggantian balutan secara rutin setiap hari, membersihkan area insisi menggunakan agen antiseptik, lalu membiarkannya

mengering. Namun, seiring perkembangan ilmu keperawatan, terbukti bahwa metode *moisture balance* (lingkungan lembap) memberikan hasil yang jauh lebih unggul dibandingkan metode kering. Kecepatan epitelisasi pada luka yang ditutup dengan bahan *polyethylene* tercatat dua kali lipat lebih cepat daripada luka yang dibiarkan kering begitu saja. Luka pascabedah harus dilindungi menggunakan kassa steril agar sisa-sisa darah dapat terserap secara optimal. Penerapan balutan ini berfungsi ganda, yakni menghindari risiko kontaminasi mikroorganisme, mencegah trauma akibat gesekan atau tersenggol, serta memberikan dukungan psikologis berupa keyakinan kepada pasien bahwa kondisi lukanya mendapat perhatian serius dari tenaga keperawatan. Tepat setelah tindakan operasi rampung di kamar bedah, insisi langsung ditutup menggunakan kassa steril yang lazimnya tidak perlu diganti sampai tiba waktu pengangkatan jahitan, kecuali jika terjadi rembesan darah yang menembus lapisan luar kassa sehingga penggantian wajib dilakukan. Setiap kali melakukan penggantian balutan, prinsip aseptis harus diterapkan secara ketat guna mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Sementara itu, pelepasan jahitan luka dilakukan secara bertahap, yaitu setengah bagian pada hari kelima dan sisanya dibuka pada hari keenam atau ketujuh pascaoperasi. (Prasetyani, 2024).

9. Penatalaksanaan

Berdasarkan landasan teoretis, penatalaksanaan medis dan keperawatan sesuai tindakan *sectio caesarea* mencakup beberapa aspek berikut (Silaen, 2019 dalam Wati Ilmu Kebidanan, 2024):

- a. Melakukan pengawasan secara ketat guna memantau potensi terjadinya perdarahan pervagina
- b. Menjalankan palpasi rutin pada fundus uteri guna memastikan proses kontraksi rahim berjalan secara optimal.
- c. Kolaborasi obat analgesik injeksi (seperti ketorolac) serta antibiotik untuk menekan intensitas nyeri dan mencegah infeksi
- d. Mengobservasi output atau aliran darah uterus dengan target minimal 30 mL/jam guna memastikan kecukupan volume pengeluaran darah.
- e. Memberikan terapi cairan intravena dengan takaran sekitar 3 liter dalam kurun waktu 24 jam pertama pascabedah yang dinilai sudah memadai.
- f. Menerapkan mobilisasi dini secara bertahap yang dimulai beberapa jam pascaoperasi dengan bantuan pihak keluarga.
- g. Melaksanakan manajemen perawatan luka secara berkala termasuk penggantian balutan demi menghindari risiko infeksi nosokomial.
- h. Melakukan pemeriksaan laboratorium darah (khususnya kadar hematokrit) pada pagi hari pascatindakan guna mendeteksi ada tidaknya indikasi perdarahan tersembunyi ataupun tanda-tanda syok hipovolemik.

D. Konsep *Preeklamsia*

1. Definisi

Preeklampsia merupakan kondisi hipertensi dalam kehamilan yang muncul setelah usia gestasi ≥ 20 minggu, ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg yang disertai keterlibatan fungsi organ tubuh seperti gangguan ginjal, gangguan fungsi hati, trombositopenia, edema paru, atau adanya gejala neurologis seperti sakit kepala berat maupun gangguan penglihatan. *Preeklampsia* adalah sindrom multisistem akibat disfungsi endotel dan vasospasme sistemik pada ibu hamil yang menyebabkan hipertensi berat disertai proteinuria signifikan atau tanda kerusakan organ target seperti peningkatan kreatinin, peningkatan enzim hati, penurunan trombosit, nyeri epigastrium, gangguan kesadaran, dan risiko tinggi terjadinya eklampsia Kumar et al. (2021).

Preeklampsia digambarkan sebagai progresi dari preeklampsia yang telah mencapai tingkat keparahan sehingga menimbulkan komplikasi klinis dan laboratorium yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Kondisi ini membutuhkan penatalaksanaan segera untuk mencegah kejang, gagal organ, solusio plasenta, hingga kematian. Penderita preeklampsia berat dapat menunjukkan tanda subjektif seperti sakit kepala berat, nyeri ulu hati, penglihatan kabur, serta perubahan status mental. (Rahmawati, 2022).

2. Etiologi

Kondisi *preeklamsia* diklasifikasikan sebagai gangguan sistemik yang etiologi pastinya belum diketahui secara pasti, namun mekanismenya mulai terungkap melalui pemahaman mengenai peran protein angiogenik plasenta yang memberikan dampak destruktif terhadap fungsi endotel maternal. Keadaan ini berkaitan erat dengan disfungsi endotel yang memicu vasospasme serta hiperaktivitas saraf simpatis. Kegagalan invasi trofoblas secara optimal ke dalam arteri spiralis uterus berimplikasi pada merosotnya perfusi darah. Kondisi tersebut memicu berbagai karakteristik patologis seperti hipoksia, terbentuknya radikal bebas, stres oksidatif, serta aktivasi lapisan endotel. Terjadi pula ketidakseimbangan biokimiawi berupa peningkatan kadar tromboksan yang memicu vasokonstriksi, agregasi trombosit, serta penurunan suplai darah uteroplasenta terbalik dengan penurunan kadar prostasiklin yang memiliki efek antagonis. Kerusakan proses plasentasi serta rasio prostasiklin dan tromboksan yang tidak seimbang ini pada akhirnya turut berisiko memicu hambatan pertumbuhan janin intrauterin. Lebih lanjut, *preeklamsia* juga ditandai oleh beberapa bentuk perubahan respons imun, di antaranya:

- 1) Vaskuler: Fenomena vasospasme yang disusul oleh hemokonsentrasi berkaitan erat dengan penciutan ruang intravaskuler, rembesan cairan kapiler (kebocoran kapiler), serta menyusutnya tekanan

onkotik koloid, di mana seluruh kondisi patologis ini dapat memicu kerentanan terjadinya edema paru.

- 2) Jantung: Umumnya ditandai oleh penurunan indeks curah jantung (*cardiac output*), menyusutnya volume plasma darah, serta lonjakan resistensi pembuluh darah sistemik (*systemic vascular resistance*).
- 3) Hematologi: Meliputi manifestasi klinis berupa penurunan jumlah trombosit (*trombositopenia*) serta proses pemecahan sel darah merah (*hemolisis*) yang berkaitan dengan komplikasi sindrom HELLP (disertai lonjakan enzim LDH), serta risiko terjadinya koagulasi intravaskular diseminata (KID).
- 4) Hati: Ditandai oleh peningkatan kadar enzim transaminase (AST dan ALT), terbentuknya hematoma subkapsular, hingga risiko komplikasi berat berupa ruptur hepar.
- 5) SSP (Sistem Syaraf Pusat): Meliputi manifestasi klinis seperti eklamsia, perdarahan intrakranial, sefalgia (sakit kepala), pandangan kabur, skotoma, peningkatan refleks fisiologis (hiperefleksia), hingga risiko kebutaan transien.
- 6) Ginjal: Dipicu oleh fenomena vasospasme, hemokonsentrasi, serta menyusutnya perfusi darah renal yang berimplikasi pada penurunan produksi urine (oliguria), munculnya protein dalam urine (proteinuria), hematuria, serta potensi terjadinya nekrosis tubulus akut yang dapat berujung pada gagal ginjal akut.

7) Fetus: Berdampak pada terganggunya sirkulasi darah uteroplasenta, yang berisiko memicu hambatan pertumbuhan janin intrauterin (PJT), kondisi cairan ketuban yang minim (oligohidramnion), solusio plasenta, serta pola denyut jantung janin yang tidak meyakinkan (*Non-Reassuring Fetal Heart Tracing* / NRFHT).

3. Penyebab *Preeklampsia*

Etiologi *preeklampsia* sampai saat ini masih belum dapat dipastikan secara menyeluruh. Kendati telah banyak hipotesis yang diajukan, belum ada satu pun penjelasan yang dinilai sepenuhnya tuntas. Sejumlah pandangan teoretis yang dapat diterima secara ilmiah menerangkan beberapa hal berikut:

- 1) Lonjakan frekuensi kejadian *preeklampsia* kerap dijumpai pada kelompok primigravida, kehamilan multifetal (ganda), hidramnion, serta kasus mola hidatidosa.
- 2) Angka kejadiannya cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan
- 3) Kondisi klinis pasien dilaporkan dapat menunjukkan perbaikan apabila terjadi kematian janin di dalam rahim (*intrauterine fetal death*).
- 4) Manifestasi klinis utamanya ditandai oleh kemunculan trias atau sekumpulan gejala berupa hipertensi, edema, proteinuria, yang dapat berlanjut menjadi kejang hingga koma.

4. Prakiraan Etiologi

Sejumlah hipotesis berupaya memetakan akar permasalahan dari gangguan ini, sehingga kondisi tersebut kerap dijuluki sebagai *the disease of theories*. Adapun beberapa landasan teori yang dikemukakan mencakup:

- a. Aspek imunologis (kekebalan tubuh)
- b. Faktor genetik atau riwayat familial (keluarga)
- c. Berbagai faktor predisposisi (faktor pendukung risiko)

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada ibu dengan preeklampsia merupakan tanda dan gejala yang muncul akibat gangguan fungsi endotel vaskular, vasospasme sistemik, dan iskemia plasenta yang menyebabkan keterlibatan multiorgan. Manifestasi ini dapat berkembang secara bertahap maupun tiba-tiba selama kehamilan mulai usia gestasi ≥ 20 minggu hingga masa nifas. Pengenalan manifestasi klinis secara dini penting untuk mencegah progresivitas penyakit menuju preeklampsia berat maupun eklampsia. Ada beberapa manifestasi klinis pada ibu dengan preeklampsia (menurut sulistioningsih,2023):

a. Hipertensi

Terjadi akibat peningkatan resistensi vaskular sistemik yang menyebabkan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu.

b. Proteinuria

Ditemukan akibat kerusakan endotel glomerulus yang menyebabkan kebocoran protein ke dalam urin, ditandai dengan nilai protein urin ≥ 300 mg/24 jam atau dipstick $\geq +2$.

c. Edema (bengkak)

Timbul pada wajah, tangan, atau tungkai akibat retensi cairan dan meningkatnya permeabilitas kapiler.

d. Sakit kepala berat dan persisten

Disebabkan oleh vasospasme serebral dan peningkatan tekanan intrakranial, biasanya tidak membaik dengan analgesik biasa.

e. Gangguan penglihatan

Ditandai dengan penglihatan kabur, kilatan cahaya, diplopia, hingga kebutaan sementara akibat gangguan perfusi retina dan serebral.

f. Nyeri epigastrium / kuadran kanan atas

Terjadi karena distensi kapsul hati atau peradangan jaringan hati, sering disertai mual dan muntah.

g. Oliguria

Penurunan produksi urin akibat penurunan perfusi ginjal dan gangguan filtrasi glomerulus.

h. Gangguan fungsi hati

Ditandai peningkatan enzim hati (AST/ALT), akibat hemolisis atau peradangan hepatik pada preeklampsia berat.

i. Trombositopenia

Penurunan jumlah trombosit akibat aktivasi koagulasi sistemik yang meningkatkan risiko perdarahan.

j. Edema paru

Terjadi akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan kelebihan cairan tubuh, ditandai sesak napas dan penurunan saturasi oksigen.

k. Perubahan status mental

Tampak sebagai kebingungan, gelisah, penurunan kesadaran akibat gangguan aliran darah ke otak.

l. Kejang (jika berlanjut menjadi eklampsia)

Merupakan manifestasi neurologis yang mengancam nyawa akibat spasme serebral dan edema otak.

6. Patofisiologi

Berdasarkan penjelasan Ratnawati (2020), proses terjadinya (patofisiologi) preeklampsia diawali dengan adanya fenomena spasme pembuluh darah yang disertai penahanan (*retensi*) cairan serta natrium. Melalui tindakan biopsi ginjal, diketahui terjadi konstriksi atau penyempitan yang parah pada area arteriola glomerulus. Bahkan, dalam beberapa situasi, rongga pembuluh darah mengalami penyempitan ekstrem hingga hanya menyisakan celah yang cukup dilewati oleh satu sel darah merah (*eritrosit*) saja. Jika vasospasme ini menyebar ke seluruh tubuh, tekanan darah akan naik secara otomatis sebagai bentuk

kompensasi organisme dalam menghadapi resistensi perifer demi memastikan pasokan oksigen jaringan tetap memadai. Di sisi lain, vasospasme yang menyerang organ penglihatan dapat menyebabkan pembengkakan (edema) pada retina dan diskus optikus, yang selanjutnya berisiko memicu keluhan pandangan ganda (*diplopia*) serta mendasari tegaknya diagnosa keperawatan berupa gangguan persepsi sensori dan risiko cedera (Ratnawati, 2020).

Berkurangnya aliran darah (perfusi) menuju organ plasenta berdampak pada munculnya kondisi kekurangan oksigen (hipoksia-anoksia) yang memicu gangguan pada perkembangan plasenta. Situasi ini berpotensi menyebabkan hambatan pertumbuhan janin di dalam kandungan atau dikenal sebagai *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR), sekaligus menjadi dasar penegakan diagnosis keperawatan berupa risiko gawat janin. Di sisi lain, fenomena pertambahan berat badan yang tidak biasa serta pembengkakan (edema) akibat penumpukan cairan berlebih pada jaringan sela sel (interstisial) belum sepenuhnya dapat dijelaskan mekanisme pastinya, meskipun sejumlah pihak memperkirakan hal tersebut berasal dari proses penahanan natrium dan air. Sementara itu, timbulnya gejala protein dalam urine (proteinuria) diyakini berhubungan erat dengan penyempitan (vasospasme) pembuluh darah arteriola yang berakibat pada terjadinya perubahan struktur pada bagian glomerulus ginjal.

7. Komplikasi

Menurut Reeder, dkk (2014), komplikasi maternal yang disebabkan oleh preeklampsia berat dapat berupa seperti eklampsia, edema paru, hemoragic otak, gagal jantung kongestif, infark miokard, sindrom distress, dan kerusakan endotelium intravaskular. Sedangkan janin memiliki resiko mengalami solusio plasenta, retardasi pertumbuhan intrauterus, hipoksia akut, kematian intrauterus dan prematuritas.

Berdasarkan pandangan Ayu (2016), berbagai komplikasi akibat preeklampsia berat pada ibu meliputi:

8) Pada ibu

- 1) Terjadinya kejang kehamilan (eklampsia)
- 2) Terlepasnya plasenta sebelum waktunya (*solusio plasenta*)
- 3) Serangan stroke
- 4) Pendarahan pada bagian bawah kapsul hati (subkapsula hepar)
- 5) Gangguan pembekuan darah (*Disseminated Intravascular Coagulation / DIC*)
- 6) Sindrom HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*). Kondisi sindrom HELLP (meliputi hemolisis, peningkatan enzim hati, serta rendahnya jumlah trombosit atau trombositopenia) tercatat sebagai penyulit yang paling sering dialami oleh penderita preeklampsia (Kusmardika & Puspitasari, 2022).
- 7) Lepasnya lapisan retina mata (ablosio retina)

8) Penurunan fungsi jantung (gagal jantung) yang berisiko memicu syok hingga kematian

9) Pada Janin

- 1) Hambatan tumbuh kembang di dalam kandungan (*Intrauterine Growth Restriction*)
- 2) Hambatan tumbuh kembang di dalam kandungan (*Intrauterine Growth Restriction*)
- 3) Kondisi gawat janin (*distress fetal*)
- 4) Asfiksia pada bayi baru lahir (asfiksia neonatorum)
- 5) Kekurangan oksigen pada janin (hipoksia janin)
- 6) Kematian janin di dalam rahim (*intrauterine fetal death*)
- 7) Lonjakan angka kesakitan serta kematian pada masa perinatal

8. Penatalaksanaan Medis

Penanganan medis yang dapat diaplikasikan meliputi pemberian obat pereda nyeri (analgetik) seperti morfin sulfat, serta obat antimual (antiemetik) contohnya prometasin sebanyak 25 mg yang umumnya dikombinasikan bersama sediaan narkotik. Di samping itu, pemeriksaan penunjang laboratorium (meliputi kadar hemoglobin, hematokrit, hingga sel darah putih atau leukosit) dapat dijalankan secara berkala pada pagi hari pasca-operasi. Nilai hematokrit wajib diawasi ulang apabila terjadi perdarahan atau muncul tanda-tanda oliguria serta kondisi lain yang mengindikasikan kekurangan cairan tubuh (hipovolemia). Apabila kadar

hematokrit terpantau stabil, pasien diperbolehkan untuk mulai bergerak atau beraktivitas ringan (*ambulasi*) tanpa hambatan berarti, sehingga potensi terjadinya perdarahan lanjutan tergolong kecil (Prawirohardjo, 2013). Lebih lanjut, pengobatan pencegah kejang seperti magnesium sulfat dapat diberikan sekiranya terdeteksi adanya gejala atau tanda-tanda kejang. Berikut merupakan prosedur atau tata cara pemberian regimen magnesium sulfat tersebut (Prawirohardjo, 2013).

a) Dosis awal

Pemberian magnesium sulfat sebanyak 4 gram melalui jalur intravena (kadar 40% dalam volume 10 cc) yang diberikan dalam rentang waktu 15 menit.

b) Maintenance dose (Dosis pemeliharaan)

Diberikan MgSO₄ 40% sebanyak 6 gram yang dicampur dengan cairan *Ringer Lactate* (RL) menggunakan tambahan 15 cc aquadest, untuk diberikan dalam durasi waktu 6 jam.

c) Ketentuan dan syarat pemberian MgSO₄

Wajib disediakannya penawar racun (*antidotum*) MgSO₄ apabila timbul gejala keracunan (intoksikasi), yakni kalsium glukonas 10% sebanyak 1 gram (kadar 10% dalam 10 cc) yang dimasukkan secara intravena selama 3 menit. Selain itu, pastikan refleks patella bernilai positif (+), frekuensi napas lebih dari 16 kali per menit, serta tidak ditemukannya indikasi adanya gangguan atau distres pernapasan.

d) Penghentian pemberian MgSO_4

Pemberian obat wajib dihentikan jika muncul indikasi keracunan, atau saat masa 24 jam setelah proses persalinan telah terlewati, atau tepat 24 jam pasca-berhentinya kejang.

e) Takaran kadar terapeutik serta toksik MgSO_4

Tendo 12 mg/dl terhentinya pernafasan 18 ml/gl terhentinya jantung > 36 mg/dl

Pemberian obat pelancar kencing (diuretik) tidak dianjurkan kecuali jika didapati adanya indikasi pembengkakan paru (edema paru), kegagalan fungsi jantung, ataupun pembengkakan menyeluruh di sekujur tubuh (edema anasarka). Jenis diuretik yang lazim diresepkan contohnya adalah furosemid sebanyak 40 mg yang dimasukkan lewat suntikan intramuskular (IM).

10) Penatalaksanaan Keperawatan

1) Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan secara umum yang dapat dilakukan meliputi adalah pemeriksaan kesadaran serta keluhan yang terjadi.

2) Pemeriksaan khusus

Menurut Padila (2015), pemeriksaan khusus yang dapat dilakukan diantaranya:

a) Pengontrolan Tanda-tanda Vital (TTV)

Pengontrolan tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu yang

dilakukan minimal 4 jam sekali (Reeder, dkk, 2014).

b) Fundus Uteri

Pemeriksaan dapat dilakukan pada : tinggi fundus uteri, kontraksi dan posisi fundus uteri tersebut.

c) Payudara

Dapat dilakukan pemeriksaan puting susu, periksa apakah ada pembengkakan serta periksa kelancaran pengeluaran ASI.

d) Lochia

Pemeriksaan terhadap jenis lochia, dapat berupa lochia rubra, serosa atau alba.

3) Manajemen cairan dan diit

Sebagai acuan dasar, penginfusan sekitar 3 liter cairan yang mencakup *Ringer Lactate* (RL) telah teruji memadai guna memenuhi kebutuhan tubuh selama tindakan pembedahan serta masa 24 jam pertama sesudahnya demikian, apabila volume pengeluaran urine tercatat kurang dari 30 ml per jam, kondisi pasien wajib ditinjau ulang secara saksama. Asupan cairan oral dalam porsi kecil sudah diperbolehkan mulai jam keenam hingga kesepuluh pasca-operasi. Selambat-lambatnya pada hari kedua setelah pembedahan, mayoritas pasien umumnya sudah mampu mengonsumsi makanan sehari-hari seperti biasa. Penderita juga diwajibkan menyantap asupan yang tinggi gizi

serta mencukupi kebutuhan minum minimal sebanyak 1.500 ml setiap harinya. nutrisi Sebagai acuan dasar, penginfusan sekitar 3 liter cairan—yang mencakup *Ringer Lactate* (RL)—telah teruji memadai guna memenuhi kebutuhan tubuh selama tindakan pembedahan serta masa 24 jam pertama sesudahnya. Kendati demikian, apabila volume pengeluaran urine tercatat kurang dari 30 ml per jam, kondisi pasien wajib ditinjau ulang secara saksama. Asupan cairan oral dalam porsi kecil sudah diperbolehkan mulai jam keenam hingga kesepuluh pasca-operasi. Selambat-lambatnya pada hari kedua setelah pembedahan, mayoritas pasien umumnya sudah mampu mengonsumsi makanan sehari-hari seperti biasa. Penderita juga diwajibkan menyantap asupan yang tinggi gizi serta mencukupi kebutuhan minum minimal sebanyak 1.500 ml setiap harinya. (Reeder, dkk, 2014).

4) Mobilisasi

Aktivitas fisik atau mobilisasi diterapkan secara bertahap, contohnya melalui posisi miring ke sisi kanan dan kiri yang bisa dimulai sejak rentang waktu 6 hingga 10 jam pasca operasi guna mengantisipasi risiko terjadinya *thrombosis* atau penyumbatan aliran darah. Di samping itu, latihan pernapasan dapat dijalankan dalam posisi berbaring terlentang sesegera mungkin begitu pasien sadar

sepenuhnya (Reeder et al., 2014). Berbagai manfaat dari penerapan mobilisasi dini ini meliputi memperlancar pengeluaran lochea, menekan risiko infeksi masa nifas (puerperium), mempercepat proses pengerutan kembali rahim (involusi), mengoptimalkan fungsi saluran pencernaan serta perkemihan, sekaligus meningkatkan sirkulasi darah agar produksi air susu ibu (ASI) dan pembuangan sisa metabolisme tubuh menjadi lebih lancar. (Padila, 2015).

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah 6 jam tindakan *sectio caesarea*, pasien diajarkan oleh perawat untuk miring kanan kiri ditempat tidur dengan bantuan perawat lalu pada 10 jam berikutnya pasien dapat bangun dari tempat tidur sebentar sekurang-kurangnya sebanyak 3 kali

E. Konsep Mobilisasi Dini

1. Definisi

Penerapan mobilisasi dini didefinisikan sebagai pergerakan fisik yang dijalankan seawal mungkin di atas tempat tidur, yakni dengan melatih berbagai anggota tubuh untuk melakukan peregangan atau mulai belajar berjalan guna merangsang gerakan usus (*peristaltik*) serta mengurangi rasa tidak nyaman pada area perut (abdomen). Pergerakan pasca-operasi ini memegang peranan krusial karena mampu mendukung pemulihan fungsi organ secara normal (Ananda & Inayati, 2021). Aktivitas gerak ini menjadi faktor utama dalam mempercepat proses

penyembuhan luka pascabedah serta mengoptimalkan kapasitas pernapasan. Terdapat beragam manfaat yang bisa diperoleh dari latihan berpindah posisi di tempat tidur maupun berjalan pada fase awal pasca-operasi, di antaranya peningkatan frekuensi serta kedalaman napas, perbaikan sirkulasi darah, kelancaran buang air kecil, dan optimalisasi metabolisme. Di samping itu, mobilisasi efektif mencegah kekakuan sendi maupun otot, meredakan nyeri, menjaga kelancaran aliran darah, memperbaiki regulasi metabolisme tubuh, memulihkan fungsi fisiologis organ vital, yang pada akhirnya bermuara pada percepatan penutupan atau penyembuhan luka. Melatih kembali otot, sendi, serta menggerakkan tubuh selepas pembedahan juga terbukti menyegarkan mental serta menekan dampak buruk dari tekanan psikologis, yang tentu saja berdampak positif terhadap proses pemulihan fisik secara keseluruhan. (Effect et al., 2021).

Tindakan pembedahan umumnya memicu munculnya luka serta rasa sakit nyeri pada area tubuh pasien. Sensasi nyeri pasca *sectio caesarea* tersebut umumnya dirasakan selama rentang 24 hingga 48 jam, meski durasinya bisa lebih panjang bergantung pada tingkat keparahan luka, ambang batas nyeri individu, serta respons tubuh terhadap rasa sakit. Keberadaan nyeri ini berpotensi memperlambat proses pemulihan sebab menghambat kembalian aktivitas pergerakan pasien, yang kerap kali

dijadikan alasan utama bagi pasien untuk enggan bergerak atau melakukan mobilisasi dini (Izzah et al., 2023). Rangkaian pemulihan pasien pasca-operasi di ruang perawatan umumnya diawali melalui tahapan mobilisasi (Eriyani, 2018). Pengertian mobilisasi dini sendiri merupakan suatu langkah menjaga kemandirian secara seawal mungkin melalui pembimbingan terhadap pasien agar fungsi fisiologis tubuh tetap terjaga dengan baik (Berman et al., 2021). Konsep dasar mobilisasi ini berakar dari teknik ambulasi dini, yakni proses pemulihan fisik secara bertahap menuju tingkat pergerakan sebelumnya demi mencegah timbulnya berbagai komplikasi. Berdasarkan hasil riset yang dijalankan oleh (Rahmanti & Azizah, 2023)

2. Faktor faktor yang mempengaruhi mobilisasi

Mobilisasi dini merupakan upaya penting dalam proses pemulihan ibu pasca *sectio caesarea*, namun keberhasilannya dipengaruhi oleh berbagai faktor.

a. Tingkat pengetahuan ibu

Tingkat pengetahuan ibu, termasuk pemahaman tentang manfaat dan prosedur mobilisasi dini, terbukti berhubungan signifikan dengan pelaksanaan mobilisasi dini. Penelitian di RSCM menunjukkan bahwa pengetahuan dan pemberian informasi oleh tenaga kesehatan merupakan faktor yang paling dominan mendorong ibu untuk

melakukan mobilisasi dini (Sumber: *Jurnal Keperawatan, RSCM*).

Motivasi dan sikap ibu

Motivasi dan sikap ibu juga memainkan peran penting. Ibu dengan motivasi tinggi serta sikap positif terhadap mobilisasi cenderung lebih cepat dan lebih teratur melakukan mobilisasi dini dibandingkan ibu yang memiliki ketakutan atau rasa cemas terhadap nyeri dan kondisi luka operasi (Sumber: *Jurnal Abdi Amanah*).

b. Kondisi fisiologis dan tingkat kenyamanan ibu,

Kondisi fisiologis dan tingkat kenyamanan ibu intensitas nyeri pasca operasi, kelelahan, serta efek anestesi. Nyeri yang tidak terkontrol dapat menghambat kemampuan ibu untuk bangun dan bergerak sehingga menunda pelaksanaan mobilisasi dini. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa intervensi untuk menurunkan nyeri, seperti akupresur dan manajemen nyeri farmakologis, dapat mempercepat mobilisasi dini (Sumber: *Jurnal Universitas Pahlawan*).

c. Karakteristik ibu

Karakteristik ibu seperti usia, tingkat pendidikan, paritas, dan pengalaman melahirkan sebelumnya juga berpengaruh. Penelitian lain mengungkapkan bahwa ibu dengan pendidikan lebih tinggi dan yang pernah mengalami SC sebelumnya cenderung lebih siap dan percaya diri melakukan mobilisasi dini (Sumber: *Jurnal Embrio*).

d. Dukungan tenaga kesehatan dan keluarga

Dukungan tenaga kesehatan dan keluarga juga memiliki peranan besar. Edukasi, pendampingan, serta motivasi dari perawat terbukti dapat meningkatkan keberanian ibu untuk bergerak lebih awal. Dukungan keluarga, terutama suami atau pendamping, juga membantu mengurangi kecemasan serta mempermudah mobilisasi pada tahap awal. Edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan merupakan faktor dengan pengaruh terbesar dalam keberhasilan mobilisasi dini menurut beberapa studi (Sumber: *Jurnal Keperawatan RSCM, Jurnal Sari Mutiara*).

e. Tahap pelaksanaan mobilisasi dini

Berdasarkan pandangan Hutabarat dkk (2022) yang dikutip dalam Suryanti (2024), penerapan mobilisasi dini bagi ibu pasca-operasi *sectio caesarea* mencakup beberapa fase berikut:

1) Pada rentang waktu awal 6 hingga 10 jam pasca-operasi, aktivitas fisik dapat dimulai di atas tempat tidur dengan cara menggerakkan tangan serta kaki melalui gerakan menekuk dan meluruskan. Ibu juga dapat menjalankan latihan pernapasan dalam posisi berbaring terlentang sesegera mungkin begitu kesadarannya pulih, melakukan kontraksi otot-otot tertentu, serta melakukan gerakan tubuh lainnya seperti bergeser miring ke sisi kanan dan kiri.

2) Memasuki rentang waktu 12 hingga 24 jam berikutnya atau bahkan bisa dilakukan lebih cepat posisi tubuh pasien sudah dapat ditegakkan menjadi duduk, baik dengan menggunakan sandaran maupun tanpa sandaran. Tahapan selanjutnya adalah duduk di tepi tempat tidur dengan membiarkan kaki menjuntai atau berpijak di lantai sambil digerakkan secara perlahan. Pasien juga disarankan untuk menarik napas dalam-dalam lalu menghembuskannya yang disertai batuk-batuk kecil agar saluran pernapasan menjadi lebih longgar.

3. Penatalaksanaan mobilisasi

Mengutip pandangan Hutabarat dkk (2022) sebagaimana tercantum dalam Delmi Hawa (2024), rangkaian penerapan mobilisasi dini bagi ibu pasca-persalinan dengan metode *sectio caesarea* dibagi ke dalam beberapa fase berikut:

a. Hari ke 1:

- 1) Menjalankan latihan pernapasan dalam posisi berbaring telentang sesegera mungkin begitu pasien sadar sepenuhnya.
- 2) Melakukan posisi berbaring miring ke arah kanan dan kiri yang dapat dimulai dalam rentang waktu 6 hingga 10 jam setelah kesadaran ibu pulih.

b. Hari ke 2 :

- 1) Pasien dimotivasi untuk mencoba duduk selama 5 menit, lalu diminta mengambil napas dalam dan menghembuskannya secara

perlahan disertai batuk kecil. Hal ini bertujuan untuk melegakan saluran pernapasan sekaligus membangun keyakinan psikologis pada diri ibu bahwa proses pemulihannya sedang berjalan baik.

- 2) Mengubah posisi berbaring telentang menjadi setengah duduk (*semi-Fowler*).
- 3) Selanjutnya secara bertahap, hari demi hari ibu yang sudah melahirkan dianjurkan belajar duduk selama sehari.

c. Hari ke 3 sampai ke 5:

- 1) Memulai latihan berjalan secara bertahap hingga akhirnya mampu berjalan sendiri pada hari-hari berikutnya pasca-operasi. Aktivitas pergerakan ini wajib dilakukan secara teratur, bertahap, serta diimbangi dengan waktu istirahat yang cukup.
- 2) Mobilisasi secara teratur dan bertahap serta diikuti dengan istirahat dapat membantu penyembuhan luka.

C. Nyeri

1. Definsi Nyeri

Pengalaman nyeri digambarkan sebagai perasaan yang tidak nyaman, bersifat universal, serta sangat individual bagi setiap orang. Rasa sakit ini dikategorikan bersifat individual karena setiap subjek mempunyai respons yang berlainan dalam menghadapi nyeri. Secara umum, nyeri didefinisikan sebagai suatu persepsi yang tidak menyenangkan—baik secara sensorik maupun emosional—yang berkaitan dengan indikasi

adanya kerusakan jaringan, baik yang bersifat potensial maupun aktual (Dewi Nurhanifah, 2022, dalam Ayuningtias, 2023). Berdasarkan uraian tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa nyeri merupakan suatu sensasi tidak menyenangkan yang timbul akibat adanya perlukaan jaringan sehingga memunculkan rasa sakit. Sementara itu, kategori nyeri akut merupakan jenis nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan cenderung cepat mereda, yang umumnya ditunjukkan melalui adanya peningkatan ketegangan otot. Kehadiran nyeri akut ini menjadi tanda bahwa suatu cedera atau kerusakan fisik telah terjadi. Intensitas nyeri akut akan berangsur-angsur berkurang seiring dengan proses penyembuhan luka, di mana durasi berlangsungnya umumnya kurang dari kurun waktu 6 bulan (Dewi Nurhanifah, 2022, dalam Ayuningtias, 2023).

2. Derajat Nyeri

Evaluasi intensitas nyeri harus dijalankan secara akurat sebab sangat dipengaruhi oleh berbagai elemen subjektif, seperti aspek fisiologis, kondisi psikologis, hingga faktor lingkungan sekitar. Proses anamnesis yang berpedoman pada pengakuan mandiri (*self-report*) dari pasien—yang bersifat sensitif serta konsisten—memegang peranan yang sangat penting. Kendati demikian, apabila penilaian mandiri tersebut tidak memungkinkan untuk diperoleh, misalnya pada situasi penurunan kesadaran, hambatan kognitif, pasien anak-anak, kendala komunikasi, kurangnya kooperatif, atau kecemasan yang parah, maka diperlukan

metode penilaian alternatif yang lain. Saat ini, nyeri telah ditetapkan sebagai parameter tanda vital kelima dengan tujuan untuk mendorong tingkat kepedulian terhadap keluhan nyeri serta diantisipasi mampu memperbaiki penanganan klinis pada nyeri akut. Berbagai macam metode digunakan untuk menilai tingkat nyeri, salah satunya melalui pendekatan sederhana yang mengklasifikasikan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut:

- a. Kategori nyeri ringan merupakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, utamanya muncul ketika pasien sedang menjalankan aktivitas harian dan akan mereda saat beristirahat atau tidur.
- b. Kategori nyeri sedang merupakan nyeri yang berlangsung secara terus-menerus sehingga mengganggu aktivitas, di mana rasa sakit tersebut hanya dapat berkurang atau hilang ketika penderita tertidur.
- c. Kategori nyeri berat merupakan nyeri yang terjadi secara berkelanjutan sepanjang hari, membuat penderita tidak mampu tidur atau sering terbangun di malam hari akibat gangguan rasa sakit tersebut.

3. Pengukuran Derajat Nyeri

Proses penaksiran tingkat rasa sakit sangat dipengaruhi oleh informasi yang bersifat subjektif dan personal, di mana terdapat tiga aspek atau instrumen utama dalam pengukuran nyeri, yaitu:

a. VAS (Visual Analog Scale)

VAS dikenal sebagai instrumen ukur nyeri yang paling sering

diaplikasikan secara luas untuk mengidentifikasi berbagai macam tipe nyeri. Prosedur pengukuran ini memanfaatkan sehelai garis lurus sepanjang 10 cm yang merepresentasikan rentang kondisi dari tanpa rasa sakit hingga tingkat nyeri yang luar biasa hebat. Pasien kemudian diminta untuk membubuhkan tanda pada titik di sepanjang garis tersebut yang paling sesuai dengan intensitas nyeri yang mereka alami. Keunggulan penggunaan VAS terletak pada kepraktisan serta efektivitasnya karena instrumen ini tergolong sangat mudah dipahami.

b. NRS (Numeric rating scale)

NRS merupakan alat ukur skala nyeri yang dinilai sangat mudah dimengerti oleh pasien. Dalam metode pengukuran ini, tersedia rentang angka mulai dari 1 hingga 10 dengan pembagian kategori sebagai berikut: skor 1 sampai 3 diklasifikasikan sebagai nyeri ringan, skor 4 hingga 6 termasuk nyeri sedang, skor 7 sampai 9 dikategorikan sebagai nyeri berat, dan angka 10 menunjukkan tingkat nyeri yang sangat parah (sangat berat). Klien diinstruksikan untuk memilih atau melingkari angka yang paling akurat dalam menggambarkan rasa sakit yang tengah dirasakannya.

c. Wong Baker pin rating scale

Alat ukur ini umumnya diterapkan bagi pasien yang mengalami kendala dalam mengekspresikan intensitas nyeri menggunakan besaran angka, seperti pada pasien anak-anak (*pediatrik*). Teknik pengukuran nyeri ini menggunakan ilustrasi berbagai ekspresi wajah, di mana pasien diminta

untuk menunjuk salah satu gambar yang paling merepresentasikan kondisi perasaan mereka saat itu. Metode ini lazim dipakai untuk pasien anak, namun juga fleksibel digunakan pada pasien lanjut usia (*geriatri*) yang mengalami penurunan fungsi kognitif (Dr. Oktariyana, 2020, dalam Ayuningtias, 2023).

4. Mekanisme Nyeri

a. Proses transduksi dan sensitisasi nosiseptor

Merupakan tahapan di mana ujung-ujung saraf bebas merespons adanya kerusakan jaringan yang dipicu oleh rangsangan nyeri (*stimulus noxious*). Rangsangan noxious ini dapat berwujud stimulus fisik, mekanik, kimiawi, maupun suhu (termal). Aktivitas nosiseptor pada fase ini turut memegang peranan penting dalam memicu munculnya sensasi nyeri.

b. Proses transmisi impuls saraf

Berasal dari area tepi (*perifer*) sebagai kelanjutan dari fase transduksi. Pada tahap ini, terjadi penyaluran sinyal saraf yang dihantarkan dari lokasi transduksi di perifer menuju ke susunan saraf pusat, yakni medula spinalis hingga sampai ke otak.

c. Proses modulasi jalur desenden

Modulasi dari perambatan sinyal nosiseptor ini berlangsung di berbagai tingkatan, meliputi level perifer, spinal, hingga supraspinal. Proses ini melibatkan perubahan suatu pola gelombang tertentu sehingga sinyal saraf mampu membawa informasi spesifik mengenai sensasi nyeri ke pusat

yang lebih tinggi.

d. Proses persepsi nyeri

Persepsi nyeri diartikan sebagai pengalaman perasaan tidak nyaman yang berpusat pada bagian tubuh yang mengalami rasa sakit. Pengalaman ini merupakan hasil dari interaksi yang kompleks, di mana tubuh mengolah rangsangan tersebut menjadi suatu penafsiran subjektif yang diidentifikasi sebagai rasa nyeri (Dewi Nurhanifah, 2022, dalam Ayuningtias, 2023).

F. Pengkajian

Tahap pengkajian diposisikan sebagai langkah awal dalam rangkaian proses keperawatan, di mana informasi dikumpulkan secara terstruktur guna mengevaluasi kondisi kesehatan klien saat ini. Pelaksanaan pengkajian ini wajib dilakukan secara menyeluruh (*komprehensif*) yang mencakup dimensi biologis, psikologis, sosial, hingga spiritual (Astuti, 2022, dalam Khofidatun Rofiah, 2024).

1. Identitas Ibu

Berisi rincian data diri yang meliputi nama lengkap, usia, jenis kelamin, keyakinan/agama, jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, domisili alamat, status perkawinan, asal suku bangsa, nomor rekam medis (*register*), tanggal mulai dirawat di rumah sakit, hingga penegakan diagnosis medis.

2. Keluhan Utama

Secara umum, perempuan yang baru saja menjalani persalinan melalui

prosedur *sectio caesarea* mengeluhkan adanya rasa sakit atau nyeri pada area sekitar luka sayatan operasi.

3. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan sekarang

Bagian ini memuat proses pengumpulan data yang bertujuan untuk mengidentifikasi latar belakang dilakukannya tindakan *sectio caesarea*, misalnya posisi janin yang tidak normal (sungsang atau melintang), kondisi jalan lahir yang tertutup oleh jaringan plasenta atau dikenal sebagai *placenta previa*, kehamilan kembar (*multiple pregnancy*), komplikasi preeklampsia, hingga kasus ketuban pecah dini. Seluruh informasi ini berfungsi untuk membantu menyusun perencanaan intervensi keperawatan yang tepat bagi pasien.

2) Riwayat Kesehatan Dulu

Aspek yang perlu ditelusuri meliputi catatan penyakit yang pernah dialami pasien sebelumnya, khususnya jenis penyakit kronis, menular, maupun menahun seperti gangguan hipertensi, kelainan jantung, diabetes melitus (*DM*), tuberkulosis (*TBC*), hepatitis, serta penyakit infeksi menular seksual. Perlu pula dikaji ada atau tidaknya riwayat pembedahan umum maupun pembedahan obstetri/ginekologi sebelumnya (seperti riwayat *sectio caesarea* terdahulu, miomektomi, dan lain-lain).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Melalui penelusuran silsilah keluarga (*genogram*), dikaji apakah terdapat kerabat yang memiliki riwayat penyakit degeneratif atau kronis (seperti penyakit jantung, tekanan darah tinggi, dan diabetes), serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, maupun infeksi menular seksual yang berpotensi diturunkan atau ditularkan kepada pasien.

4) Riwayat Perkawinan.

Hal-hal yang perlu dievaluasi mencakup usia saat pertama kali menikah, frekuensi pernikahan, total durasi pernikahan yang telah dijalani, serta status perkawinan saat ini.

5) Riwayat Obstetri

Pengkajian riwayat kebidanan ini mencakup rekam jejak kehamilan, proses persalinan, serta riwayat keguguran yang umumnya disimbolkan dalam GPA(Gravida, Para, Abortus). Di samping itu, dikaji pula jumlah total kehamilan ibu, pihak penolong persalinan, metode persalinan yang digunakan, proses pemulihan luka bersalin, kondisi neonatus saat lahir, estimasi berat badan bayi saat lahir (jika diinginkan/diingat), usia saat pertama kali menstruasi (*menarche*), keteraturan siklus haid, serta ada tidaknya keluhan nyeri haid (*dismenore*) atau gangguan menstruasi lainnya.

6) Riwayat Kontrasepsi

Fokus pengkajian ini ditujukan untuk mengetahui keikutsertaan ibu dalam program keluarga berencana sebelumnya, jenis alat kontrasepsi yang pernah dipakai, kendala atau efek samping yang dirasakan selama pemakaian, serta rencana pemilihan metode kontrasepsi yang akan digunakan kembali setelah masa nifas berakhir.

b. Diagnosis Keperawatan

Nyeri Akut (D.0077) Pengertian :

Persepsi yang melibatkan aspek sensorik maupun emosional akibat adanya perlukaan jaringan baik secara nyata (*aktual*) maupun fungsional yang timbul secara tiba-tiba ataupun bertahap dengan tingkat keparahan dari ringan hingga berat serta berdurasi di bawah kurun waktu 3 bulan.

Penyebabnya (etiologi) untuk masalah nyeri akut adalah :

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

Tanda Mayor

Subyektif:

Mengeluh Nyeri Objektif:

- 1) Tampak Meringis.

- 2) Bersikap Protektif (mis. waspada, posisi menghindarinyeri).
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi Nadi Meningkat
- 5) Sulit Tidur Tanda Minor Subjektif :*(Tidak Tersedia)*

Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berfikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaforesis

1. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebab (etiologi) untuk masalah gangguan mobilisasi fisik adalah

- 1. Kerusakan integritas struktur tulang
- 2. Perubahan metabolisme
- 3. Kebugaran fisik
- 4. Penurunan kendali otot
- 5. Penurunan massa otot
- 6. Penurunan kekuatan otot

7. Keterlambatan perkembangan

8. Kekuatan sendi

Tanda Mayor

Subjektif :

1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif :

1) Kekuatan otot menurun

2) Rentang gerak (ROM) menurun

Tanda Minor

Subjektif :

1) Nyeri saat bergerak

2) Enggan melakukan pergerakan

3) Nyeri saat bergerak

4) Enggan melakukan pergerakan

5) Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

1) Sendi kaku

2) Gerakan tidak terkoordinasi

3) Gerakan terbatas

4) Fisik lemah

2. Gangguan Pola Tidur (D.0055) Pengertian :

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Penyebab (etiologi) untuk masalah gangguan pola tidur adalah :

1. Hambatan lingkungan (mis : kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwalkan pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
2. Kurang control tidur
3. Kurangnya privasi
4. Restraint fisik
5. Ketidak nyamanan tidur
6. Tidak familiar dengan peralatan tidur

Tanda Mayor

Subjektif :

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Mengeluh sering terjaga
- 3) Mengeluh tidak puas tidur
- 4) Mengeluh pola tidur berubah
- 5) Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif :

Tidak tersedia)

Tanda Minor

Subjektif :

- 1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif :

(Tidak tersedia)

d.Ansietas (D.0080)

Pengertian :

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Tanda Mayor

Penyebab (etiologi) untuk masalah ansietas adalah:

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Krisis maturasional
4. Ancaman terhadap konsep diri
5. Ancaman terhadap kematian
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan
7. Disfungsi sistem keluarga
8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)

Subjektif :

- 1) Merasa bingung
- 2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 3) Sulit berkonsentrasi

Objektif :

- 1) Tampak gelisah

2) Tampak tegang

3) Sulit tidur

Tanda Minor

Subjektif :

1) Mengeluh pusing

2) Anoreksia

3) Palpitasi

4) Merasa tidak berdaya

Objektif :

1) Frekuensi napas meningkat

2) Frekuensi nadi meningkat

3) Tekanan darah meningkat

4) Diaforesis

5) Tremor

6) Muka tampak pucat

7) Suara bergetar kontak mata buruk

8) Sering berkemih

9) Berorientasi pada masa lalu

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi didefinisikan sebagai langkah perumusan rencana keperawatan yang dirancang khusus bagi pasien berdasarkan penegakan diagnosis, dengan tujuan agar seluruh kebutuhan klien dapat terpenuhi

secara optimal. Secara teoretis, penyusunan perencanaan asuhan keperawatan ini diselaraskan dengan pedoman luaran serta intervensi yang berlandaskan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan keperawatan tersebut juga disesuaikan dengan kondisi klinis pasien serta ketersediaan fasilitas penunjang, sehingga setiap tindakan yang dirumuskan dapat memenuhi prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant/Rational, Time-bound*). Berdasarkan rangkaian tersebut, selanjutnya akan disusun rencana asuhan keperawatan yang merujuk langsung pada diagnosis yang telah ditetapkan.

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	TTD
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan 3x8 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Kesulitan tidur menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola napas membaik • Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri Observasi: • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non-verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor efek samping penggunaan analgetik	Arimbi

			Terapeutik: • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam, kompres hangat/dingin) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur yang adekuat Edukasi: • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu timbulnya nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: • Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu	
2	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan mobilitas 3x 8 jam fisik meningkat dengan kriteria hasil: • Pergerakan ekstremitas meningkat • Kekuatan otot meningkat • Rentang gerak (ROM) meningkat • Nyeri saat bergerak menurun	Dukungan Mobilisasi Observasi: • Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya saat bergerak • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor denyut nadi dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum	Arimbi

		• Kelemahan fisik menurun • Gerakan terbatas menurun	selama melakukan mobilisasi Terapeutik: • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. kruk, kursi roda, walker) • Fasilitasi melakukan pergerakan (ROM pasif/aktif) • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: • Jelaskan tujuan dan prosedur dilakukannya mobilisasi • Anjurkan mobilisasi dini bertahap (miring kanan/kiri, duduk, berdiri, berjalan) • Ajarkan mobilisasi sederhana secara mandiri maupun dibantu Kolaborasi: • Kolaborasi dengan fisioterapis jika perlu	
3	Gangguan Pola Tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan 3x 8 jam pola tidur membaik dengan kriteria hasil: • Keluhan sulit tidur menurun • Keluhan sering terjaga menurun	Dukungan Tidur Observasi: • Identifikasi pola aktivitas dan waktu tidur harian • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik, psikologis, lingkungan) • Identifikasi konsumsi	Arimbi

	• Keluhan tidak puas tidur menurun • Keluhan pola tidur berubah menurun • Keluhan istirahat tidak cukup menurun • Kemampuan beraktivitas meningkat	kopi, teh, alkohol sebelum tidur • Identifikasi obat tidur yang sedang dikonsumsi Terapeutik: • Modifikasi lingkungan tidur (pencahayaan redup, suhu nyaman, minim bising) • Batasi waktu tidur siang agar tidak mengganggu siklus malam • Fasilitasi penerapan jadwal tidur dan bangun yang konsisten • Lakukan tindakan peningkatan kenyamanan (posisi nyaman, kompres hangat) Edukasi: • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama masa sakit/pemulihan • Anjurkan menepati waktu tidur teratur • Anjurkan menghindari kafein atau makan berat menjelang tidur • Ajarkan relaksasi napas dalam sebelum tidur Kolaborasi: • Kolaborasi pemberian obat tidur jika perlu		
4	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan 3x 8 jam tingkat ansietas	Reduksi Ansietas Observasi: • Identifikasi saat tingkat	Arimbi

menurun dengan kriteria hasil:	ansietas berubah (pemicu, waktu, beban stres)
• Verbalisasi khawatir menurun	• Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
• Perilaku gelisah menurun	• Monitor tanda-tanda
• Perilaku tegang menurun	ansietas verbal dan nonverbal
• Keluhan palpitasi/berdebar menurun	Terapeutik:
• Frekuensi nadi & napas membaik	• Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
• Tekanan darah membaik	• Temani pasien guna memberikan rasa aman dan mengurangi cemas
• Pola tidur membaik	• Dengarkan ungkapan perasaan pasien dengan penuh perhatian
	• Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
	Edukasi:
	• Jelaskan prosedur medis dan sensasi yang mungkin dialami
	• Informasikan faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
	• Anjurkan keluarga tetap mendampingi pasien
	• Latih teknik relaksasi (napas dalam, distraksi)
	Kolaborasi:
	• Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika ada

d. Implementasi

Implementasi keperawatan didefinisikan sebagai rangkaian tindakan aktif yang dijalankan oleh perawat guna mendampingi pasien bergeser dari permasalahan status kesehatan yang sedang dialami menuju kondisi kesehatan yang optimal sesuai dengan kriteria luaran yang telah ditetapkan. Lingkup intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien mencakup aspek dukungan, pemberian pengobatan, upaya perbaikan kondisi fisik, edukasi bagi pasien beserta keluarga, hingga langkah-langkah preventif untuk mencegah timbulnya komplikasi atau masalah kesehatan di kemudian hari. Pelaksanaan implementasi ini wajib berpusat sepenuhnya pada kebutuhan pasien, dengan tetap mempertimbangkan berbagai elemen yang memengaruhi kebutuhan perawatan, strategi pelaksanaan, serta efektivitas komunikasi. Di samping itu, penerapan sistem manajemen mutu merupakan suatu kerangka kerja yang berfungsi memastikan tercapainya target serta sasaran mutu yang telah dirancang, termasuk di dalamnya lingkup pelayanan keperawatan secara profesional (Ginting & Khairunisa, 2020).

e. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai tahapan sistematis yang dijalankan guna menilai pencapaian tujuan yang berorientasi pada aspek objektivitas, efisiensi, dan efektivitas, sekaligus untuk mengukur dampak suatu kegiatan serta

memfasilitasi pengambilan keputusan demi perbaikan berbagai aspek program perencanaan di masa mendatang. Tujuan utama dari peninjauan ini adalah untuk menjamin terselenggaranya asuhan keperawatan yang optimal, mendongkrak mutu pelayanan keperawatan, melanjutkan rencana asuhan secara berkelanjutan, serta mengukur tingkat kemampuan pasien dalam memenuhi target yang telah ditetapkan. Pendekatan yang digunakan adalah metode kualitatif, di mana proses pengumpulan data dilakukan secara komprehensif untuk kemudian dianalisis lebih lanjut. Penelaahan literatur (*literature review*) ini berfokus secara khusus pada analisis komponen serta klasifikasi jenis evaluasi dalam kerangka asuhan keperawatan. Secara umum, komponen evaluasi terbagi menjadi lima bagian utama. Adapun jenis-jenis evaluasi yang diterapkan dalam praktik asuhan keperawatan meliputi evaluasi formatif (berorientasi pada proses) dan evaluasi sumatif (berorientasi pada hasil akhir).

e. **Metode Penulisan**

a. Jenis, Rancangan, Penelitian dan Pendekatan

Jenis Rancangan penelitian ini menggunakan metode studi kasus yang berfokus pada pemahaman mendalam mengenai Asuhan Keperawatan Maternitas Dengan Fokus Intervensi Mobilisasi Dini Pada Ibu Post *Section caesarea* untuk meningkatkan kemandirian dan mempercepat kesembuhan luka operasi, yang bertujuan untuk mendapatkan pemahaman mendalam dan rinci dengan langkah-langkah meliputi pemilihan kasus, pengumpulan data

melalui proses keperawatan untuk mendapatkan data primer dan sekunder pada kasus, analisa data, pelaporan temuan serta refleksi dan implikasi. Rancangan yang digunakan dalam penelitian karya tulis ilmiah ini yaitu studi kasus.

Studi kasus merupakan studi dengan cara meneliti satu permasalahan melalui unit kasus yang terdiri dari satu atau beberapa responden. Karya tulis ini menggambarkan studi kasus tentang Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny.A G1P1A0 dengan Fokus Intervensi Mobilisasi Dini pada Pasien Post *Sectio caesarea* Hari ke-1 Indikasi *Peeklamsia*. Pendekatan penelitian studi kasus dengan menerapkan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian,diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

b. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien melahirkan dengan Post Sectio Caesaera (SC) dengan indikasi *Preeklamsia*

c. Waktu dan Tempat

Peneliti berencana akan melakukan penelitian di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi.

d. Fokus Studi

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini berfokus pada pengelolaan Asuhan Keperawatan Maternitas Dengan Fokus Intervensi Mobilisasi Dini Pada Ibu Post *Sectio caesarea* dengan Indikasi *Preeklamsia*.

e. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian ini yaitu peralatan atau fasilitas dalam memudahkan pekerjaan dan untuk mencapai hasil baik saat mengumpulkan data oleh peneliti. Instrumen yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini yaitu format pengkajian. Adapun instrumen lain yang digunakan dalam pengumpulan data antara lain, tensimeter, stetoskop, thermometer dan lain sebagainya.

f. Metode Pengambilan Data

Metode pengambilan data yang dipakai adalah data primer, sekunder, dan tersier. Data primer diperoleh dari pasien, data sekunder diperoleh dari pihak lain misalnya keluarga dan data penunjang sedangkan data tersier yang diperoleh dari hasil pemeriksaan terdahulu atau ringkasan perjalanan penyakit pasien. Pengambilan data dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan metode sebagai berikut:

1. Wawancara, yaitu kegiatan bertanya secara langsung kepada responden yang diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, daftar periksa atau check list.
2. Observasi, yaitu pengamatan secara langsung pada responden untuk mengetahui perubahan atau hal-hal yang akan diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa lembar observasi dan panduan pengamatan.
3. Studi dokumen atau teks, yaitu pengkajian dari dokumen tertulis seperti buku teks, majalah, surat kabar, surat-surat, laporan dinas, dan catatan

kasus.

g. Metode Pengambilan Data

Metode pengambilan data yang dipakai adalah data primer, sekunder, dan tersier. Data primer diperoleh dari pasien, data sekunder diperoleh dari pihak lain misalnya keluarga dan data penunjang sedangkan data tersier yang diperoleh dari hasil pemeriksaan terdahulu atau ringkasan perjalanan penyakit pasien. Pengambilan data dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan metode sebagai berikut:

- a. Wawancara, yaitu kegiatan bertanya secara langsung kepada responden yang diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, daftar periksa atau check list.
- b. Observasi, yaitu pengamatan secara langsung pada responden untuk mengetahui perubahan atau hal-hal yang akan diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa lembar observasi dan panduan pengamatan.
- c. Studi dokumen atau teks, yaitu pengkajian dari dokumen tertulis seperti buku teks, majalah, surat kabar, surat-surat, laporan dinas, dan catatan kasus.

h. Etika Penelitian

Penerapan etika penelitian merupakan kewajiban mutlak bagi setiap peneliti guna melindungi hak-hak dasar calon responden yang dilibatkan dalam suatu studi. Terdapat tiga prinsip utama etika penelitian yang wajib diperhatikan

dan dipatuhi oleh peneliti, yaitu:

1. Informed Consent (Persetujuan Penelitian)

Merupakan bentuk persetujuan resmi dari responden untuk berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian. Lembar persetujuan ini diberikan agar calon responden memahami secara jelas maksud serta tujuan penelitian yang dijalankan, sehingga peneliti tidak melakukan pemaksaan dan senantiasa menghormati hak-hak otonomi mereka sebagai responden.

2. Anotomy (Kerahasiaan Identitas)

Merupakan upaya perlindungan privasi responden dengan cara menyembunyikan identitas personal subjek secara lengkap—seperti nama lengkap, nomor rekam medis (RM), alamat tempat tinggal, dan informasi pengenal lainnya. Sebagai gantinya, peneliti menggunakan sistem pengkodean atau inisial khusus untuk merepresentasikan identitas responden tersebut.

3. Confidentiality (Kerahasiaan Informasi)

Merupakan bentuk komitmen dan tindakan nyata untuk menjaga kerahasiaan seluruh data serta informasi yang telah diberikan oleh responden. Pengamanan ini dijalankan dengan cara menyimpan data dalam bentuk digital (*file*) yang aman, sementara data fisik berupa cetakan (*hardcopy* seperti dokumen laporan asuhan keperawatan) disimpan secara khusus di ruang rekam medis rumah sakit atau diamankan langsung oleh

peneliti dalam arsip dokumen pribadi yang terbatas.