

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini menjelaskan tentang 1. Konsep dasar *Sectio Caesarea*, 2. Konsep Gangguan mobilitas fisik , 3. Konsep asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik pada pasien *post sectio caesarea*.

#### **2.1. *sectio caesarea***

##### **2.1.1 Definisi**

*Sectio Caesarea* merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio Caesarea* adalah jalan alternatif menyambut kelahiran seorang bayi melalui operasi praktis. Pembedahan dilakukan pada perut dan rahim ibu. *Sectio Caesarea* dilakukan sebagai tindakan penyelamatan terhadap kasus-kasus persalinan normal yang berbahaya. Oleh karena itu tindakan ini hanya dilakukan ketika proses persalinan alamiah melalui vagina tidak memungkinkan karena risiko medis tertentu (Wahyudi, 2014).

*Sectio Caesarea* yaitu salah satu tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan melakukan insisi atau pemotongan pada kulit, otot perut, serta rahim ibu. *Sectio Caesarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan atau karena adanya indikasi medis maupun non-medis. Operasi *sectio caesarea* merupakan salah satu bentuk intervensi medis terencana yang biasanya berlangsung lama (Noor, 2019).

### 2.1.2. Etiologi

Etiologi dilakukan post operasi *sectio caesarea* secara garis besar di golongan menjadi 2 yaitu

#### 1).Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak ,primi para tua disertai kelainan letak ada , disponsori sefalo pelfik (disponsori janin panggul). Ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk , terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia eklamsia atas permintaan ,kehamilan yang di sertai penyakit (Jantung, DM). Gangguan perjalanan persalinan (Kista ovarium ,mioma uteri dan sebagainya ).

#### 2).Etiologi yang berasal dari janin

Fetral distress/ gawat janin, mal prestasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum forceps ekstrasi (Nurarif, 2016).

### 1. Indikasi Sectio Caesarea

Menurut (Rasjidi, 2010) indikasi dilakukannya Sectio Caesarea

meliputi :

- a. Indikasi Mutlak seperti indikasi dari ibu yaitu panggul sempit, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi, plasenta previa dan ruptur uteri. Indikasi dari janin yaitu kelainan letak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat dan mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia

b. Indikasi Relatif seperti riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya, presentasi bokong, distosia (kelambatan atau kesulitan persalinan normal), preeklamsi berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes, dan janin pertama letak lintang atau presentasi bahu.

c. Indikasi Sosial seperti wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, wanita yang ingin *Sectio Caesarea* karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul dan wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya. Permintaan ibu untuk melakukan *Sectio Caesarea* sebenarnya bukan penyebab dilakukannya *Sectio Caesarea*. Alasan yang spesifik dan rasional yang harus dieksplorasi dan di diskusikan. Ketika seorang ibu meminta untuk *Sectio Caesarea* dikarenakan takut akan proses persalinan, maka ia harus dinasihati dengan diberi pengertian untuk mengalihkan dan mengurangi rasa takutnya sehingga mempermudah proses kelahiran. Seorang klinisi diperbolehkan untuk menolak permintaan *Sectio Caesarea* apabila tidak ada indikasi yang jelas untuk dilakukan *Sectio Caesarea*. Namun keputusan klien harus tetap dihargai dan perlu ditawarkan pilihan cara melahirkan yang lainnya (Rasjidi, 2010).

### **2.1.3 Faktor-Faktor *Sectio Caesarea***

Faktor yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* adalah usia, paritas dan kejadian anemia. Dewasa ini kelahiran melalui *sectio caesarea* telah menjadi trend global, namun hal ini tidak menjadikan proses *sectio caesarea* terbatas dari keluhan-keluhan *post* bedah. Prosedur

pembedahan dapat memberikan suatu reaksi emosional seperti ketakutan, marah, gelisah, dan kecemasan bagi pasien sebelum menghadapinya. Kelainan yang berbeda juga akan timbul setelah tindakan pembedahan itu dilakukan yang dapat terjadi karena tindakan pembedahannya (luka bedah), akibat anastesinya, atau akibat faktor lain ini termasuk status imunologi, seperti komorbiditas atau masalah psikologis pra-operasi (Apriansyah et al., 2014).

#### **2.1.4 Istilah-istilah *Sectio Caesarea***

a) *Sectio caesarea* primer

Dari semula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan secara *sectio caesarea* tidak diharapkan lagi kelahiran biasa, misalnya pada panggul sempit (CV kecil dari 8cm).

b) *Sectio caesarea* sekunder

Dalam hal ini kita bersikap mencoba menunggu kelahiran normal bila tidak ada kemajuan persalinan atau partus baru dilakukan *sectio caesarea*.

c) *Sectio caesarea* ulang

Ibu pada kehamilan yang lalu mengalami *sectio caesarea* dan masa kehamilan selanjutnya dilakukan *sectio caesarea* lagi.

d) *Sectio caesarea* histerektomi

Adalah suatu operasi dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea* langsung dilakukan histerektomi oleh karena suatu indikasi.

e) Operasi porro

Adalah suatu operasi tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri (tentunya janin sudah mati) dan langsung dilakukan histerektomi misalnya infeksi rahim berat (Nathan & Scobell, 2012).

### **2.1.5 Resiko atau efek samping melahirkan post operasi *sectio caesarea***

Melahirkan dengan cara *sectio caesarea* sudah populer. Namun demikian, secara objektif kita perlu menimbang untung dan ruginya adapun resiko *sectio caesarea* adalah :

#### 1. Resiko jangka pendek

##### a. Terjadi infeksi

1. Infeksi luka akibat persalinan *sectio caesarea* beda dengan luka persalinan normal. Luka persalinan normal sedikit dan mudah terlihat, sedangkan luka cesar lebih besar dan berlapis-lapis. Ada sekitar 7 lapisan mulai dari kulit perut sampai dinding rahim, yang setelah operasi selesai, masing-masing lapisan dijahit tersendiri. Jadi bisa ada 3 sampai 5 lapis jahitan. Apabila penyembuh tidak sempurna, kuman akan lebih mudah menginfeksi sehingga luka menjadi lebih parah. Bukan tidak mungkin dilakukan penjahitan ulang. Kesterilan yang tidak terjaga akan mengundang bakteri penyebab infeksi. Apabila infeksi ini tidak tertangani, besar kemungkinan akan menjalar ke organ tubuh lain, bahkan organ-organ penting seperti otak, hati dan sebagainya bias terkena infeksi yang berakibatkan kematian. Disamping itu infeksi juga dapat terjadi pada rahim. Disamping itu infeksi juga dapat terjadi pada

rahim. Infeksi Rahim terjadi jika ibu sudah kena infeksi sebelumnya misalnya mengalami pecah ketuban. Ketika dilakukan operasi, Rahim pun terinfeksi. Apa lagi jika antibiotik yang di gunakan dalam operasi tidak cukup kuat. Infeksi bisa di hindari dengan selalu memberikan informasi yang akurat kepada dokter sebelum keputusan tindakan section caesarea diambil.

#### b. Kemungkinan keloid

Keloid atau jaringan parut muncul pada organ tertentu karena pertumbuhan berlebihan. Sel-sel pembentuk organ tersebut. Ukuran sel meningkat dan terjadilah tonjolan jaringan parut ukuran sel meningkat dan terjadilah tonjolan jaringan parut. Perempuan yang punya kecenderungan keloid tiap mengalami luka niscaya mengalami keloid pada sayatan bekas operasinya. Keloid hanya terjadi pada wanita yang memiliki jenis penyakit tertentu. Cara mengatasinya adalah dengan memberikan informasi tentang segala penyakit yang ibu derita sebelum kepastian tindakan sectio caesarea padahal ibu punya potensi penyakit demikian tentu dokter akan memiliki jalan keluar, misalnya diberikan obat-obatan tertentu melalui infus atau langsung diminum sebelum atau sesudah sectio caesarea.

#### c. Perdarahan berlebihan

Resiko lainnya adalah perdarahan. Memang perdarahan tak bias dihindari dalam proses persalinan. Misalnya plasenta lengket tak

mau lepas. Bukan tak mungkin plasenta terlepas akan menyebabkan perdarahan. Darah yang hilang lewat *sectio caesarea* lebih sedikit dibandingkan dengan lewat persalinan normal. Namun dengan teknik pembedahan dewasa ini perdarahan bisa ditekan sedemikian rupa sehingga sangat minim sekali. Darah yang keluar saat *sectio caesarea* adalah darah yang memang semestinya keluar dalam persalinan normal. Keracunan darah pada *sectio caesarea* dapat terjadi karena sebelumnya ibu sudah mengalami infeksi. Ibu yang di awal kehamilan mengalami infeksi rahim bagian bawah, berarti air ketuban nya sudah mengandung kuman. Apabila ketuban pecah dan didiamkan, kuman akan aktif sehingga vagina berbau busuk karena bernanah. Selanjutnya, kuman masuk ke pembuluh darah sehingga operasi sehingga operasi berlangsung, dan menyebar keseluruh tubuh

## 2. Resiko jangka panjang

Resiko jangka panjang dari *sectio caesarea* adalah pembatasan kehamilan. Dulu, perempuan yang pernah menjalani section caesarea hanya boleh melahirkan 3 kali. Kini, dengan teknik operasi yang lebih baik, memang boleh melahirkan lebih dari itu, bahkan sampai 4 kali. Akan tetapi tentu bagi keluarga zaman sekarang pembatasan itu tidak terlalu bermasalah karena setiap keluarga memang di tuntut membatasi jumlah kelahiran sesuai program KB nasional (Indrianti dan Wahyudi, 2014).

## **2.1.6 Penatalaksanaan yang di berikan pada pasien post sectio caesarea**

### 1. Perawatan awal

- a) Letakan pasien dalam posisi pemulihan.
- b) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar.
- c) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi.
- d) Transfusi jika diperlukan.
- e) Jika tanda vital dan hematokrit turun walau di berikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.

### 2. Diet

Pemberian cairan perinfusan biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu di mulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh di lakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

### 3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- a. Miring kanan dan kiri dapat di mulai sejak 6-10 jam setelah operasi.
- b. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.
- c. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.

d. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler).

e. Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, kemudian berjalan sendiri pada hari ke 3 sampai hari ke 5 pasca operasi.

#### 4. Fungsi gastrointestinal

a. Jika tindakan tidak berat beri pasien diit cair.

b. Jika ada tanda infeksi, tunggu bisung usus timbul.

c. Jika pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat.

d. Pemberian infus di teruskan sampai pasien bisa minum dengan baik.

#### 5. Perawatan fungsi kandung kemih

a. Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah pembedahan atau sesudah semalam.

b. Jika urin tidak jernih biarkan kateter terpasang sampai urin jernih.

c. Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih biarkan kateter terpasang sampai minimum 7 hari atau urin jernih .

d. Jika sudah tidak memakai antibiotika berikan nitrofurantion 100 mg peroral per hari sampai kateter di lepas.

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

#### 6. Pembalutan dan perawatan luka

- a. Jika pada pembalutan luka terjadi perdarahan atau keluar cairan tidak terlalu banyak jangan mengganti pembalut.
- b. Jika pembalut agak kendur, jangan ganti pembalut, tapi beri plester untuk mengencangkan.
- c. Ganti pembalut dengan cara steril.
- d. Luka harus di jaga agar tetap kering dan bersih.
- e. Jahitan fasia adalah utama dalam bedah abdomen, angkat jahitan kulit dilakukan pada hari kelima pasca *Sectio caesarea*.

7. Jika masih terdapat perdarahan

- a. Lakukan masase uterus.
- b. Beri oksitosin 10 unit dalam 500 ml cairan IV. (garam fisiologik atau RL) 60 tetes /menit, ergometrin 0,2 mg I.M dan prostaglandin.

8. Jika terdapat infeksi, berikan antibiotic kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam :

- a. Ampisilin 2 g I.V setiap 6 jam.
- b. Ditambah gentamisin 5 mg/kg berat badan I.V .setiap 8 jam.
- c. Ditambah metronidazole 500 mg setiap 8 jam.

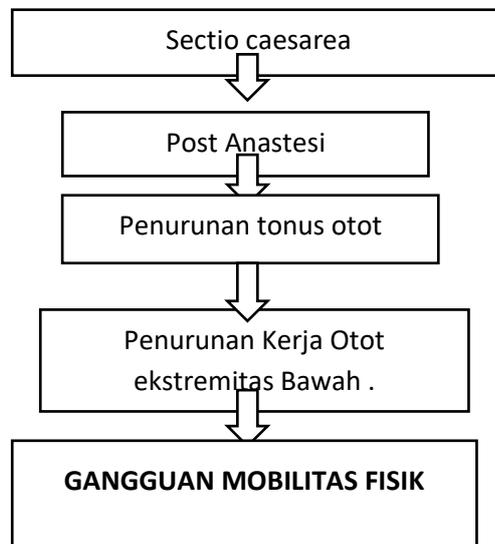
9. Analgesik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

- a. Pemberian analgesia sesudah bedah sangat penting.
- b. supositoria : Ketoprofen sup 2x/24 jam.
- c. Oral : Tramadol tiap 6 jam atau paracetamol.
- d. Injeksi : Pentinidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu (Laeli, 2016).

### **2.1.7 Patofisiologi**

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia dan malpresentasi janin. Kondisi ini menyebabkan perlu adanya satu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea*. Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami kelemahan dan sulit menggerakkan ekstremitas sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Akibat dari gangguan mobilitas fisik akan terjadi kelemahan pada abdomen sehingga menyebabkan motilitas cerna mengalami penurunan yang menyebabkan konstipasi. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menyebabkan nyeri. Akibat nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan sering terbangun saat tidur dan terjadi masalah gangguan pola tidur, setelah proses pembedahan daerah insisi akan menutup dan menimbulkan luka post operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah risiko infeksi (Mitayani, 2011).

### 2.1.8 Pathway



Gambar 2.1 pathway gangguan mobilitas fisik post section caesarea (Kusuma & Nurarif , 2015).

### 2.1.9 Manifestasi klinis

- a. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior).
- b. Panggul sempit/ri Sefalopelvik : yaitu ketidak seimbangan Antara ukuran kepala dan ukuran panggul.
- d. Rupture uteri mengancam.
- e. Partus lama (prolonged labor).
- f. Partus tak maju (obstructed labor).
- g. Distoksia serviks.
- h. Pre-eklamsia dan hipertensi.
- i. Malpresentasi janin.
  1. Letak lintang

2. Letak bokong
3. Presentasi dahi dan muka (Letak defleksi)
4. Presentasi rangkap jika reposisi berhasil
5. Gemeli (Nurarif, 2016).

#### **2.1.10 Komplikasi**

Menurut (Kristiyanasari, 2010) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *post Sectio Caesarea* adalah :

- a) Infeksi Puerperalis. Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas dapat juga bersifat berat, misalnya peritonitis, sepsis dan lain-lain.
- b) Perdarahan, perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri.
- c) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih dan embolisme paru-paru.
- d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* klasik (Kristiyanasari, 2010).

#### **2.1.11 Discharge Planing**

1. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih satu tahun

2. Kehamilan selanjutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik
3. Dianjurkan untuk bersalin dirumah sakit yang benar
4. Lakukan perawatan *post op* sesuai arahan tenaga medis selama dirumah
5. Jaga kebersihan diri
6. Konsumsi makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup (Nurarif & Kusuma, 2015).

#### **2.1.12 Pemeriksaan penunjang**

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin.
- 2) Pemantauan EKG.
- 3) JDL dengan diferensial.
- 4) Elektrolit.
- 5) Hemoglobhin /Hematokrit.
- 6) Golongan darah.
- 7) Urinalisis.
- 8) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 9) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
- 10) Ultra sound sesuai pesanan (Nurarif, 2016).

### **2.2 Gangguan mobilitas fisik**

#### **2.2.1 Definisi**

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gangguan mobilitas fisik atau immobilisasi merupakan suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerakan fisik (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2010). Kemudian, Widuri (2010) juga menyebutkan bahwa gangguan 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). Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktifitas (Perry dalam Tri Septi Pujirahayu, 2016). Mobilisasi pasca sectio caesarea dapat dilakukan setelah 24-48 jam pertama pasca bedah. Mobilisasi bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka, memperbaiki sirkulasi, mencegah statis vena, menunjang fungsi pernafasan optimal, meningkatkan fungsi pencernaan, mengurangi komplikasi pasca bedah mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien dan mempersiapkan pasien pulang (Jitiwiyono dalam Tri Septi Pujirahayu, 2016). Jika mobilisasi tidak dilakukan pada pasien pasca sectio caesarea maka akan menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis. Bahaya fisiologis mempengaruhi fungsi metabolisme normal, menurunkan laju metabolisme, mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak dan protein menyebabkan kesetidak seimbangan cairan elektrolit dan kalsium dan dapat

menyebabkan gangguan gastrointestinal seperti nafsu makan dan penurunan peristaltik dengan kontipasi dan impaksi (Perry dalam Sri Septi Pujirahayu, 2016).

Mobilisasi juga dapat mempercepat proses penyembuhan luka, dengan melakukan mobilisasi ibu merasa lebih sehat, kuat dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian ibu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan, fungsi usus dan kandung kemih lebih baik, merangsang peristaltik usus kembali normal dan mobilisasi juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula (Hartati dalam Lina, 2017).

### **2.2.2 Jenis Mobilisasi**

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh, bebas tanpa pembatasan jelas yang dapat mempertahankan untuk berinteraksi sosial dan menjalankan peran sehari-harinya.

- 1) Mobilisasi sebagian Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas, tidak mampu bergerak secara bebas, hal tersebut dapat dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh seseorang. Mobilisasi sebagian ini ada dua jenis, yaitu :

Mobilisasi sebagian temporer mobilisasi sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat sementara, hal tersebut dapat disebabkan adanya trauma reversible pada sistem muskuloskeletal.

Mobilisasi sebagian permanen Mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat menetap, hal tersebut disebabkan karena rusaknya sistem saraf yang reversible sebagai contoh terjadinya paraplegia karena injuri tulang belakang, pada poliomyelitis karena terganggunya system saraf motorik dan sensorik (Hidayat Uliyah 2016)

### **2.2.3 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. NANDA-I (2018) juga berpendapat mengenai etiologi gangguan mobilitas fisik, yaitu intoleransi aktivitas, kepercayaan budaya tentang aktivitas yang tepat, penurunan ketahanan tubuh, depresi, disuse, kurang dukungan lingkungan, fisik tidak bugar, serta gaya hidup kurang gerak.

### **2.2.4 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 system 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. Immobilisasi 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 organ vital, membantu mengatur keseimbangan kalsium, berperan dalam pembentukan sel darah merah (Potter dan Perry, 2012). Pengaruh imobilisasi yang cukup lama akan terjadi respon fisiologis pada sistem otot rangka. Respon

fisiologis tersebut berupa gangguan mobilisasi permanen yang menjadikan keterbatasan mobilisasi. Keterbatasan mobilisasi akan mempengaruhi daya tahan otot sebagai akibat dari penurunan masa otot, atrofi dan stabilitas. Pengaruh otot akibat pemecahan protein akan mengalami kehilangan masa tubuh yang terbentuk oleh sebagian otot. Oleh karena itu, penurunan masa otot tidak mampu mempertahankan aktivitas tanpa peningkatan kelelahan. Selain itu, juga terjadi gangguan pada metabolisme kalsium dan mobilisasi sendi. Jika kondisi otot tidak dipergunakan atau karena pembebanan yang kurang, maka akan terjadi atrofi otot. Otot yang tidak mendapatkan pembebanan akan meningkatkan produksi Cu, Zn. Superoksida Dismutase yang menyebabkan kerusakan, ditambah lagi dengan menurunnya catalase, glutathioneperoksidase, dan mungkin Mn, superoksida dismutase, yaitu sistem yang akan memetabolisme kelebihan ROS. ROS menyebabkan peningkatan kerusakan protein, menurunnya ekspresi myosin, dan peningkatan ekspresi komponen jalur ubiquitine proteolitik proteosome. Jika otot tidak digunakan selama beberapa hari atau minggu, maka kecepatan penghancuran protein kontraktile otot (aktin dan myosin) lebih tinggi dibandingkan pembentukannya, sehingga terjadi penurunan protein kontraktile otot dan terjadi atrofi otot. Terjadinya atrofi otot dikarenakan serabut-serabut otot tidak berkontraksi dalam waktu yang cukup lama sehingga perlahan akan mengecil dimana terjadi perubahan antara serabut otot dan jaringan fibrosa. Tahapan terjadinya atrofi otot dimulai dengan berkurangnya tonus otot. Hal ini myostatin menyebabkan atrofi otot melalui penghambatan pada proses translasi protein sehingga menurunkan kecepatan sintesis protein. NF- $\kappa$ B menginduksi atrofi

dengan aktivasi transkripsi dan ubiquinasi protein. Jika otot tidak digunakan menyebabkan peningkatan aktivitas transkripsi dari NF- $\kappa$ B. Reactive Oxygen Species (ROS) pada otot yang mengalami atrofi. Atrofi pada otot ditandai dengan berkurangnya protein pada sel otot, diameter serabut, produksi kekuatan, dan ketahanan terhadap kelelahan. Jika suplai saraf pada otot tidak ada, sinyal untuk kontraksi menghilang selama 2 bulan atau lebih, akan terjadi perubahan degeneratif pada otot yang disebut dengan atrofi degeneratif. Pada akhir tahap atrofi degeneratif terjadi penghancuran serabut otot dan digantikan oleh jaringan fibrosa dan lemak. Bagian serabut otot yang tersisa adalah membran sel dan nukleus tanpa disertai dengan protein kontraktile. Kemampuan untuk meregenerasi myofibril akan menurun. Jaringan fibrosa yang terjadi akibat atrofi degeneratif juga memiliki kecenderungan untuk memendek yang disebut dengan kontraktur (Kandarian (dalam Rohman, 2019)).

### **2.2.5 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. NANDA-I (2018) berpendapat bahwa tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik, antara lain gangguan sikap berjalan, penurunan keterampilan motorik halus, penurunan keterampilan motorik kasar, penurunan rentang gerak, waktu reaksi memanjang, kesulitan membolak-balik posisi, ketidaknyamanan, melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan, dispnea setelah beraktivitas, tremor akibat bergerak, instabilitas postur, gerakan lambat, gerakan spastik, serta gerakan tidak terkoordinasi.

#### **2.2.6 Tujuan Mobilisasi**

Tujuan mobilisasi adalah memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dengan gerakan tangan nonverbal.. Tujuan mobilisasi ROM adalah sebagai berikut.

- a. Mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentang gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari.

- b. Memperlancar peredaran darah.
- c. Membantu pernapasan menjadi lebih kuat
- d. Mempertahankan tonus otot, memelihara, dan meningkatkan pergerakan dari persendian .
- e. Memperlancar eliminasi alvi dan urine.
- f. Melatih atau ambulasi (Mubarak,Indrawati,& Susanto,2015).

### **2.2.7 Faktor yang Memengaruhi Mobilisasi**

Mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya :

- a. Gaya hidup Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan ia tinggal (masyarakat). Sebagai contoh : wanita jawa, tabu bagi mereka melakukan aktivitas yang berat. Orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat. Sebaliknya, ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.
- b. Ketidakmampuan Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Secara umum, ketidakmampuan terbagi menjadi dua macam, yakni ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma. Sementara ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (misal kelemahan otot dan tirah baring). Penyakit-penyakit tertentu dan kondisi cedera akan berpengaruh terhadap mobilitas.

- c. Tingkat energi Energi dibutuhkan untuk banyak hal, salah satunya mobilisasi. Dalam hal ini, energi yang dimiliki masing-masing individu bervariasi. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup. Disamping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.
- d. Usia Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Karena terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.
- e. Sistem neuromuskular Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskular, meliputi otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago, dan saraf (Mubarak, 2015).

### **2.2.8 Tahap Mobilisasi**

pasca operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas 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 pasca operasi:

- a. Pada saat awal (6 sampai 8 jam setelah operasi), pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang

bisa ditekek dan diluruskan, mengkontraksikan otot-otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan.

- b. Pada 12 sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan di lantai sambil digerak-gerakkan.
- c. Pada hari kedua pasca operasi, rata-rata untuk pasien yang dirawat di kamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya memang sudah bisa berdiri dan berjalan di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau kamar mandi sendiri. Pasien harus diusahakan untuk kembali ke aktivitas biasa sesegera mungkin, hal ini perlu dilakukan sedini mungkin pada pasien pasca operasi untuk mengembalikan fungsi pasien kembali normal (Setiadi, 2017).

### **2.2.9 Dampak Tidak di Mobilisasi**

Individu yang tidak memiliki gaya hidup tidak aktif atau yang dihadapkan dengan keadaan tidak aktif karena sakit atau cedera beresiko mengalami banyak masalah yang dapat mempengaruhi sistem tubuh utama. Tanda-tanda yang paling jelas dari dampak tidak di mobilisasi ditunjukkan di sistem muskuloskeletal.

- a. Sistem Muskuloskeletal Berikut beberapa kelainan gangguan pada sistem muskuloskeletal apabila tidak di mobilisasi. Disuse osteoporosis. Tanpa tekanan dari aktivitas menahan beban, tulang mengalami demineralisasi. Tulang mengalami deplesi terutama kalsium, yang memberikan kekuatan dan

densitas tulang. Tanpa memperhatikan jumlah kalsium dalam diet seseorang, proses demineralisasi, yang dikenal sebagai osteoporosis, akan terus berlanjut jika tidak di mobilisasi. Tulang menjadi berongga dan secara bertahap mengalami kerusakan bentuk dan mudah mengalami fraktur. Disuse atrofi. Atrofi (pengecilan ukuran) otot karena tidak terpakai, kehilangan sebagian besar kekuatan dan fungsi normalnya. Kontraktur. Saat serat otot tidak mampu memendek dan memanjang, pada akhirnya akan terbentuk kontraktur.

- b. Sistem integumen Penurunan turgor kulit. Kulit dapat mengalami atrofi sebagai akibat dari tidak di mobilisasi berkepanjangan. Kerusakan kulit. Sirkulasi darah normal bergantung pada aktivitas otot. Jika tidak di mobilisasi maka akan mengganggu sirkulasi dan mengurangi suplai nutrisi ke area tertentu. Akibatnya, kulit mengalami kerusakan dan dapat terbentuk dekubitus (Kozier, 2010).

Menurut Widuri (2010) gangguan mobilitas fisik akan mengakibatkan individu mengalami immobilisasi yang dapat mempengaruhi sistem tubuh, seperti :

- a. Perubahan metabolisme

Kecepatan metabolisme dalam tubuh akan turun dengan dijumpainya basal metabolisme rate (BMR) yang akibatnya energi yang digunakan untuk perbaikan sel-sel tubuh berkurang sehingga dapat mempengaruhi gangguan oksigenasi sel. Dampak lainnya seperti anabolisme akan menurun sedangkan katabolisme akan meningkat yang berisiko meningkatkan gangguan metabolisme.

b. Ketidakseimbangan cairan

dan elektrolit Cairan dan elektrolit yang tidak seimbang akan mengakibatkan persediaan protein menurun dan konsentrasi protein serum berkurang yang dapat mengganggu kebutuhan cairan tubuh. Selain itu, berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskuler menuju interstisial dapat menyebabkan edema.

c. Gangguan pengubahan zat gizi

Pemasukan protein dan kalori yang menurun dapat menyebabkan pengubahan zat-zat makanan pada tingkat sel menurun sehingga tidak cukup untuk melaksanakan aktivitas metabolisme.

d. Gangguan fungsi gastrointestinal

Makanan yang dicerna akan menurun sehingga dapat menyebabkan keluhan, seperti perut kembung, mual, serta nyeri lambung yang berdampak pada proses eliminasi.

e. Perubahan sistem pernapasan

Dampak yang ditimbulkan pada sistem pernapasan, antar lain kadar hemoglobin menurun, ekspansi paru menurun, dan otot mengalami kelemahan yang mengganggu proses metabolisme.

f. Perubahan kardiovaskular Perubahan pada sistem kardiovaskuler berupa hipotensi artostatik, meningkatnya kerja jantung, serta terjadi pembentukan trombus.

g. Perubahan sistem muskuloskeletal

Dampak yang ditimbulkan, antara lain gangguan Muskular yang berupa menurunnya massa otot yang menyebabkan turunnya.

kekuatan otot serta atrofi pada otot, gangguan skeletal berupa kontraktur sendi serta osteoporosis.

h. Perubahan sistem integumen

Pada sistem integumen akan terjadi penurunan elastisitas kulit, terjadi iskemia serta nekrosis jaringan superfisial ditandai dengan adanya luka dekubitus akibat tekanan dan sirkulasi ke jaringan menurun.

i. Perubahan eliminasi

Kurangnya asupan dan penurunan curah jantung mengakibatkan penurunan jumlah urine.

j. Perubahan perilaku

Seseorang akan mengalami perubahan peran, konsep diri, kecemasan yang berdampak ke perilaku yang ditimbulkan, seperti rasa bermusuhan, bingung, cemas, emosional yang tinggi, depresi, siklus tidur berubah, serta penurunannya mekanisme koping. Kemudian, menurut Potter & Perry (dalam Uda H.D.H, Muflih, Amigo T.A.E, 2016).

### **2.2.10 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).

#### **2.2.11 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan memberikan latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak yang dapat diberikan salah satunya yaitu dengan latihan Range of Motion (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi dimana pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. Range of Motion (ROM) pasif diberikan pada pasien dengan kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dikarenakan pasien tidak dapat melakukannya sendiri yang tentu saja pasien membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Kemudian, untuk Range of Motion (ROM) aktif sendiri merupakan latihan yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Tujuan Range of Motion (ROM) itu sendiri, yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot,

memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (Potter & Perry, 2012).

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.

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

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien**

#### ***Post Sectio caesarea***

Berikut ini menjelaskan tentang 1. Pengkajian, 2. Diagnosa keperawatan, 3. Rencana keperawatan, 4. Implementasi, 5. Evaluasi

### 2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, untuk mengidentifikasi, mengenal masalah kebutuhan kesehatan, keperawatan pasien baik fisik, mental sosial dan lingkungan.

#### a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record.

#### b. Keluhan utama

Subjektif :

Objektif : tampak tubuh lemah serta gerakan terbatas, kekuatan otot menurun rentan gerak menurun .

Karakteristik gangguan mobilitas fisik dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut :

1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber gangguan mobilitas fisik, pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa :

- a) Apa yang menyebabkan gejala gangguan mobilitas fisik ?
- b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat gangguan mobilitas fisik ?
- c) Apa yang anda lakukan ketika gangguan mobilitas fisik pertama kali dirasakan ?

2) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa gangguan mobilitas fisik yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :

- a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala gangguan mobilitas fisik yang dirasakan ?
- b) Dari segi kuantitas, sejauh mana gangguan mobilitas fisik yang di rasakan pasien sekarang dengan gangguan mobilitas fisik yang dirasakan sebelumnya. Apakah gangguan mobilitas fisik hingga mengganggu aktifitas?

3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi gangguan mobilitas fisik yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa :

- a) Dimana gejala gangguan mobilitas fisik terasa ?
- b) Apakah gangguan mobilitas fisik dirasakan menyebar atau merambat?

4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah gangguan mobilitas fisik yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa apa saja yg tidak dapat pasien lakukan saat terjadi gangguan mobilitas fisik T (timing atau waktu ) merupakan data mengenai kapan gangguan mobilitas fisik dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :

- a) Kapan gejala gangguan mobilitas fisik mulai dirasakan ?

b) Seberapa sering gangguan mobilitas fisik terasa, apakah bertahap ?

c) Berapa lama gangguan mobilitas fisik berlangsung ?

d) Apakah gangguan mobilitas fisik berlangsung terjadi kekambuhan atau secara bertahap ?

e) Riwayat persalinan sekarang

Untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji yaitu kehamilan beberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.

f) Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

g) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, perkawinan beberapa, usia pertama kali kawin.

h) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.

i) Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

j) Pola kebutuhan sehari-hari

1) Bernafas, pada pasien dengan *post sectio caesarea* tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.

2) Makan dan minum, pada pasien *post sectio caesarea* tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.

3) Eliminasi, pada pasien *post sectio caesarea* pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.

4) Istirahat dan tidur, pada pasien *post sectio caesarea* terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.

5) Gerak dan aktifitas, pada pasien *post sectio caesarea* terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.

- 6) Kebersihan diri, pada pasien *post sectio caesarea* kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien *post sectio caesarea* biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- 8) Rasa nyaman, pada pasien *post sectio caesarea* akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 9) Konsep diri, pada pasien *post sectio caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
- 10) Sosial, pada ibu *sectio caesarea* lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- 11) Bermain dan rekreasi, pada pasien *post sectio caesarea* ibu biasanya belum bisa bermain dan berkreasi.
- 12) Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.
- 13) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partu untuk ibu dengan *sectio caesarea* meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal

yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.
- 2) Pemeriksaan kepala wajah: Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan payudara : Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- 6) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka.
- 7) pemeriksaan eksremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, eksremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genetalia: Menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC) (Dinarti.R, 2017).

## Pemeriksaan Fisik

### 1. B1 (Breathing)

#### a) Inspeksi

Inspeksi adanya gangguan pernafasan pada pasien *post sectio caesarea* frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah 16-20 kali/menit. sesak nafas di tandai oleh peningkatan frekuensi pernafasan, sehingga membuat pasien sulit bernafas serta kelelahan. inspeksi dada untuk melihat postur bentuk dan kesimetrisan .

#### b) Palpasi

Palpasi voval fremitus

#### c) Perkusi

Melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis.

#### d) Auskultasi

Memeriksa Bunyi nafas, suara nafas,dan suara tambahan.

### 2. B2 (Blood )

#### a) Inspeksi

Pemantauan pengeluaran lokhea

#### b) Palpasi

Pada umumnya pada pasien *post section caesarea* dengan hambatan mobilitas fisik denyut nadi

c) Auskultasi

Biasanya auskultasi frekuensi irama jantung meningkat pada

3. B3 (Brain)

a) Inspeksi

Pemantauan kesadaran pada pasien *post section caesarea*

4. B4 (Blader)

a) Inspeksi

Mengidentifikasi apakah ada hematoma, edem, tanda –tanda infeksi.

b) Palpasi

Periksa lochea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya.

5. B5 (Bowel)

a) Inspeksi

Mengkaji kandung kemih pada pasien *post section caesarea*

b) Palpasi

Menentukan adanya distensi pada kandung kemih yang dilakukan pada abdomen bagian bawah .

c) Perkusi

Menekan abdomen bagian bawah untuk mengetahui adanya distensi pada kandung kemih .

6. B6 (Bone)

a) Inspeksi

Mengkaji adanya gangguan pada aktivitas saat bergerak , ,dan mengkaji kekuatan otot

**2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan pada pasien *post sectio caesarea* (DPP PPNI, 2017).

**2.3.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan Gangguan mobilitas fisik.

Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Status kenyamanan post <i>sectio caesarea</i> meningkat dengan kriteria hasil :	<b>Edukasi mobilisasi</b> <b>a. Observasi</b> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	<b>Observasi :</b> 1. Dengan melakukan identifikasi toleransi fisik seperti melakukan pergerakan kita dapat mengetahui apakah

<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak mengeluh kesulitan dalam beraktifitas</li> <li>b. Tidak meringis</li> <li>c. Tidak bersukaap protektif</li> <li>d. Tidak gelisah</li> <li>e. Kesulitan tidur menurun</li> <li>f. Frekuensi nadi membaik</li> <li>g. Melaporkan hambatan mobilitas fisik terkontroll</li> <li>h. Kemampuan mengenali onset hambatan mobilitas fisik meningkat</li> <li>i. Kemampuan mengenali penyebab gangguan mobilitas fisik meningkat</li> <li>j. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</li> <li>4. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>5. Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi</li> <li>6. Monitor kemajuan pasien /keluarga dalam melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait bett</li> <li>2. Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga</li> <li>3. Beri kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> <li>4. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</li> <li>5. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p><b>c. Edukasi</b></p>	<p>terdapat gangguan mobilitas fisik pada tubuh kita (Vivian,Lia 2011 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. karena dalam suatu organ akan semakin besar aliran darahnya juga akan mengalami hal yang sama .Hal ini menyebabkan kompensansi jantung dengan mempercepat denyutnya dan memperbesar banyaknya aliran darah yang di pompakan dari jantung ke seluruh tubuh( Herru &amp;Priatna, 2015)</li> <li>3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi kita dapat tau bagaimana keadaan yang normal untuk pasien dengan gangguan mobilitas fisik (Mubarak 2015)</li> <li>4. Untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga sudah siap menerima informasi yang akan di berikan (Ibrahim 2013)</li> <li>5. Dengan melakukan identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi kita dapat mengetahui apa yang boleh di lakukan dan tidak boleh di lakukan pada pasien gangguan mobilitas fisik(Mubarak 2015)</li> <li>6. Untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga sudah ada perkembangan dalam melakukan mobilisasi(Mubarak, 2015)</li> </ul> <p>Terapeutik :</p>
---	---	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mi duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> <li>4. Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah</li> <li>5. Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi (seperti kekuatan otot, rentang gerak)</li> <li>6. Anjurkan pasien/keluarga mendemonstrasikan mobilisasi miring kanan miring kiri latihan rentang gerak sesuai yang telah didemonstrasikan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempersiapkan materi media dan alat-alat seperti bantal gait dan bet guna untuk mempermudah proses perawatan pasien (Mubarak, 2015)</li> <li>2. Menjadwalkan waktu guna untuk mempermudah pasien agar tidak lupa dalam mengetahui waktu perawatan (Ibrahim, 2013)</li> <li>3. Guna untuk mengetahui hal – hal yang belum di ketahui dan belum di pahami oleh pasien dan keluarga (Ibrahim, 2015)</li> <li>4. Alat bantu miss pagar dan bed dapat mempermudah dalam proses perawatan gangguan mobilitas fisik (Mubarak, 2015)</li> <li>5. Guna untuk memperbaiki rangsang dan postur tubuh saat proses perawata.(Mubarak , 2015)</li> <li>6. Keluarga dapat membantu memberikan dorongan energi dari dalam untuk proses penyembuhan pasien (Ibrahim, 2013)</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien dan keluarga mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi guna</li> </ol>
--	---	---

		<p>untuk mempertahankan fungsi tubuh (Ibrahim, 2013)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mobilisasi dini dapat memperlancar peredaran darah sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka (Mubarak, 2015)</li> <li>3. Mobilisasi sederhana dapat melatih tonus otot (Mubarak, 2015)</li> <li>4. Duduk di pinggir tempat tidur berjalan ke kursi adalah cara melatih mobilisasi dirumah (Ibrahim, 2013)</li> <li>5. Kekuatan otot dan rentang gerak adalah latihan gerak sendi di salah satu dari tiga bidang : sagittal, frontal, atau transfersal (Potter, 2010)</li> <li>6. Mobilisasi miring kanan miring kiri merupakan latihan rentang gerak yang paling efektif dan mudah di praktekan oleh pasien di mana rumah maupun di rumah sakit (Mubarak, 2015)</li> </ol>
--	--	---

(PPNI DPP SIKI SLKI, 2018)

### 2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi merupakan pelaksanaan rencana keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan pasien.

- a) Anjurkan pasien miring kanan miring kiri dapat di mulai dari 6-10 jam setelah operasi.
- b) Anjurkan latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.
- c) Hari kedua setelah post operasi, penderita dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- d) Kemudian ajarkan posisi tidur terlentang dapat di ubah menjadi posisi setengah duduk atau (semifowler).
- e) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari pasien di anjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 dan hari ke-5 pasca operasi (Dinarti.R, 2017).

### **2.3.5 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah 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 (Dinarti.R, 2017).

Tabel 2.2 Evaluasi hambatan mobilitas fisik

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan pada pasien post <i>sectio caesarea</i>.</p>	<p>S (Subjektif)</p> <p>Data yang di peroleh dari respon pasien secara verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> <li>b. Pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan</li> <li>c. Dan mengeluh cemas saat bergerak</li> <li>d. Pasien mengetahui skala, intensitas dan frekuensi nyeri</li> </ul> <p>O (Objektif)</p> <p>Data yang diperoleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kekuatan otot menurun</li> <li>b. Rentan gerak menurun</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>c. Sendi kaku</li><li>d. Gerakan tidak terkoordinasi</li><li>e. Gerakan terbatas</li><li>f. Fisik lemas</li></ul> <p>P (Planning)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Pertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai</li><li>b. Lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien</li></ul>
--	--

Sumber: (Dinarti.R, 2017).

