

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Post Partum (Masa Nifas)

2.1.1. Pengertian

Masa nifas merupakan masa penting bagi ibu karena dalam masa ini perubahan besar terjadi dari sisi perubahan fisik, emosi, dan kondisi psikologis ibu. Periode pemulihan dimulai setelah kelahiran bayi dan plasenta, system reproduksi kembali seperti mendekati keadaan sebelum hamil, masa nifas dimulai sejak 2 jam sampai dengan 6 minggu (Vivian, 2021).

2.1.2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Sri Astuti (2015) periode masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu, Puerperium Dini (*Immediate Postpartum*) 0-24 jam postpartum yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, Puerperium Intemediate (*Early Postpartum*) 1-7 hari postpartum yaitu masa dimana involusi uterus harus dalam keadaan normal, Puerperium Remote (*Late Postpartum*) 1-6 minggu postpartum waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

2.1.3. Tujuan Asuhan pada Masa Nifas

Tujuan dilakukannya asuhan pada masa nifas menurut (Anita,2014) yaitu untuk menjaga Kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologi, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi baik pada ibu maupun bayinya, memberikan Pendidikan Kesehatan pada ibu yang berkaitan dengan perawatan diri, nutrisi, menyusui, KB, pemberian imunisasi hingga memberikan Kesehatan emosional pada ibu. tujuan asuhan pada masa nifas sangatlah penting untuk dilakukan sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemulihan dirinya dan kesiapan ibu untuk memberikan kebutuhan apa saja yang di butuhkan untuk bayi nya.

2.1.4. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

Menurut (Ari Sulistyawati,2015) beberapa kebutuhan ibu nifas yang harus dipeuhi yaitu, kebutuhan gizi ibu menyusui bagi ibu yang menyusui ASI eksklusif sangat di perlukan sebanyak 800kkal tambahan makanan untuk memproduksi ASI dan sebagai energi untuk aktivitas ibu, Ambulasi Dini agar ibu dapat merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik. Istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, perawatan payudara agar putting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk ibu menyusui,

yang terakhir ada senam nifas yang bertujuan untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal dan ibu merasa lebih rileks, mengurangi kecemasan, dan ibu lebih segar dan perubahan system endokrin.

2.1.5. Adaptasi Perubahan Aspek Psikologis Pada Masa Nifas

Menurut (Astuti, 2015), perubahan emosi dan psikologis ibu nifas terjadi akibat perubahan tugas dan peran menjadi orang tua. Ibu merasa memiliki tanggung jawab untuk merawat bayinya dan dalam periode masa nifas akan muncul beberapa perubahan perilaku pada ibu. terdapat 3 penyesuaian yang akan terjadi dalam adaptasi psikologis setelah melahirkan yaitu, Penyesuaian ibu (*Maternal Adjustment*), Penyesuaian Ayah (*Paternal Adjustment*), dan *Responsitivity*. Terdapat tahapan adaptasi psikologis pada ibu post partum menurut teori (Reva Rubin, 2017) yaitu, Fase *Taking-in* (setelah melahirkan sampai hari ke 2), Fase *Taking Hold* (3 hingga 10 hari post partum), dan Fase *Letting-go* (pada hari ke 10 postpartum). Penyesuaian dan tahapan tersebut pasti akan terjadi pada ibu postpartum sehingga untuk membantu dan mendukung proses tersebut dibutuhkan nya salah satu tindakan keperawatan yaitu seperti Pendidikan Kesehatan.

2.2 Konsep dasar *Sectio Caesarea*

2.2.1. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Martowiejo, 2018). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan

melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding Rahim dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sagita, 2019).

2.2.2. Etiologi

Menurut Sagita (2019), indikasi ibu dilakukan *sectio caesarea* adalah rupture uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa factor *sectio caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab section sebagai berikut :

1. CPD (Chepalo Pelvik Dispropotion) adalah ukuran lingkar panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin Ketika akan lahir secara noemal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.
2. PEB (Pre-Eklamsi Berat) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu

kebidanan. Karena itu diagnose dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.
4. Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara sectio caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
5. Factor hambatan jalan lahir, adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.
6. Kelainan letak janin :
 - a. Kelainan pada letak kepala, letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam terapa UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
 - b. Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27 - 0,5 %. Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi

terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

- c. Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki.

2.2.3. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eclampsia dan eclampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian Sebagian kasus mulut Rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.

2.2.4. Tanda dan Gejala

Menurut Martowirjo (2018), manifestasi klinis pada klien dengan *post sectio caesarea* antara lain :

1. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
2. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat

3. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
4. Bising usus tidak ada
5. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
6. Balutan abdomen tampak sedikit noda
7. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

2.2.5. Komplikasi

Komplikasi pada pasien *sectio caesarea* adalah :

1. Komplikasi pada ibu

Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti, peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperative terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah dini, tindakan vaginal sebelumnya). Perdarahan bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi lain seperti luka kandung kemih dan embolisme paru. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa rupture uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea*.

2. Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan emboli paru
3. Komplikasi baru, komplikasi yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan

berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea*.

2.2.6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Martowirjo (2018) pemeriksaan diagnostic yang dilakukan pada ibu *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1. Hitung darah lengkap
2. Golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes coombs Nb
3. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa
4. Pelvimetri : menentukan CPD
5. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
6. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
7. Amniosintesis : mengkaji maturitas paru janin
8. Terhadap Gerakan/stress dari pola kontraksi uterus/ pola abnormal
9. Penentuan elektronik selanjutnya memastikan status janin/aktivitas uterus

2.2.7. Penatalaksanaan

Menurut Ramadanty (2019), penatalaksanaan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10% garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan

2. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar, hari kedua post operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke 3 sampai hari ke 5 pasca operasi.

4. Kateterisasi

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

5. Pemberian obat-obatan

Antibiotic cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda-beda sesuai indikasi

6. Analgetic dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat diberikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x1, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidine 90-75mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

7. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

8. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

9. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

10. Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pemalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri

2.3 Konsep dasar Hipertensi

2.3.1. Pengertian

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg. Penyakit hipertensi dapat disebabkan oleh pola makan yang buruk dan kurangnya aktivitas fisik (Rihianto and Widodo 2018).

Hipertensi adalah salah satu penyakit degenerative yang menjadi salah satu penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Semakin bertambah usia dapat meningkatkan resiko terjangkitnya penyakit hipertensi yang disebabkan adanya perubahan alami pada jantung, pembuluh darah dan hormon (Suryarinilsih et. 2021)

Hipertensi pada kehamilan adalah kondisi dimana tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolic diatas 90 mmHg. Terdapat beberapa jenis hipertensi dalam kehamilan. Yang pertama adalah hipertensi gestasional. Hipertensi ini adalah tipe yang paling ringan, biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu, tanpa ditemukan adanya protein pada urin. Yang kedua adalah preeklampsia. Preeklampsia adalah bentuk hipertensi kehamilan yang lebih berat daripada hipertensi gestasional. Preeklampsia ditandai dengan tekanan darah yang tinggi disertai adanya protein pada pemeriksaan urin. Preeklampsia dikelompokkan menjadi preeklampsia ringan dan berat, tergantung pada tekanan darah sistolik dan diastoliknya. Yang ketiga adalah eklampsia. Eklampsia adalah tipe hipertensi dalam kehamilan yang paling berat. Eklampsia ditandai dengan adanya hipertensi, protein pada pemeriksaan urin, dan disertai adanya kejang. Dan yang keempat adalah hipertensi kronis yang diperberat dengan kehamilan. Tipe ini biasanya ditemukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi sebelum kehamilan. (Kemenkes RI, 2022).

2.3.2. Etiologi

Penyebab Hipertensi menurut Johanes (2019), yaitu :

- a. Hipertensi Primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa factor yang diketahui diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial, diantaranya :

1. Genetic

Individu dengan keluarga hipertensi memiliki potensi lebih tinggi mendapatkan penyakit hipertensi.

2. Jenis kelamin dan usia

Lelaki berusia 35-50 tahun dan Wanita yang telah menopause beresiko tinggi mengalami penyakit hipertensi.

3. Gaya hidup merokok dan konsumsi alcohol

Merokok dan konsumsi alcohol sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi karena reaksi bahan atau zat yang terkandung dalam keduanya.

- b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang diketahui penyebabnya. Hipertensi sekunder disebabkan oleh beberapa penyakit, yaitu :

1. Coarctationaorta, yaitu penyempitan aorta congenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta toraksi atau aorta abdominal. Penyempitan pada aorta tersebut dapat menghambat aliran darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah diatas area konstriksi.
2. Penyakit parenkim dan vascular ginjal, penyakit ini merupakan penyakit utama penyebab hipertensi sekunder. Hipertensi

renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung darah ke ginjal.

3. Gangguan endokrin, Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal mediate hypertension disebabkan kelebihan primer aldosterone, kortisol, dan katekolamin.
4. Kegemukan atau obesitas dan malas berolahraga
5. Stress yang cenderung menyebabkan peningkatan tekanan darah untuk sementara waktu.

2.3.3. Patofisiologi

Hipertensi dapat disebabkan oleh umur, jenis kelamin, gaya hidup dan obesitas. Hipertensi menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, perubahan struktur, penyumbatan pembuluh darah, vasokonstriksi dan gangguan sirkulasi. Gangguan sirkulasi di otak mengakibatkan resistensi pembuluh darah otak naik, suplai oksigen otak menurun yang menyebabkan penderita mengalami nyeri kepala dan gangguan pola tidur. Hipertensi menyebabkan gangguan pada ginjal yang mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah, blood flow menurun, respon RAA, rangsang aldosterone, retensi Na, edema yang menimbulkan masalah keperawatan kelebihan volume cairan. Hipertensi juga mengganggu system pembuluh darah yang mengakibatkan vasokonstriksi, iskemik, miokard yang mengakibatkan afterload meningkat yang dapat menimbulkan masalah keperawatan penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas (Hariawan dan Tatisina 2020).

2.3.4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala hipertensi menurut Farrar & Zhang (2015) dibagi menjadi :

1. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan darah arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah tidak teratur.

2. Gejala lazim

Seringkali dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya pasien ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa gejala pasien yang menderita hipertensi, yaitu :

- a) Mengeluh sakit kepala
- b) Lemas, kelelahan
- c) Sesak nafas
- d) Gelisah
- e) Mual
- f) Muntah

Sedangkan tanda gejala hipertensi dalam kehamilan, yaitu:

- a) Ditemukannya kelebihan protein dalam urine (proteinuria)
atau tanda-tanda tambahan masalah ginjal
- b) Sakit kepala yang parah

- c) Perubahan penglihatan, penglihatan menjadi kabur, atau sensitivitas cahaya
- d) Nyeri pada perut bagian atas, biasanya di bawah tulang rusuk di sisi sebelah kanan
- e) Mual dan muntah
- f) Urine dari buang air kecil menurun
- g) Penurunan kadar trombosit dalam darah
- h) Gangguan pada fungsi hati
- i) Sesak nafas, hal ini disebabkan oleh cairan di paru-paru
- j) Kenaikan tiba-tiba pada berat badan dan pembengkakan (edema), khususnya di wajah dan tangan, sering menyertai preeklampsia. Tapi hal-hal ini juga terjadi di banyak kehamilan normal, sehingga kadang tidak dianggap sebagai tanda-tanda preeklampsia.

3.3.5. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada penderita hipertensi menurut (Kemenkes RI,2019), yaitu :

1. Penyakit jantung
2. Stroke
3. Ginjal
4. Retinopati (kerusakan retina)
5. Penyakit pembuluh darah tepi
6. Gangguan saraf

Hipertensi pada saat hamil tidak hanya dapat membuat ibu beresiko mengalami berbagai masalah Kesehatan selama kehamilan, tapi juga bisa

membahayakan bayi dalam kandungan. Berikut komplikasi yang bisa terjadi pada ibu yang mengalami hipertensi selama kehamilan

1. Preeklamsia

Preeklamsia dapat menyebabkan kerusakan serius pada organ dalam tubuh ibu, termasuk otak dan ginjal. Bila disertai kejang, preeklamsia berpotensi berkembang menjadi eklamsia. Bila tidak ditangani dengan cepat, kondisi ini bisa berakibat fatal.

2. Solusio plasenta

Preeklamsia juga meningkatkan resiko terjadinya solusio plasenta, yaitu kondisi Ketika plasenta terpisah dari dinding dalam Rahim sebelum melahirkan. Solusio plasenta yang parah bisa menyebabkan perdarahan hebat yang mengancam jiwa ibu dan bayi.

3. Sindrom HELLP

Preeklamsia juga dapat menyebabkan komplikasi HELLP. HELLP adalah gabungan dari beberapa kondisi seperti hemolisis, peningkatan enzim hati, dan jumlah trombosit yang kurang. Kondisi ini parah dapat mengancam jiwa.

4. Aliran darah ke plasenta kurang

Bila plasenta tidak mendapatkan cukup darah, bayi akan menerima lebih sedikit oksigen dan nutrisi. Hal ini dapat mengakibatkan bayi mengalami pertumbuhan yang lambat (Batasan pertumbuhan intrauterine, berat badan lahir rendah atau kelahiran premature)

5. Kelahiran premature

Guna mencegah komplikasi yang berpotensi mengancam nyawa saat ibu mengalami hipertensi saat hamil, kadang-kadang persalinan dini perlu

dilakukan. Kelahiran premature meningkatkan resiko bayi mengalami masalah pernapasan, infeksi, dan komplikasi lainnya.

6. Penyakit kardiovaskular di masa depan

Preeklamsia juga dapat meningkatkan resiko ibu mengalami penyakit jantung dan pembuluh darah. Resiko ibu untuk terkena penyakit kardiovaskular di masa depan lebih tinggi bila ibu pernah mengalami preeklamsia lebih dari satu kali atau ibu pernah menjalani persalinan premature karena memiliki tekanan darah tinggi selama kehamilan.

3.3.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Sagita & Kristanti (2018) :

1. Elektrokardiogram

Pembesaran ventrikel kiri dan gambaran kardiogram dapat dideteksi dengan pemeriksaan ini, dapat juga menggambarkan apakah hipertensi sudah berlangsung lama.

2. Pemeriksaan tekanan darah

Pemeriksaan tekanan darah dapat menggunakan digital sphygmomanometer sesuai sop dan prosedur yang sudah ditentukan.

3. Pemeriksaan fisik

Mengetahui adanya bengkak atau penurunan penglihatan

4. Urinalisis

Untuk mengecek kadar protein dalam urine

5. USG

Untuk memantau detak jantung janin

3.3.7. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan tekanan darah, mencegah perkembangan penyakit kardiovaskuler, menurunkan mortalitas, serta menjaga kualitas hidup pasien. Penatalaksanaan mencakup modifikasi gaya hidup dan pemberian medikamentosa.

1. Modifikasi gaya hidup

Modifikasi gaya hidup harus menjadi terapi lini pertama dalam penatalaksanaan hipertensi. Modifikasi gaya hidup juga dapat meningkatkan efikasi medikamentosa yang dikonsumsi oleh pasien.

Pemberian terapi farmakologi dapat ditunda pada pasien hipertensi derajat 1 dengan risiko komplikasi penyakit kardiovaskular rendah. Jika dalam 4-6 bulan tekanan darah belum mencapai target atau terdapat faktor risiko penyakit kardiovaskular lainnya maka pemberian medikamentosa sebaiknya dimulai.

2. Penurunan berat badan

Penurunan berat badan akan bermanfaat pada pasien dengan obesitas atau *overweight*. Penurunan berat badan dilakukan perlahan hingga mencapai berat badan ideal dengan cara terapi nutrisi medis dan peningkatan aktivitas fisik dengan latihan jasmani.

3. Modifikasi Diet

Diet tinggi garam akan meningkatkan retensi cairan tubuh. Asupan garam sebaiknya tidak melebihi 2 gr/ hari.

Diet DASH merupakan salah satu diet yang direkomendasikan pada pasien hipertensi. Diet ini pada intinya mengandung makanan kaya sayur dan buah, serta produk rendah lemak. Makanan yang dihindari yakni jeroan, daging kambing, makanan yang diolah menggunakan garam natrium, makanan dan minuman dalam kemasan, makanan yang diawetkan, mentega dan keju. Pasien juga dianjurkan menghindari konsumsi bumbu-bumbu tertentu (kecap asin, terasi, petis, saus tomat, saus sambal, tauco dan bumbu penyedap lain), serta makanan dan minuman yang mengandung alkohol.

4. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik regular telah dilaporkan membantu penurunan tekanan darah, terutama pada kasus hipertensi resisten. Rekomendasi terkait olahraga yakni olahraga aerobik dan Latihan resistensi secara teratur sebanyak 30 menit/hari pada 3-5 hari/minggu.

5. Modifikasi gaya hidup lain

Minta pasien mengurangi konsumsi alkohol. Pembatasan konsumsi alkohol tidak lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1,5 gelas per hari pada wanita dapat menurunkan tekanan darah.

Penderita hipertensi juga dianjurkan untuk berhenti merokok demi menurunkan risiko komplikasi penyakit kardiovaskular. Selain itu diperlukan manajemen stres yang baik karena stres diketahui dapat meningkatkan tekanan darah.

6. Medikamentosa

Terapi medikamentosa perlu segera dimulai pada hipertensi derajat 1 dengan risiko tinggi maupun dengan Riwayat penyakit komorbid seperti

stroke, penyakit ginjal kronik, diabetes melitus, dan *hypertension-mediated organ damage* dan farmakoterapi juga dilakukan pada setiap kasus hipertensi derajat 2.

Pada hipertensi derajat 1 dengan risiko rendah-sedang dan tanpa disertai komorbiditas, terapi medikamentosa dimulai setelah 3–6 bulan modifikasi gaya hidup tidak menyebabkan tekanan darah terkontrol. Target reduksi tekanan darah setidaknya 20/10 mmHg dalam 3 bulan, tetapi sebaiknya hingga <140/90 mmHg. Bila memungkinkan, target tekanan darah dilakukan berdasarkan usia, yaitu:

- <65 tahun: Target tekanan darah <130/80 mmHg bila dapat ditoleransi
- ≥65 tahun: Target tekanan darah <140/90 mmHg bila dapat ditoleransi

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Sectio Caesarea*

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* menurut (Sagita, 2019) adalah sebagai berikut :

a. Identitas Klien

Meliputi : nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, Pendidikan, status pernikahan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada post operasi *sectio caesarea* biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi, pusing dan sakit pinggang.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat Kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *sectio caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), factor plasenta (plasenta previa, solusio plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (multiple pregnancy), pre eclampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Riwayat pada saat sebelum inpartus di dapatkan cairan yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Didapatkan data klien pernah Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat juga mempengaruhi penyakit sekarang, seperti adanya penyakit diabetes melitus, jantung, hipertensi, abortus dan penyakit kelamin.

3) Riwayat Perkawinan

Pada Riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

4) Riwayat Obsterti

Pada pengkajian Riwayat obsterti meliputi Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapakali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah

pernah abortus, dan keadaan nifas post operasi sectio caesarea yang lalu.

5) Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak.

6) Riwayat Keluarga Berencana

Pengkajian Riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

7) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah penyakit menular dalam keluarga seperti jantung, hipertensi, TBC, diabetes melitus, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

b. Pola Fungsi Kesehatan

c. Pola aktivitas

Aktivitas klien terbatas, dibantu oleh orang lain untuk memenuhi keperluannya karena klien mudah letih, klien hanya bisa beraktivitas ringan seperti : duduk ditempat tidur, menyusui.

d. Pola Eliminasi

Klien dengan post sectio caesarea biasanya terjadi adanya perasaan sering/susah kencing akibat terjadinya edema dari trigono, akibat

tersebut menimbulkan infeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Klien pada masa nifas sering terjadi perubahan pola istirahat dan tidur akibat adanya kehadiran sang bayi dan nyeri jahitan.

f. Pola Hubungan dan Peran

Klien akan menjadi ibu dan istri yang baik untuk suaminya.

g. Pola Penanggulangan Stress

Klien merasakan nyeri pada perineum karena adanya luka jahitan akibat sectio caesarea.

h. Pola Sensori Kognitis

Klien merasakan nyeri pada prineum karena adanya luka jahitan akibat sectio caesarea.

i. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa dirinya tidak seindah sebelum hamil, semenjak melahirkan klien mengalami perubahan pada ideal diri.

j. Pola Reproduksi dan Sosial

Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri bekas jahitan luka sectio caesarea.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda Vital

Apabila terjadi perdarahan pada post sectio caesarea tekanan darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun.

b. Kepala

1. Rambut

Bagaimanakah bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada benjolan.

2. Mata

Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sclera kuning.

3. Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.

4. Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum terkadang ditemukan pernapasan cuping hidung.

5. Mulut dan Gigi

Mulut bersih/kotor, mukosa bibir kering/lembab.

c. Leher

Saat dipalpasi ditemukan ada/ tidak pembesaran kelenjar tiroid, karena adanya proses penerangan yang salah.

d. Thorax

- 1) Payudara : Simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, areola hitam kecoklatan, puting susu menonjol, air susu lancer dan banyak keluar.

2) Paru-paru : Sometris/ tidak kiri dan kanan, ada/ tidak terlihat pembengkakan, ada/tidak nyeri tekan, ada/tidak teraba massa, perkusi redup/sonor.

3) Jantung : letus cordis teraba/tidak, perkusi redup/tympani, auskultasi bunyi jantung lupdub.

e. Abdomen

Teraba luka jahitan post op ditutupi verban, adanya strigravidarum, nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek/keras, perkusi redup, auskultasi bising usus.

f. Genetalia

Pengeluaran darah bercampur lender, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekomium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.

g. Ekstremitas

Pemeriksaan edema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarkan uterus, karena pre eklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), masalah keperawatan yang muncul pada pasien *sectio caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan factor risiko : episiotomy, laserasi.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi dibuktikan dengan merasa lemah.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik .

2.4.3. Perencanaan

Intervensi merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan yang meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien. Menurut (Wilkinson, 2018) tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu :

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dibuktikan dengan tampak meringis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan masalah nyeri akut menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun(5) - Tampak meringis menurun(5) - Sikap protektif menurun (5(	Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor penyebab nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan analgetic Teurapetik : 1. Berikan Teknik nonfarmakologis (Tarik nafas dalam, kompres hangat atau dingin) 2. Kontrak lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi :

			1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi Pereda nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Risiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : - Kebersihan tangan meningkat(5) - Kebersihan badan meningkat(5) - Nyeri menurun(5)	Observasi : 1. Monitor tanda gejala infeksi local dan sistemik Teurapetik : 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Perhatikan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

			2. Ajarkan cuci tangan dengan benar 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antibiotic ataupun imunisasi (jika perlu)
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan klien merasa lemah	Setelah melakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : - Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat(5) - Kecepatan berjalan meningkat(5) - Jarak berjalan meningkat(5)	Edukasi : 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas Teurapetik : 1. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai Latihan 2. Berikan posisi tubuh optimal untuk Gerakan sendi pasif atau aktif 3. Fasilitasi Menyusun jadwal Latihan rentang gerak aktif atau pasif

		- Perasaan lemah menurun(5)	4. Berikan penguatan positif untuk melakukan Latihan Bersama Edukasi : 1. Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan rencanakan Latihan Bersama 2. Anjurkan pasien duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjantai) atau di kursi 3. Anjurkan melakukan Latihan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis
4	Risiko infeksi berhubungan dengan factor risiko : episiotomy, laserasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam keluhan klien berkurang dengan kriteria hasil : - Demam menurun (5) - Kemerahan menurun (5) - Nyeri menurun (5) - Bengkak	Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokasi sistemik Teurapetik - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

		menurun (5) - Kadar sel darah putih membaik (5)	Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
5	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi) dibuktikan dengan fisik lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Nyeri menurun(5) - Kelemahan fisik menurun(5)	Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Teurapetik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi :

		- Kekuatan otot meningkat (5) - Gerakan terbatas menurun (5)	1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi menurut (jurnal of management nursing, 2022) mengenai prosedur mobilisasi dini 2. Anjurkan mobilisasi dini sesuai prosedur menurut (jurnal Kesehatan 2018) 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
6	Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah risiko ketidakseimbangan cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Asupan cairan meningkat (5) - Kelembaban membrane mukosa meningkat (5)	Observasi : 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor jumlah dan warna urin 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output cairan Teurapetik : 1. Atur waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi :

		- Membrane mukosa membaik (5) - Turgor kulit membaik (5)	1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan
7	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dibuktikan dengan tidak mampu mandi/berpakaian secara mandiri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah deficit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan mandi meningkat(5) - Kemampuan mengenakan pakaian secara mandiri meningkat(5) - Memperhatikan kebersihan diri meningkat(5)	Observasi : 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu dalam melakukan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. 3. Monitor integritas kulit pasien Teurapetik : 1. Damping dalam melakukan perawatan diri 2. Fasilitasi kemandirian klien 3. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 2. Anjurkan ke toilet secara mandiri

2.4.4. Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan disusun Langkah selanjutnya adalah dalam menetapkan tindakan keperawatan. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri atau Kerjasama dengan tim Kesehatan lainnya. (Hidayat, 2015).

2.4.5. Evaluasi

Evaluasi adalah untuk penilaian yang dilakukan untuk mengetahui keberhasilan tujuan. Jika kriteria yang ditetapkan belum tercapai maka tugas perawat selanjutnya adalah melakukan pengkajian kembali (Hidayat, 2015).

2.5. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik Pada Post *Sectio Caesarea*

2.5.1. Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Perubahan dalam tingkat mobilitas fisik dapat mengakibatkan terjadinya pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, hambatan dalam melakukan aktifitas. (PPNI, 2016).

2.5.2. Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik Post *Sectio Caesarea*

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik, antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 usia, efek agen farmakologi, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensoripersepsi.

2.5.3. Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik

Adapun tanda dan gejala pada gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

a. Tanda dan gejala mayor

Tanda dan gejala mayor subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Kemudian, untuk tanda dan gejala mayor objektifnya, yaitu kekuatan otot menurun, dan rentang gerak menurun.

b. Tanda dan gejala minor

Tanda dan gejala minor subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak. Kemudian, untuk tanda dan gejala minor objektifnya, yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

2.5.4. Jenis-jenis Mobilitas Fisik

Mobilitas Fisik dibagi menjadi beberapa jenis, jenis mobilitas diantaranya adalah mobilitas penuh dan mobilitas Sebagian. Mobilitas Sebagian dibagi menjadi mobilitas Sebagian temporer dan mobilitas Sebagian permanen.

1. Mobilitas Penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motoric volunteer dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2. Mobilitas Sebagian

Mobilitas Sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan Batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motoric dan sensorik pada area tubuhnya. Mobilitas Sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

- a) Mobilitas Sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan Batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada system musculoskeletal, contohnya dislokasi sendi dan tulang.
- b) Mobilitas Sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan Batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya system saraf reversible, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena tergantungnya system saraf motoric dan sensorik (Hidayat, 2014).

2.5.5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Mobilitas Fisik

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilitas fisik

1. Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

2. Proses penyakit/cedera

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena dapat mempengaruhi fungsi system tubuh. Sebagai contoh, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan dalam ekstremitas bagian bawah, cedera pada urat saraf tulang belakang, pasien paska operasi atau yang mengalami nyeri cenderung membatasi pergerakan.

3. Kebudayaan

Kemampuan mobilitas dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas, misalnya selama 40 hari sesudah melahirkan tidak boleh keluar rumah.

4. Tingkat energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas yang baik, dibutuhkan energi yang cukup.

5. Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia. Misalnya orang

pada usia pertengahan cenderung mengalami penurunan aktivitas yang berlanjut sampai usia tua.

2.5.6. Rentang Gerak Dalam Mobilitas Fisik

Mobilitas fisik terdapat tiga rentang gerak yaitu :

1. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2. Rentang gerak aktif

Hal ini melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya sendiri.

3. Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan seperti miring kanan kiri, berjalan ke kamar mandi (Fitriani, 2016).

2.5.7. Manfaat Mobilitas Fisik

Manfaat mobilitas fisik post operasi :

1. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.

Dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan Kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat Kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan.

2. Faal usus dan kandung kemih lebih baik. Dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus Kembali normal. Aktivitas ini juga

membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.

2.5.8. Latihan Mobilisasi Pada Pasien Post Pembedahan

Mobilisasi paska pembedahan yaitu proses aktivitas yang dilakukan paska pembedahan dimulai dari Latihan ringan diatas tempat tidur (Latihan pernafasan, Latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar. Tahap-tahap mobilisasi pada pasien dengan pasca pembedahan, meliputi :

1. Pada hari pertama 6-10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan Latihan pernafasan dan batuk efektif kemudian miring kanan-miring kiri sudah dapat dimulai.
2. Pada hari ke-2, pasien didudukan selama 5 menit, disuruh Latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
3. Pada hari ke 3-5, pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi dan keluar kamar sendiri.

Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakan pada posisi tertentu paska operasi akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan. Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan, bahkan justru hamper semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin. Asalkan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi gangguan, dengan bergerak masa pemulihan untuk mencapai level kondisi seperti pra pembedahan dapat

dipersingkat, dan tentu ini akan mengurangi waktu rawat di rumah sakit, menekan pembiayaan serta juga dapat mengurangi stress psikis. Dengan bergerak, hal ini akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka. Menggerakkan badan atau melatih Kembali otot-otot dan sendi pasca operasi di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negative dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik. Pengaruh Latihan pasca pembedahan terhadap masa pulih ini juga telah dibuktikan melalui penelitian ilmiah (Suryani,2014).

2.5.9. Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik Post *Sectio Caesarea*

Masalah gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien post *sectio caesarea* dapat diatasi dengan melakukan terapi Latihan aktivitas mobilisasi dini, yaitu dengan menerapkan aktivitas yang dilakukan segera dalam kurun waktu 6-8 jam pasca pembedahan, dengan berfokus pada tahapan kegiatan mulai dari miring kanan, miring kiri, Latihan duduk, turun dari tempat tidur, berdiri dan mulai berjalan secara perlahan dengan bantuan alat sesuai dengan kondisi pasien. (Journal Of Management Nursing).