

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.1.1. Pengertian Sectio Caesarea

Persalinan SC adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan pada perut (laparotomi) dan rahim (hysterotomi) untuk mengeluarkan bayi (Santiasari et al., 2021). SC umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada ibu dan bayi atau komplikasi medis lainnya (Nurfitriani, 2017). Pembedahan sebelumnya pada uterus, riwayat SC, pendarahan dan toxemia gravidarum. Juga karena gawat janin, cacat atau kematian janin sebelumnya, plasenta, malpresentasi, janin besar, infeksi virus dll. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa SC merupakan jalan alternatif untuk ibu melahirkan dengan menyayat atau insisi dinding abdomen dan uterus dengan sebab beberapa faktor seperti faktor non medis dan faktor medis. (Sitorus, 2021). Teori lain yang lebih masuk akal adalah bahwa preeklampsia merupakan akibat dari keadaan imun atau alergi pada ibu (Hutabarat dkk, 2016).

2.1.2. Etiologi Sectio Caesarea

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus dilakukan tindakan SC, bahkan sekarang SC menjadi salah satu pilihan persalinan (Sugeng, 2013). Adanya beberapa hambatan ada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, rupture sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, distoksia serviks dan malpresentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu SC. Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami mobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas.

Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Sugeng, 2013).

2.1.3. Klasifikasi Sectio Caesarea

Menurut (Amin & Hadi 2013) *operasi SC* dilakukan atas indikasi sebagai berikut :

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, *Cefalo Pelvik Disproportion* (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, ketidak seimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu pre eklamsi dan eclampsia berat, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Indikasi yang berasal dari janin

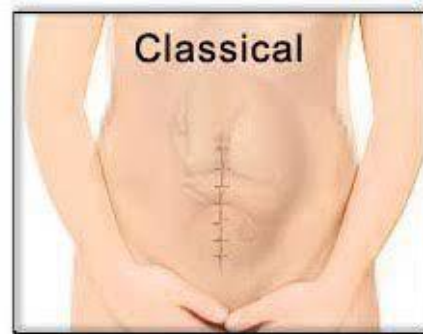
Fetal distress gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (*giant baby*), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolapse tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu plasenta yaitu plasenta previa, solusio plasenta, plasenta accrete, dan vasa previa. Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi, dan bayi kembar (*multiple pregnancy*).

2.1.4. Jenis Sectio caesarea

a. Sectio Caesarea Klasik (Korporal)

SC klasik ini dengan cara membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. SC tipe ini membuat pengeluaran janin lebih cepat, tidak mengakibatkan komplikasi pada kandung kemih, sayatan dapat

diperpanjang ke proximal atau distal. Namun SC tipe ini menyebabkan infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik dan pada persalinan berikutnya akan mudah mengalami rupturuteri spontan.



Gambar 2.1 luka Classical

sumber : Triyanti et al., (2022)

b. Sectio Caesarea Ismika (Profunda)

SC ismika ini dilakukan dengan cara membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (low cervical transversal) kira-kira sepanjang 10 cm. SC tipe ini ada beberapa kelebihan yaitu penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpang tindih peritoneal flap baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum, mengurangi perdarahan, dan kemungkinan terjadi rupturuteri spontan kecil. Namun kekurangan dari

tipe ini adalah luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan arteri uterina putus sehingga mengalami pendarahan dalam jumlah banyak dan keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan meningkat.



Gambar 1.2 luka SC Ismika

sumber : Triyanti et al., (2022)

2.1.5. Tanda dan Gejala Sectio Caesarea

a. Tanda dan Gejala Post Sc (Triyanti et al., 2022)

1. Kejang parsial sederhana :

Kesadaran tidak terganggu, dapat mencakup satu atau lebih hal berikut ini:

- a) Tanda – tanda motoris, kedutan pada wajah, atau salah satu sisi tubuh; umumnya gerakan setipa kejang sama.
- b) Tanda atau gejala otonomik: muntah, berkeringat, muka merah, dilatasi pupil.

- c) Gejala somatosensoris atau sensoris khusus : mendengar musik, merasa seakan ajtuh dari udara, parestesia.
- b. Kejang parsial kompleks
 - 1. Terdapat gangguankesadaran, walaupun pada awalnya sebagai kejang parsial simpleks
 - 2. Dapat mencakup otomatisme atau gerakan otomatis : mengecap – ngecapkan bibir, mengunyah, gerakan menongkel yang berulang – ulang pada tangan dan gerakan tangan lainnya.
 - 3. Dapat tanpa otomatisme : tatapan terpaku Kejang umum (konvulsi atau non konvulsi)
- c. Kejang absens
 - 1. Gangguan kewaspadaan dan responsivitas
 - 2. Ditandai dengan tatapan terpaku yang umumnya berlangsung kurang dari 15 detik
 - 3. Awitan dan akhiran cepat, setelah itu kempali waspada dan konsentrasi penuh
- d. Kejang mioklonik
 - 1. Kedutan – kedutan involunter pada otot atau sekelompok otot yang terjadi secara mendadak
 - 2. Sering terlihat pada orang sehat selaam tidur tetapi bila patologik berupa kedutan keduatn sinkron dari bahu, leher, lengan atas dan kaki.

3. Umumnya berlangsung kurang dari 5 detik dan terjadi dalam kelompok.
4. Kehilangan kesadaran hanya sesaat.

e. Kejang tonik klonik

1. Diawali dengan kehilangan kesadaran dan saat tonik, kaku umum pada otot ekstremitas, batang tubuh dan wajah yang berlangsung kurang dari 1 menit
2. Dapat disertai hilangnya kontrol usus dan kandung kemih
3. Saat tonik diikuti klonik pada ekstremitas atas dan bawah.
4. Letargi, konvulsi, dan tidur dalam fase postictal

f. Kejang atonik

1. Hilangnya tonus secara mendadak sehingga dapat menyebabkan kelopak mata turun, kepala menunduk, atau jatuh ke tanah.

2. Singkat dan terjadi tanpa peringatan.

2.1.6. Komplikasi Sectio Caesarea

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan SC adalah komplikasi pembiusan, perdarahan pasca operasi SC, syok perdarahan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, dan cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih, pembuluh darah. Pada SC juga bisa terjadi infeksi sampai sepsis apalagi pada kasus dengan ketuban pecah dini. Dapat juga terjadi komplikasi pada bekas luka operasi (Anggi, 2013).

Akibat infeksi ini luka bekas SC akan terbuka dalam minggu pertama pasca operasi. Terbukanya luka bisa hanya kulit dan subkulit saja, bisa juga sampai fascia yang disebut dengan bust abdomen. Umumnya, luka akan bernanah atau ada eksudat dan berbahaya jika dibiarkan karena kuman tersebut dapat menyebar melalui aliran darah. Luka yang terbuka akibat infeksi itu harus dirawat, dibersihkan dan dilakukan kultur dari cairan luka tersebut. (Valleria, 2013).

2.1.7. Pemeriksaan penunjang Sectio Caesarea

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit

- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan Darah
- g. Urinalis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- j. Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker,Susan martin,1998. Dalam buku Aplikasi Nanda 2015).

2.2. Konsep dasar Pre-eklamsi

2.1.2. Pengertian Pre-eklamsi

Pre-eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamillan, sebab terjadinya masih belum jelas (Sofian, 2015). Definisi pre-eklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan, atau dapat timbul lebih awal bila terdapat perubahan pada hidatidiformis yang luas pada vili dan korialis (Mitayani, 2013). Mendefinisikan bahwa pre-eklamsia (*toksemia gravidarum*) merupakan tekanan darah tinggi yang disertai dengan proteinuria (protein dalam air kemih), atau edema (penimbunan cairan), yang terjadi pada kehami lan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Sukarni, 2013).

Pre-eklamsia dan eklamsia adalah kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin, dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias hipertensi, proteinuria, dan edema, yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma. Ibu hamil tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan-kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya (Sofian, 2015). Risiko cedera pada janin yaitu berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik pada janin selama proses kehamilan dan persalinan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.2.2. Etiologi

Sampai saat ini terjadinya preeklampsia belum diketahui penyebabnya, tetapi ada yang menyatakan bahwa preeklampsia dapat terjadi pada kelompok tertentu diantaranya yaitu ibu yang mempunyai faktor penyebab dari dalam diri seperti umur karena bertambahnya usia juga lebih rentan untuk terjadinya peningkatan hipertensi kronis dan menghadapi risiko lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan, riwayat melahirkan, keturunan, riwayat kehamilan, riwayat preeklampsia (Sitomorang dkk, 2016). Penyebab pasti preeklampsia masih belum diketahui secara pasti. Beberapa faktor risiko terjadinya preeklampsia meliputi riwayat keluarga pernah preeklampsia/eklampsia, riwayat preeklampsia sebelumnya, umur ibu yang ekstrim (35 tahun), riwayat preeklampsia dalam keluarga, kehamilan kembar, hipertensi kronik. (Angsar 2013).

a. Usia Ibu

Usia merupakan usia individu terhitung mulai saat individu dilahirkn sampai saat berulang tahun, semakin cukup usai, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam proses berfikir. Insiden tertinggi pada kusus pre-eklamsi pada usia remaja atau awal usia 20 tahun, namun prevalensinya meningkat pada wanita dengan usia diatas 35 tahun.

b. Usia Kehamilan

Preeklampsia biasanya akan muncul setelah usia kehamilan minggu ke 20, gejalanya yaitu kenaikan tekanan darah. Jika terjadi di bawah usia kehamilan 20 minggu, masih dikategorikan dalam hipertensi kronik. Sebagian besar kasus preeklampsia terjadi pada minggu > 37 minggu dan semakin tua usia kehamilan maka semakin berisiko terjadinya preeklampsia.

c. *Bad Obstetrik History*

Ibu hamil yang pernah mempunyai riwayat preeklampsia, kehamilan molahidatidosa, dan kehamilan ganda kemungkinan akan mengalami preeklampsia pada kehamilan selanjutnya, terutama jika diluar kehamilan menderita tekanan darah tinggi menahun.

2.3.2. Patofisiologis

Pada pre-eklamsia pembuluh arteri menyempit menyebabkan pembuluh darah hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi. Gangguan fungsi organ terjadi pada organ-organ tubuh, pada otak akan dapat menyebabkan terjadinya edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan intrakranial yang meningkat menyebabkan terjadinya gangguan aliran otak, nyeri dan kejang. Pada ginjal, akibat pengaruh aldosterone, terjadi peningkatan reabsorpsi natrium dan menyebabkan retensi cairan dan dapat menyebabkan terjadinya edema. Glomerular Filtration Rate (GFR) pada ginjal mengalami penurunan dan tidak diimbangi dengan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus sehingga menyebabkan diuresis menurun dan menyebabkan oliguria. Permeabilitas terhadap protein yang meningkat akan menyebabkan banyak protein. Pada gastrointestinal dapat menyebabkan terjadinya penumpukan ion H menyebabkan Hydrochloric Acid (HCL) meningkat sehingga dapat menyebabkan nyeri epigastrium. Selanjutnya akan terjadi akumulasi gas meningkat, merangsang mual dan timbulnya muntah. Pada ekstremitas dapat terjadi metabolisme anaerob menyebabkan terbentuknya asam laktat dan sedikitnya Adenosin tri Posfat (ATP) yang di produksi akan menimbulkan keadaan cepat lelah dan lemah (Sukarni dan Sudarti, 2014).

2.4.2. Tanda dan Gejala

- a. Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg, diastolic ≥ 90 mmHg. Tekanan darah ini tidak menurun meskipun ibu hamil sudah dirawat di rumah sakit dan menjalani tirah baring.
- b. Proteinuria kuantitatif mulai dari 0,3 gram/liter sampai 5 gram/liter atau lebih dalam 24 jam atau kualitatif mulai dari 1+ (=) sampai 4+ (++++)
- c. Oliguria yaitu jumlah produksi urine 500 cc/24 jam atau <20 cc/jam yang disertai kenaikan kreatinin darah
- d. Keluhan serebral, gangguan penglihatan atau nyeri daerah epigastrium.
- e. Intra uterine fetal growth retardation (IUGR) atau keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan.

Adapun gejala subjektif menurut Cunningham (2014), yaitu:

1. Nyeri kepala

Jarang ditemukan pada kasus ringan, tetapi sering terjadi pada kasus-kasus berat. Nyeri kepala sering terjadi pada daerah frontal dan oksipital dan tidak sembuh dengan pemberian analgesic.

2. Nyeri epigastrium

Merupakan keluhan yang sering ditemukan pada pre-eklamsi berat. Keluhan ini disebabkan karena peregangan kapsula hepar akibat edema atau perdarahan.

3. Gangguan penglihatan

Keluhan penglihatan yang terganggu dapat disebabkan oleh spasme arterial, iskemia dan edema retina dan kasus-kasus yang langka disebabkan oleh ablasio. Pada pre-eklamsi ringan tidak ditemukan data-data subjektif.

2.5.2. Klasifikasi Pre-eklamsi

Menurut Sosian (2015), pre-eklamsi dibagi menjadi 2 golongan yaitu pre-eklamsi ringan dan pre-eklamsi berat.

a. Pre-eklamsi ringan

Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur yang diukur pada posisi Berbaring terlentang, atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau lebih, atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukur sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya dengan selang waktu 6 jam. Edema umum, kaki, jari tangan, serta wajah, atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu. Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kwalitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau *Midstream*.

b. Pre-eklamsi berat

Tekanan darah 160/110 atau lebih, proteinuria 5 gr atau lebih per liter, Oliguria, adalah jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, serta rasa nyeri di epigastrium. Dan terdapat edema paru dan sianosis. ada PEB terjadi gangguan implantasi plasenta sehingga terjadi hipoksia persisten. Hipoksia persisten menyebabkan pelepasan sitokin proinflamasi, faktor antiogenik dan peningkatan stress terhadap retikulum endoplasma, fisiologi ibu berusaha mengkompensasi hipoksia tersebut.

2.6.2. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

1. Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah, meliputi:
 - a) Penurunan haemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal haemoglobin untuk wanita hamil 12-14 gr%).
 - b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%).
 - c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³)
2. Pada hasil urinalisis ditemukan protein dalam urine, normal tidak di temukan.
3. Pemeriksaan fungsi hati, meliputi:

- a) Bilirubin meningkat ($N < 1 \text{ mg/dl}$)
- b) LDH (laktat dehydrogenase (AST) $> 60 \text{ ul}$.
- c) Serumprotein oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat ($N < 31 \text{ u/l}$)
- d) Total protein serum menurun ($N = 6,7-8,7 \text{ g/dl}$)

b. Radiologi

1. Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intra uterus lambat, aktivitas janin lambat dan volume cairan ketuban sedikit.

2. Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin bayi lemah.

2.3. Konsep Asuhan keperawatan dengan Sectio Caesarea

2.1.3. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses yang kontinu dilakukan setiap tahap proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan tergantung pada pengumpulan data (informasi) yang lengkap dan akurat (padila, 2015).

a. Identitas

Klien Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam medis (RM), tanggal masuk rumah sakit, (MRS), dan tanggal pengkajian, dan kaji identitas penanggung jawab atas pasien.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa dirasakan klien post Sectio caesarea adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, panas, perih, mules, dan sakit pada jahitan luka di are abdomen (Mohamed & Saied, 2013).

c. Data riwayat

Kesehatan Melakukan pengkajian keluhan utama pada pasien, keluhan yang paling dirasakan pada pasien saat dilakukan pengkajian.

1. Riwayat kesehatan dahulu

- a) Kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi sebelum hamil.
- b) Apakah pernah melaskanakan SC sebelumnya.

c) Ibu mungkin pernah menderita penyakit ginjal kronis.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba/perlahan, lokasi, obat yang diminum, dan cara penanggulangan.

3. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan dan menular. Penyakit keturunan diantaranya penyakit hipertensi, DM, atau kardiovaskuler lainnya. Riwayat pre-eklamsia dan eklamsia pada keluarga juga meningkatkan risiko hamper tiga kali lipat.

4. Riwayat psikososial

Pengkajian factor emosional, perilaku dan social pada masa pasca[artum memungkinkan perawatan mengidentifikasi kebutuhan ibu dan keluarga terhadap dukungan, penyuluhan, dan bimbingan antisipasi, respons mereka terhadap pengalaman kehamilan dan persalinan serta perawatan post partum, factor-faktor yang memengaruhi pengebanan tanggung jawab menjadi orang tuabar. Perawat juga menjadi pengetahuan dan kemampuan ibu yang

terkait dengan perawatan diri, perawatan bayi baru lahir dan pemeliharaan kesehatan serta perasaan tentang diri dan gambaran dirinya.

d. Riwayat Obstetrik

1. Keadaan Haid

Kaji tentang *menarche*, siklus haid pertama dari terakhir, jumlah dan warna darah keluar, encer, menggumpal, lamanya haid, nyeri atau tidak serta bau dan kaji keluhan keputihan.

2. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Meliputi kehamilan beberapa (pre-eklamsia biasanya terjadi pada *primigravida*), umur kehamilan, berapa kali melakukan ANC (*ante natal care*), selama kehamilan pemeriksaan dimana, perlu tinggi badan dan berat badan, pernah memiliki riwayat kehamilan mola hidatidosa, tanggal persalinan, jenis persalinan, berat badan bayi waktu lahir, masalah yang terjadi pada bayi sekarang, umur bayi dan jenis kelamin.

3. Riwayat persalinan sekarang

Meliputi tempat melahirkan, jenis persalinan, ketuban pecah, komplikasi kala pertama, keadaan bayi, lahir tanggal dan jam, BB bayi, jenis kelamin bayi, nilai APGAR, masa gestasi. Pada kasus pre-eklamsia berat terdapat

luaran maternal diantaranya kematian maternal, morbiditas maternal, sindrom HELLP, gagal ginjal akut, gangguan penglihatan, edema serebri, perdarahan serebral, edema paru, eklamsia, posttraumatic stress disorder (PTSD), systemic inflammatory response syndrome (SIRS), indikasi rawat ICU, perdarahan postpartum, sepsis, edema paru (Prawirohardjo, 2013).

4. Kontrasepsi yang pernah digunakan

Implan, pil kontrasepsi, IUD atau kontrasepsi injeksi

5. Riwayat Sosial

Kehamilan (direncanakan atau tidak), perasaan tentang kehamilan, status perkawinan, berapa kali menikah

e. Pola kebiasaan sehari-hari

1. Nutrisi

Ibu yang menyusui mengkonsumsi tambah 500 kalori tiap hari, pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca bersalin, makan dengan diet seimbang untuk mendapat protein, mineral dan vitamin yang cukup, mengkonsumsi kapsul vitamin A 9.200.000, unit agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi melalui asinya (Siti, dkk 2013).

2. Eliminasi

Tonus-tonus otot saluran cerna melemah akibatnya motilbitas dan reabsorpsi makanan menjadi kurang baik dan akan menimbulkan obstipasi. Terjadi juga penuluran haluaran urine (oliguria).

3. Istirahat/tidur

Klien biasanya mengalami gangguan dalam istirahat atau tidurnya disebabkan karena Nyeri pada area abdomen.

4. Kebutuhan Berpakaian

Klien dengan Post SC biasanya mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuuhan berpakaian

5. Kebutuhan *Personal Hygine*

Kebutuhan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri dan dilakukan dua kali sehari. Melakukan personal hygiene antara lain membersihkan alat kelamin dengan air. Patikan ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang baru kemudian membersihkan anus, mengganti pembalut.

6. Kebutuhan keamanan

Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya.

Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

7. Sosialisasi

Bagaimana klien mampu bersosialisasi dengan oranglain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini.

8. Kebutuhan Spiritual

Tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya atau terhambat karena keadaan yang sedang dialami, setelah klien melahirkan, maka klien akan memasuki masa nifas.

9. Kebutuhan Psikososial

Tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya atau terhambat karena keadaan yang sedang dialami, setelah klien melahirkan, maka klien akan memasuki masa nifas.

10. Aktivitas

Klien dengan Post SC gerak atau aktivitasnya bisa terganggu karena kebiasaan sehari-hari tidak bisa dilakukan dengan baik akibat terjadi kelemahan, penambahan atau penurunan BB, pembengkakan kaki, jari, muka dan adanya hipereleksia klonus pada kaki.

11. Kebutuhan Belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

12. Pengkajian Fisik

a) Keadaan umum

Klien dengan Post SC biasanya cenderung lemah.

b) Kesadaran

Klien dengan Post SC biasanya masih composmentis.

c) Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda vital klien pernafasan cepat, suhu meningkat, tekanan darah $\geq 120/100$ mmHg dan denyut nadi dalam batas normal.

f. Pemeriksaan *head to toe*

Pemeriksaan head to toe (Aspiani, 2017):

1. Kepala dan muka

Amati kesimetrisan muka, amati ada atau tidaknya hiperpigmentasi pada wajah ibu, amati warna dari keadaan rambut, kaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji pembengkakan pada area muka.

2. Mata

Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan konjungtiva, sclera, pupil, reflek pupil terhadap cahaya miosis atau mengecil, adanya nyeri tekan intraokuler pada kedua bola mata.

3. Hidung

Adanya tidaknya septuminasi, polip dan bagaimana kebersihannnya, adanya secret kaji adanya nyeri tekan atau tidak.

4. Telinga

Kesimetrisan, warna dengan daerah sekitar, ada atau tidaknya luka kebersihan telinga amati ada tidaknya *serumen dan otitis media*.

5. Mulut, bibir, faring dan gigi.

Mengenai bagaimana bentuk apakah simetris, kelembaban, kebersihan mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil dan kelainan berbicara, jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan gusi atau caries gigi dan penggunaan protesa (penggunaan gigi palsu atau tidak).

6. Leher

Dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan peningkatan vena jugularis, kuduk terasa berat.

7. Payudara

a) Inpeksi

Bentuk antara payudara kanan dan kiri tidak sama, tidak ada lesi, terdapat hiperpigmentasi pada aerola, kedaan puting susu menonjol, kebersihan bersih, terdapat striae gravidarum.

b) Palpasi

Palpasi payudara secara sistematis sampai ketiak. Pada ibu menyusui payudara terasa padat. Pemeriksaan payudara pada hari kedua menunjukkan payudara bengkak dan keras atau tegang tidak ada pembengkakan, terdapat kolostrum, terdapat laktasi. Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan karena perasaan ibu dapat menghambat atau meningkatkan pengeluaran oksitosin bila ibu dalam kedaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai bentuk ketegangan emosional dapat menurunkan produksi ASI (Sulistyawati, 2013).

8. Paru-paru

Dapat terjadi edema pada paru-paru sehingga auskultasi terdengar ronchi basah. Tanda gejala sesak nafas rasa tidak nyaman di dada, takipnea, takikardi, batuk-batuk, sianosis, ronkhi basah basal, gambaran edema paru pada foto toraks.

9. Abdomen

Perlu diperhatikan ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan bising usus, nyeri tekan dan bagaimana frekuensi berkemih. Pemeriksaan abdomen dilakukan dengan:

a) Inspeksi

Periksa keadaan perut, perut apakah terlihat buncit ataupun besar tidak seperti saat hamil, lihat keadaan luka dengan cara lihat di bagian verban pada POD I dan POD II adakah rembesan darah di verban dan lihat adakah pengeluaran darah di verban. Lihat di daerah abdomen adakah striae dan terdapat linea nigra.

b) Auskultasi

Bising usus normal 8-12x/menit.

c) Palpasi

Palpasi uterus untuk mengetahui:

- 1) Fundus uteri (TFU). Tinggi fundus akan turun satu hingga dua cm setiap hari sampai hari kesembilan atau ke-10. Risiko terjadinya gangguan pada penurunan tinggi fundus uteri (TFU) atau involusio uteri yaitu dikarenakan adanya penurunan kadar progesteron dan estrogen.

- 2) Uterus awalnya berkontraksi dengan baik maka saat palpasi tidak akan nampak peningkatan aliran pengeluaran lochea.
- 3) Palpasi posisi uterus, pada saat melahirkan pemeriksaan ini posisi kaki litotomi meliputi posisi uterus, apakah di tengah, mengarah ke kiri atau mengarah ke kanan.
- 4) Perkusi Pada saat di perkusi dari bawah ke atas terdapat suara dullness kemudian timpani, biasanya pada ibu post partum kembung
- 5) Pemeriksaan diaktasis Ibu dalam posisi sedikit mengangkat kepala. Palpasi derajat peregangan otot abdomen dengan cara menempatkan dua jari (jari tengah dan jari telunjuk) di bawah pusat sampai simfisis pubis. Hasilnya normal bila celah tidak lebih lebar dari dua jari.
- 6) Pemeriksaan kantung kemih Lakukan palpasi di atas simfisis pubis, kandung kemih tidak teraba. Bila teraba, tanyakan apakah sakit atau ibu mempunyai dorongan untuk berkemih.

10. Ekstremitas atas

Terdapat edema pada tangan serta jari-jari. Kaji refleks bisep dan trisep dan kekuatan otot.

11. Ekstremitas bawah

Terdapat edema pada kaki serta jari-jari dan terdapat tromboflebitis. Kaji refleks patella dengan kaki ibu menggantung bebas dari atas meja periksa. Kaji refleks achilles dan babinski. Biasanya klien dengan PEB refleksnya akan hiperfleksia +3 atau lebih dan adanya klonus dipergelangan kaki dan kaji kekuatan otot.

g. Pemeriksaan diagnostic/laboratorium

1. Hitung sel darah lengkap (termasuk hitung trombosis).
2. Pemeriksaan pembekuan (termasuk waktu perdarahan, PT, PTT dan fibrinogen).
3. Enzim hati (laktat dehidrogenase/LDH), Aspartat amino transferase (AST) (SGOT), Alanin aminotransperase (ALT) (SGPT).
4. Kimia darah (BUN, kreatinin, glukosa, asam urat).
5. Hematokrit, hemoglobin dan trombosit dipantau secara ketat untuk menemukan perubahan yang mengidentifikasi perubahan status klien. Karena ada kemungkinan hati terkena, kadar glukosa serum dipantau jika hasil tes fungsi hati menunjukkan adanya peningkatan enzim hati.

6. Proteinuria ditetapkan melalui pemeriksaan memakai kertas strip pada contoh urin yang diperoleh dengan cara pengambilan bersih (clean catch) atau dengan memakai kateter. Proteinuria biasanya merupakan tanda lanjut perjalanan pre-eklamsia. Hasil pemeriksaan protein adalah sebagai berikut:

+1: 30 mg/dl (ekuivalen dengan 300 mg/L)

+2: 100 mg/dl

+3: 300 mg/dl

+4 lebih dari 1000 mg (1 gr)/dl

Keluaran urin (urine output) dikaji untuk volume minimal 30 ml perjam atau 120 ml dalam empat jam.

2.2.3. Diagnosa keperawatan

Adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Ramandanty 2019). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien sectio caesarea adalah ;

- a. Nyeri Akut bd Agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik bd nyeri (D.0054)

- c. Konstipasi bd penurunan tonus otot (D.0049)
- d. Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan reflek oksitosin (D.0029)
- e. Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi sectio caesar (D.0111).
- f. Ganggaun proses keluarga bd krisis situasional (D.012)
- g. Ansietas bd krisis situasional (D.0080)
- h. Resiko infeksi bd adanya luka insisi (D. 0142)

2.3.3. Perencanaan

Intervensi merupakan tahap ketiga proses keperawatan yang meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien. Dan berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan serta keperawatan pasien dapat diatasi (Bararah, 2013).

Table 2.1 Perencanaan keperawatan (*Ramandanty 2019*).

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)
Nyeri Akut bd Agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil : a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi respons

d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	on nonv erbal
e. Mampu tidur atau istirahat dengan tepat	c. Kaji jenis dan sumber nyeri
	d. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relasi kinesiologi)

		s dala m) Fasili tasi istira hat dan tidur e. Kola bora si pem beria n obat
Gangguan mobilitas fisik bd nyeri Kode Diagnosa (D.0054)	setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien meningkat dalam aktivitas fisik dengan kriteria hasil : a. mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas b. memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah c. Vital Sign dalam batas normal	a. Monitor TTV b. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya c. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

		d. Ajarkan mobilisasi sederhana e. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan ADLs
Konstipasi bd penurunan tonus otot (D.0049)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan Kriteria Hasil : a. Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi b. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi c. Fases lunak dan berbentuk	a. Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran b. Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan c. Identifikasi aktivitasaktivitas dimana klien dapat menggunakannya dirumah untuk. d. merangsang kerja usus Anjurkan cairan oral yang adekuat, bila masukan oral sudah mulai kembali.
Defisit Pengetahuan tentang teknik menyusui (D.0111)	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan kklien mampu memahami teknik menyusui yang benar dengan kriteria hasil :	a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

	a. pasien dan keluarga memahami teknik menyusui sesuai dengan prosedur yang diijelaskakn secara benar. b. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat	c. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga d. Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar e. Berikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya f. Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.
Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi sectio caesar (D.0111).	Setelah dilakukan tindakan keperawatn 3x8 diharapkan pasien dapat mengetahui informasi dengan Kriteria Hasil: a. Pasien dan kelaurga menyatakan pemahaman tentang perawatan melahirkan Caesarea b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar c. Pasien dan kelaurga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya	a. kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar. Bantu klien atau pasangan dalam mengidentifikasi kebutuha b. Identifikasi tanda/gejala yang memerlukan perhatian dari pemberi layanan kesehatan berikan informasi yang brhubungan dengan perubahan fisiologis dan psikologis yang normal berkenaan dengan kelahiran sesrea dan kebutuhan-kebutuhan berkenaan dengan periode pascapartum

		c. diskusikan program latihan yang tepat, sesuai ketentuan.
Ganggaun proses keluarga bd krisis situasional (D.012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan dapat mengungkapkan masalah atau kesulitan koping terhadap situasi dan dapat berinteraksi dengan bayi. dengan Kriteria Hasil: a. Menggendong bayi bila kondisi ibu dan neonatus memungkinkan b. Mendemonstrasikan prilaku kedekatan dan ikatan yang tepat c. Aktif mengikuti tugas perawatan bayi baru lahir dengan cepat	a. Observasi dan catat interaksi keluarga bayi, perhatikan perilaku b. Berikan kesempatan untuk ayah/pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi dan bantu dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi c. Berikan kesempatan pada orang tua untuk mengungkapkan perasaan yang negative diri mereka dan bayi d. Anjurkan klien untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi tergantung pada kondisi klien dan bayi baru lahir e. Anjurkan dan bantu dalam menyusui f. Berikan informasi, sesuai kebutuhan, tentang keamanan dan kondisi bayi. dukung pasangan sesuai kebutuhan.

Ansietas bd krisis situasional (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan ansietas dapat teratasi dengan Kriteria Hasil : a. Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas b. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik mengontrol cemas c. Vital sign dalam batas normal d. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	a. Tentukan tingkat ansietas klien dan sumber masalah. mendorong klien untuk mengungkapkan kebutuhan dan harapan yang tidak terpenuhi. Berikan informasi sehubungan dengan normalnya perasaan tersebut b. Dorong keberadaan/partisipasi dari pasangan c. Bantu klien/ pasangan dalam mengidentifikasi mekanisme coping yang lazim dan perkembangan strategi coping baru jika dibutuhkan d. Mulai kontak antara klien/ pasangan dengan bayi segera mungkin.. e. Berikan informasi yang akurat tentang keadaan klien/ bayi.
Resiko infeksi bd adanya luka insisi (0142)	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x8 jam Diharapkan tidak ada tanda tanda infeksi dengan Kriteria Hasil : a. Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi	a. Monitor tanda dan gejala infeksi b. Monitor keadaan luka (warna, jumlah dan bau)

-
- b. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
 - c. Jumlah leukosit dalam batas normal
 - d. Menunjukkan perilaku hidup sehat

- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 - d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - e. Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih
 - f. Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan.
 - g. Kolaborasi pemberian antibiotik.
-

2.4.3. Pelaksanaan

Implementasi merupakan tahap ke empat dalam proses keperawatan, pengolahan dan tahap perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, kolaborasi, dan tindakan rujukan (Ramandanty 2019).

2.5.3. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Nurhaeni, 2013).

2.4. Konsep Mobilitas Fisik

2.1.4. Pengertian Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Ada lagi yang menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik merupakan suatu kondisi yang relatif dimana individu tidak hanya mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya kehilangan tetapi juga kemampuan gerakanya secara total (Ernawati, 2012). Mobilitas fisik atau imobilitas merupakan keadaan dimana kondisi yang mengganggu pergerakannya, seperti trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Tidak hanya itu, imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif A.H & Kusuma H, 2015).

2.2.4. Etiologi

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 sensoripерsepsi

2.3.4. Patofisiologi

Neuromuskular berupa sistem otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago, dan saraf sangat mempengaruhi mobilisasi. Gerakan tulang diatur otot skeletal karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Tipe kontraksi otot ada dua, yaitu isotonik dan isometrik. Peningkatan tekanan otot menyebabkan otot memendek pada kontraksi isotonik. Selanjutnya, pada kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot tetapi tidak terjadi pemendekan atau gerakan aktif dari otot, misalnya menganjurkan pasien untuk latihan kuadrisep. Gerakan volunter merupakan gerakan kombinasi antara kontraksi isotonik dan kontraksi isometrik. Perawat harus memperhatikan adanya peningkatan energi, seperti peningkatan kecepatan pernapasan, fluktuasi irama jantung, dan tekanan darah yang dikarenakan pada latihan isometrik pemakaian energi meningkat. Hal ini menjadi kontraindikasi pada pasien yang memiliki penyakit seperti infark miokard atau penyakit obstruksi paru kronik. Kepribadian dan suasana hati seseorang digambarkan melalui postur dan gerakan otot yang tergantung pada ukuran skeletal dan perkembangan otot skeletal. Koordinasi dan pengaturan kelompok otot tergantung tonus otot dan aktivitas dari otot yang berlawanan, sinergis, dan otot yang melawan gravitasi. Tonus otot sendiri merupakan suatu keadaan tegangan otot yang seimbang. Kontraksi dan relaksasi yang bergantian melalui kerja otot dapat mempertahankan ketegangan. Imobilisasi menyebabkan aktivitas dan tonus otot menjadi berkurang. Rangka pendukung tubuh yang terdiri dari empat tipe tulang, seperti panjang, pendek, pipih, dan irreguler disebut skeletal. Sistem skeletal berfungsi dalam pergerakan, melindungi.

2.4.4. Tanda dan gejala

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. Komplikasi

Menurut Garrison (dalam Bakara D.M & Warsito S, 2016) gangguan mobilitas fisik dapat menimbulkan komplikasi, yaitu abnormalitas tonus, orthostatic hypotension, deep vein thrombosis, serta kontraktur. Selain itu, komplikasi yang dapat terjadi adalah pembekuan darah yang mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan. Kemudian, juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir ke paru. Selanjutnya yaitu dekubitus. Bagian yang biasa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat akan menjadi infeksi. Atrofi dan kekakuan sendi juga menjadi salah satu komplikasi dari gangguan mobilitas fisik. Hal itu disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi. Komplikasi lainnya, seperti disritmia, peningkatan tekanan intra cranial, kontraktur, gagal nafas, dan kematian (Andra, Wijaya, Putri, 2013).

2.6.4. Penatalaksanaan

Saputra (2013) berpendapat bahwa penatalaksanaan untuk gangguan mobilitas fisik, antara lain :

- a. Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti memiringkan pasien, posisi fowler, posisi sims, posisi trendelenburg, posisi genupectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.
- b. Ambulasi dini Salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta meningkatkan fungsi kardiovaskular. Tindakan ini bisa dilakukan dengan cara melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, bergerak ke kursi roda, dan yang lainnya.
- c. Melakukan aktivitas sehari-hari. Melakukan aktivitas sehari-hari dilakukan untuk melatih kekuatan, ketahanan, dan kemampuan sendi agar mudah bergerak, serta meningkatkan fungsi kardiovaskular.

- d. Latihan Range of Motion (ROM) aktif atau pasif.
 - e. Mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang akan menyebabkan rasa nyeri pada luka operasi menurun dan proses penyembuhan luka .
1. Mobilisasi dini yang dilakukan pada pasien post SC baik yang kelompok 24 jam maupun kelompok 48 jam sama-sama bermakna untuk menurunkan nyeri pasca operasi. Perbandingan antara kedua kelompok tersebut ternyata mobilisasi dini 24 jam lebih efektif untuk menurunkan skala nyeri persalinan pada hari ke-2 dan ke-3. Mobilisasi dini pasca pembedahan dapat dilakukan segera setelah pasien selesai menjalani operasi dengan tetap memperhatikan respon tubuh pasien secara individual. Pemantauan kondisi terutama tekanan darah, nadi dan pernafasan harus dipantau sebelum, selama dan setelah dilakukannya mobilisasi (Karyati, S., Hanafi, M., & Astuti, D. 2018).
 2. Diagnosa keperawatan prioritas yaitu Hambatan Mobilitas Fisik, batasan karakteristik, yang ditandai dengan data subjektif pasien mengeluh sakit dibagian operasi saat bergerak, dan didapatkan data objektif pasien tampak berbaring ditempat tidur, sulit untuk membolak balik posisi maka dengan ini ibu post section caesarea harus melakukan mobilisasi dini sejak 8 jam pasca oprasi untuk mengurangi faktor prnurunan lainnya. Noya, F. (2019)
 3. Mobilisasi dini mempengaruhi intensitas nyeri pada pasien post operasi sehingga dapat digunakan sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam mengatasi nyeri pasien post operasi (Ferinawati & Hartati, 2019)

Table 2.1 Perencanaan keperawatan (*Ramandanty 2019*).

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)

Nyeri Akut bd Agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil : f. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) g. Melaporkan bahwa nyeri berkurang h. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) i. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang j. Mampu tidur atau istirahat dengan tepat	f. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi frekuensi,kualitas,intensitas nyeri g. Identifikasi respon nonverbal h. Kaji jenis dan sumber nyeri i. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) Fasilitasi istirahat dan tidur j. Kolaborasi pemberian obat
Gangguan mobilitas fisik bd nyeri Kode Diagnosa (D.0054)	setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien meningkat dalam aktivitas fisik dengan kriteria hasil : d. mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas e. memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah f. Vital Sign dalam batas normal	f. Monitor TTV g. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya h. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan i. Ajarkan mobilisasi sederhana j. Fasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan ADLs
Konstipasi bd penurunan tonus otot (D.0049)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan Kriteria Hasil : d. Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi e. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi f. Feses lunak dan berbentuk	e. Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran f. Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan g. Identifikasi aktivitas aktivitas dimana klien dapat menggunakannya di rumah untuk. h. merangsang kerja usus Anjurkan cairan oral yang adekuat, bila masukan oral sudah mulai kembali.
Defisit Pengetahuan tentang teknik menyusui (D.0111)	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien mampu memahami teknik menyusui yang benar dengan kriteria hasil : c. pasien dan keluarga memahami teknik menyusui sesuai dengan prosedur yang dijelaskan secara benar. d. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat	g. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. h. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan i. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga j. Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar

		k. Berikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya l. Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.
Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi sectio caesar (D.0111).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 diharapkan pasien dapat mengetahui informasi dengan Kriteria Hasil: d. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang perawatan melahirkan Caesarea e. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar f. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya	d. kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar. Bantu klien atau pasangan dalam mengidentifikasi kebutuhan e. Identifikasi tanda/gejala yang memerlukan perhatian dari pemberi layanan kesehatan berikan informasi yang berhubungan dengan perubahan fisiologis dan psikologis yang normal berkenaan dengan kelahiran sesrea dan kebutuhan-kebutuhan berkenaan dengan periode pascapartum f. diskusikan program latihan yang tepat, sesuai ketentuan.
Gangguan proses keluarga bd krisis situasional (D.012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan dapat mengungkapkan masalah atau kesulitan coping terhadap situasi dan dapat berinteraksi dengan bayi. dengan Kriteria Hasil: d. Menggendong bayi bila kondisi ibu dan neonatus memungkinkan e. Mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat f. Aktif mengikuti tugas perawatan bayi baru lahir dengan cepat	g. Observasi dan catat interaksi keluarga bayi, perhatikan perilaku h. Berikan kesempatan untuk ayah/pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi dan bantu dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi i. Berikan kesempatan pada orang tua untuk mengungkapkan perasaan yang negative diri mereka dan bayi j. Anjurkan klien untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi tergantung pada kondisi klien dan bayi baru lahir k. Anjurkan dan bantu dalam menyusui l. Berikan informasi, sesuai kebutuhan, tentang keamanan dan kondisi bayi. dukung pasangan sesuai kebutuhan.

Ansietas bd krisis situasional (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan ansietas dapat teratasi dengan Kriteria Hasil : e. Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas f. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik mengontrol cemas g. Vital sign dalam batas normal h. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	f. Tentukan tingkat ansietas klien dan sumber masalah. mendorong klien untuk mengungkapkan kebutuhan dan harapan yang tidak terpenuhi. Berikan informasi sehubungan dengan normalnya perasaan tersebut g. Dorong keberadaan/partisipasi dari pasangan h. Bantu klien/ pasangan dalam mengidentifikasi mekanisme koping yang lazim dan perkembangan strategi koping baru jika dibutuhkan i. Mulai kontak antara klien/ pasangan dengan bayi segera mungkin.. j. Berikan informasi yang akurat tentang keadaan klien/ bayi.
Resiko infeksi bd adanya luka insisi (0142)	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x8 jam Diharapkan tidak ada tanda tanda infeksi dengan Kriteria Hasil : e. Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi f. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi g. Jumlah leukosit dalam batas normal h. Menunjukkan perilaku hidup sehat	h. Monitor tanda dan gejala infeksi i. Monitor keadaan luka (warna, jumlah dan bau) j. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien k. Jelaskan tanda dan gejala infeksi l. Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih m. Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan. n. Kolaborasi pemberian antibiotic.

2.4.3. Pelaksanaan

Implementasi merupakan tahap ke empat dalam proses keperawatan, pengolahan dan tahap perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, kolaborasi, dan tindakan rujukan (Ramandanty 2019).

2.5.3. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Nurhaeni, 2013).

2.4. Konsep Mobilitas Fisik

2.1.4. Pengertian Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Ada lagi yang menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik merupakan suatu kondisi yang relatif dimana individu tidak hanya mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan

normalnya kehilangan tetapi juga kemampuan gerakanya secara total (Ernawati, 2012). Mobilitas fisik atau imobilitas merupakan keadaan dimana kondisi yang mengganggu pergerakannya, seperti trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Tidak hanya itu, imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif A.H & Kusuma H, 2015).

2.2.4. Etiologi

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

2.3.4. Patofisiologi

Neuromuskular berupa sistem otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago, dan saraf sangat mempengaruhi mobilisasi. Gerakan tulang diatur otot skeletal karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Tipe kontraksi otot ada dua, yaitu isotonik dan isometrik. Peningkatan tekanan otot menyebabkan otot memendek pada kontraksi isotonik. Selanjutnya, pada kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot tetapi tidak terjadi pemendekan atau gerakan aktif dari otot, misalnya menganjurkan pasien untuk latihan kuadrisep. Gerakan volunter merupakan gerakan

kombinasi antara kontraksi isotonik dan kontraksi isometrik. Perawat harus memperhatikan adanya peningkatan energi, seperti peningkatan kecepatan pernapasan, fluktuasi irama jantung, dan tekanan darah yang dikarenakan pada latihan isometrik pemakaian energi meningkat. Hal ini menjadi kontraindikasi pada pasien yang memiliki penyakit seperti infark miokard atau penyakit obstruksi paru kronik. Kepribadian dan suasana hati seseorang digambarkan melalui postur dan gerakan otot yang tergantung pada ukuran skeletal dan perkembangan otot skeletal. Koordinasi dan pengaturan kelompok otot tergantung tonus otot dan aktivitas dari otot yang berlawanan, sinergis, dan otot yang melawan gravitasi. Tonus otot sendiri merupakan suatu keadaan tegangan otot yang seimbang. Kontraksi dan relaksasi yang bergantian melalui kerja otot dapat mempertahankan ketegangan. Imobilisasi menyebabkan aktivitas dan tonus otot menjadi berkurang. Rangka pendukung tubuh yang terdiri dari empat tipe tulang, seperti panjang, pendek, pipih, dan irreguler disebut skeletal. Sistem skeletal berfungsi dalam pergerakan, melindungi.

2.4.4. Tanda dan gejala

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

c. 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.

d. 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. Komplikasi

Menurut Garrison (dalam Bakara D.M & Warsito S, 2016) gangguan mobilitas fisik dapat menimbulkan komplikasi, yaitu abnormalitas tonus, orthostatic hypotension, deep vein thrombosis, serta kontraktur. Selain itu, komplikasi yang dapat terjadi adalah pembekuan darah yang mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan. Kemudian, juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir ke paru. Selanjutnya yaitu dekubitus. Bagian yang biasa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat akan menjadi infeksi. Atrofi dan kekakuan sendi juga menjadi salah satu komplikasi dari gangguan mobilitas fisik. Hal itu disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi. Komplikasi lainnya, seperti disritmia, peningkatan tekanan intra cranial, kontraktur, gagal nafas, dan kematian (Andra, Wijaya, Putri, 2013).

2.6.4. Penatalaksanaan

Saputra (2013) berpendapat bahwa penatalaksanaan untuk gangguan mobilitas fisik, antara lain :

- f. Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti memiringkan pasien, posisi fowler, posisi sims, posisi trendelenburg, posisi genupectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.
- g. Ambulasi dini Salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta meningkatkan fungsi kardiovaskular. Tindakan ini bisa

dilakukan dengan cara melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, bergerak ke kursi roda, dan yang lainnya.

- h. Melakukan aktivitas sehari-hari. Melakukan aktivitas sehari-hari dilakukan untuk melatih kekuatan, ketahanan, dan kemampuan sendi agar mudah bergerak, serta meningkatkan fungsi kardiovaskular.
 - i. Latihan Range of Motion (ROM) aktif atau pasif.
 - j. Mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang akan menyebabkan rasa nyeri pada luka operasi menurun dan proses penyembuhan luka .
4. Mobilisasi dini yang dilakukan pada pasien post SC baik yang kelompok 24 jam maupun kelompok 48 jam sama-sama bermakna untuk menurunkan nyeri pasca operasi. Perbandingan antara kedua kelompok tersebut ternyata mobilisasi dini 24 jam lebih efektif untuk menurunkan skala nyeri persalinan pada hari ke-2 dan ke-3. Mobilisasi dini pasca pembedahan dapat dilakukan segera setelah pasien selesai menjalani operasi dengan tetap memperhatikan respon tubuh pasien secara individual. Pemantauan kondisi terutama tekanan darah, nadi dan pernafasan harus dipantau sebelum, selama dan setelah dilakukannya mobilisasi (Karyati, S., Hanafi, M., & Astuti, D. 2018).
5. Diagnosa keperawatan prioritas yaitu Hambatan Mobilitas Fisik, batasan karakteristik, yang ditandai dengan data subjektif pasien mengeluh sakit dibagian operasi saat bergerak, dan didapatkan data objektif pasien tampak berbaring ditempat tidur, sulit untuk membolak balik posisi maka dengan ini ibu post section caesarea harus melakukan mobilisasi dini sejak 8 jam pasca oprasi untuk mengurangi faktor prnurunan lainnya. Noya, F. (2019)

6. Mobilisasi dini mempengaruhi intensitas nyeri pada pasien post operasi sehingga dapat digunakan sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam mengatasi nyeri pasien post operasi (Ferinawati & Hartati, 2019)