

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini menjelaskan tentang teori yang mendukung meliputi : 1) konsep *sectio caesarea*, 2) konsep mobilisasi dan 3) konsep asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik post *sectio caesarea*.

2.1 Konsep Sectio Caesarea

Dalam konsep *sectio caesarea* menguraikan konsep *sectio caesarea* meliputi definisi, indikasi, patofisiologi, jenis operasi, komplikasi, perawatan setelah operasi dan perawatan lanjutan.

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Istilah *sectio caesarea* bermula dari kalimat Latin *caedere* yang mempunyai arti *memotong*. *Sectio caesarea* merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histerotomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Sofian, 2012).

Definisi lain dari *sectio caesarea* adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan cara melakukan insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu, dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh, serta janin memiliki bobot badan di atas 500 gram. Jika bobot janin dibawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan persalinan *sectio caesarea* (Solehati & Kosasih, 2015).

2.1.2 Etiologi

Etiologi menurut (Solehati & Kosasih, 2015) dari tindakan *sectio caesarea* dibagi menjadi dua, yaitu :

- 1) Etiologi yang berasal dari ibu : distosia, cephalo pelvic disproportion (CPD), Preeklamsi dan eklamsia, gagal proses persalinan, seksio ulang, plasenta previa, solutio plasenta, tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi, ruptura uteri, takut persalinan pervaginam, pengalaman buruk melahirkan pervaginam, adanya keinginan untuk melahirkan pada hari yang telah ditentukan, disfungsi uterus, usia ibu lebih dari 35 tahun, herpes genital aktif.
- 2) Etiologi yang berasal dari bayi : terjadi gawat janin (distress) yang disebabkan oleh syok, anemia berat, kelainan konginetal berat, letak janin seperti letak sungsang, lintang, presentasi ganda atau majemuk, kehamilan ganda atau biasa disebut kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih dalam satu rahim dengan satu atau dua plasenta, adanya bobot badan bayi yang ukurannya lebih dari normal dikatakan normal bila 2.500-4000 gram bila bobot bayi di atas 4000 gram atau lebih dinamakan bayi besar (giant baby).

2.1.3 Indikasi

Seorang ibu yang akan melahirkan perlu dilakukan tindakan persalinan *sectio caesarea* tentu berdasarkan indikasi terlebih dahulu. Indikasi tersebut dapat dilakukan dengan alasan medis antara lain : karena ibu ataupun bayinya beresiko

tinggi, bukan karena alasan pribadi dari ibu sendiri/elektif (Solehati & Kosasih, 2015).

Menurut teori (Sofian, 2012), ada indikasi dilakukannya *sectio caesarea* pada klien karena adanya keadaan sebagai berikut :

1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu plasenta yang terletak pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

2) Panggul sempit

Panggul sempit keadaan panggul ibu yang tidak sesuai dengan keadaan panggul normal yang dimiliki kebanyakan wanita (Solehati & Kosasih, 2015). Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin *vias naturalis* ialah $CV = 8$ cm. Panggul dengan CV (conjugata vera) < 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin secara normal, harus diselesaikan dengan *sectio caesarea*. Conjugata vera antara 8 dan 10 cm boleh dilakukan partus percobaan, baru setelah gagal, dilakukan *sectio caesarea* sekunder.

3) Disproporsi sefalopelvik

ketidakselarasan atau ketidakseimbangan antara kepala janin dan ukuran panggul.

4) Ruptura uteri mengancam

Ruptura uteri adalah keadaan robekan pada rahim yang telah terjadi hubungan langsung antara rongga amnion dan rongga peritoneum. Ruptura

uteri, baik yang terjadi pada masa hamil atau proses persalinan merupakan suatu kondisi bahaya yang besar pada wanita dan janin yang dikandungnya. Dalam kondisi seperti ini, sejumlah besar janin, bahkan hampir tidak ada janin yang dapat diselamatkan, dan sebagai besar wanita tersebut meninggal akibat perdarahan, infeksi, menderita kecacatan, dan kemungkinan tidak bisa hamil kembali karna terpaksa harus menjalani histerektomi. (Solehati & Kosasih, 2015).

- 5) Partus lama (prolonged labor)
- 6) Partus tak maju (obstructed labor)
- 7) Distosia serviks

Distosia merupakan suatu keadaan persalinan yang lama karena adanya kesulitan dalam persalinan yang disebabkan oleh beberapa faktor dalam persalinan, baik faktor dari ibu sendiri maupun faktor dari bayi dalam proses persalinan, seperti : kelainan tenaga (his), kelelahan mengedan, kelainan jalan lahir, kelainan letak dan bentuk janin, kelainan dalam besar atau bobot janin, psikologis ibu (Solehati & Kosasih, 2015)

- 8) Pre-eklamsi dan hipertensi

Preeklamsi merupakan suatu sindrom yang dijumpai pada ibu dengan kehamilan di atas 20 minggu yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria dengan atau tanpa edeme (bengkak). Eklampsia adalah pre-eklampsia yang disertai dengan gejala kejang-kejang umum yang terjadi pada saat hamil/waktu partus, atau dalam tujuh hari post partum bukan karna epilepsi (Solehati & Kosasih, 2015).

9) Malpresentasi janin :

a) Letak lintang :

Greenhill dan Eastman sependapat bahwa

(1) Jika panggul terlalu sempit, *sectio caesarea* adalah cara terbaik dalam kasus semua kasus letak lintang dengan janin hidup dan ukuran normal

(2) Semua primigravida dengan janin letak lintang harus ditolong dengan *sectio caesarea*, walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit

(3) Multipara dengan janin letak lintang tak dapat lebih dulu dicoba ditolong dengan cara cara lain

b) Letak bokong

Sectio caesarea dianjurkan pada letak bokong pada kasus :

(1) Panggul sempit

(2) Primigravida

(3) Janin besar dan berharga

c) Presentasi dahi dan muka (Letak defleksi) jika reposisi dan cara cara lain tidak berhasil

d) Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil

e) Gemeli, Menurut Eastman, *sectio caesarea* dianjurkan jika janin pertama letak lintang atau presentasi bahu, jika terjadi interlok (*looking of the twins*), pada kasus distosia karna tumor, pada gawat janin dan sebagainya.

2.1.4 Patofisiologi

Sectio caesarea adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan cara melakukan insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu, dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh, serta janin memiliki bobot badan di atas 500 gram. Jika bobot janin dibawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan persalinan *sectio caesarea*. Dampak fisiologis yang sering muncul dirasakan oleh pasien pasca *sectio caesarea* ini terutama rasa nyeri akibat dari efek pembedahan tersebut, rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* terjadi akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan. Apabila hal ini tidak segera diatasi maka dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun psikis klien, nyeri merupakan bentuk stressor yang dapat menimbulkan berbagai respons, seperti tidak mampu bernafas dengan dalam, gangguan mobilitas, menurunkan nafsu makan, dan mengganggu tidur sehingga menghambat proses penyembuhan. Selain itu, rasa nyeri yang tidak segera diatasi akan berdampak pada masalah psikologis pasien (Solehati & Kosasih, 2015).

2.1.5 Jenis operasi

Jenis operasi *sectio caesarea* menurut (Sofian, 2012), diantaranya adalah :

- 1) *Abdomen (Seksio Sesarea Abdominalis)*

a) Seksio sesarea transperitonealis

- (1) *Seksio sesarea* klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpusuteri.
- (2) *Seksio sesarea* ismika atau profunda atau *lowcervical* dengan insisi padasegmen bawah rahim.
- (3) *Seksio sesarea* ekstra peritonealis, yaitu *sectio caesarea* tanpa membuka peritonneum parietale, dengan demikian, tidak membuka kavum abdominalis.

2) *Vagina (Seksio Sesarea Vaginalis)*

Menurut arah sayatan pada rahim, *seksio sesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

- (1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig.
 - (2) Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr.
 - (3) Sayatan huruf T (*T-incision*).
- 3) *Seksio Sesarea Klasik (Korporal)*

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- (1) Pengeluaran janin lebih cepat.
- (2) Tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih.
- (3) Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal.

Kekurangan :

- (1) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada

reperitonealisasi yang baik

(2) Pada persalinan berikutnya, lebih mudah terjadi ruptur uteri spontan.

4) *Sectio Caesarea Ismika (Profunda)*

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawahrahim (*lowcervical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- (1) Penjahitan luka lebih mudah.
- (2) Tumpang tindih *peritoneal flap* sangat baik untuk menahan penyebaran isiuterus ke rongga peritoneum.
- (3) Perdarahan kurang.
- (4) Dibandingkan dengan cara klasik, kemungkinan ruptur uteri spontan lebih kecil.

Kekurangan :

- (1) Luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya a. uterina yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak.
- (2) Tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi Post *Sectio Caesarea* menurut teori (Sofian, 2012), diantaranya adalah :

1) Infeksi Purperal (Nifas)

- a) Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.

- b) Sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- c) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

- 2) Perdarahan karena :
 - a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - b) Atonia uteri.
 - c) Perdarahan pada *placental bed*.
 - (1) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
 - (2) Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

2.1.7 Perawatan setelah operasi

Sectio caesarea adalah pertolongan persalinan yang konservatif, sehingga diharapkan ibu dan bayinya selamat, dengan jaminan kualitas sumber daya manusia yang optimal.

Tindakan *sectio caesarea* tetap menghadapkan ibu pada trias komplikasi, sehingga memerlukan observasi dengan tujuan agar dapat mendeteksi kejadiannya lebih dini.

Menurut teori (Manuaba, 2012), observasi trias komplikasi meliputi :

1) Kesadaran penderita

a) Pada anestesi lumbal :

Kesadaran penderita baik, oleh karenanya ibu dapat mengetahui hampir semua proses persalinan.

b) Pada anestesi umum :

Pulihnya kesadaran oleh ahli telah diatur, dengan memberikan O₂, menjelang akhir operasi.

2) Mengukur dan memeriksa tanda-tanda vital.

a) Pengukuran :

(1) Tensi, nadi, temperatur dan pernapasan.

(2) Keseimbangan cairan melalui produksi urin, dengan perhitungan :

(a) Produksi urin normal → 500-600 cc.

(b) Pernapasan → 500-600 cc.

(c) Penguapan badan → 900-1.000 cc.

(3) Pemberian cairan pengganti sekitar 2.000-2.500 cc dengan perhitungan 20 tetes/menit (=1 cc/menit).

(4) Infus setelah operasi sekitar 2 x 24 jam.

3) Pemeriksaan :

a) Paru :

(1) Kebersihan jalan napas.

- (2) Ronkibasal, untuk mengetahui adanya edema paru.
- b) Bising usus, menandakan berfungsinya usus (dengan adanya flatus).
- c) Perdarahan lokal pada luka operasi
- d) Kontraksi rahim, untuk menutup pembuluh darah.

Perdarahan per vaginam :

- (1) Evaluasi pengeluaran lochia.
 - (2) Atonia uteri meningkatkan perdarahan.
 - (3) Perdarahan berkepanjangan.
- 4) Profilaksis antibiotika.

Infeksi selalu diperhitungkan dari adanya alat yang kurang steril, infeksi ascendens karena manipulasi vagina, sehingga pemberian antibiotika sangat penting untuk menghindari terjadinya sepsis sampai kematian.

Pertimbangan pemberian antibiotika :

- a) Bersifat profilaksis.
- b) Bersifat terapi karena sudah terjadi infeksi.
- c) Berpedoman pada hasil tes sensitifitas.
- d) Kualitas antibiotika yang akan diberikan.
- e) Cara pemberian antibiotika.

Yang paling tepat adalah berdasarkan hasil tes sensitifitas, tetapi memerlukan waktu sekitar 5-7 hari, sehingga sebagian besar pemberian antibiotika dilakukan dengan dasar adjuvantibus. Kini perkembangan produksi antibiotika sangat pesat, sehingga diperlukan adanya kemampuan untuk memilihnya.

2.1.8 Perawatan lanjutan

Pasien dianjurkan untuk datang dan kontrol luka pada hari ketujuh atau kedelapan. Kunjungan dilakukan lebih cepat apabila ada hal-hal khusus, seperti nyeri berlebihan, terbukanya perban, atau ada perembesan darah. Selanjutnya, perawatan dilaksanakan seperti yang telah diterangkan pada bagian perawatan luka.

Pasien diingatkan untuk segera mengikuti program Keluarga Berencana segera sesudah masa nifas 42 hari terlewati (Sofian, 2012).

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

Dalam konsep gangguan mobilitas fisik menguraikan konsep gangguan mobilitas fisik meliputi definisi mobilisasi, jenis mobilisasi, etiologi mobilisasi, pathway mobilisasi, patofisiologi mobilisasi, tanda dan gejala mobilisasi, tujuan mobilisasi, manfaat mobilisasi, kerugian tidak melakukan mobilisasi, penatalaksanaan mobilisasi.

2.2.1 Definisi Mobilisasi

Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan memenuhi aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Widayanti, 2020). Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (PPNI, 2017). Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) gangguan mobilitas fisik atau immobilisasi suatu keadaan dimana individu yang atau bersiko mengalami keterbatasan gerakan fisik (Kozier et al., 2010).

Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis, mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan imobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas. Mobilisasi dan imobilisasi berada pada suatu rentang dengan banyak tingkatan imobilisasi parsial, beberapa klien mengalami kemunduran dan selanjutnya berada di antara rentang mobilisasi-imobilisasi, tetapi pada klien lain, berada pada kondisi imobilisasi mutlak dan berlanjut sampai jangka waktu tidak terbatas (Rahayu & Yunarsi, 2019).

2.2.2 Jenis Mobilisasi

Jenis mobilisasi menurut (A. A. A. Hidayat & Uliyah, 2016), meliputi :

- 1) Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh, bebas tanpa pembatasan jelas yang dapat mempertahankan untuk berinteraksi sosial dan menjalankan peran sehari-harinya.
- 2) 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, yakni :
 - 3) Mobilisasi sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat sementara, hal tersebut dapat disebabkan adanya trauma reversible pada sistem muskuloskeletal.
 - 4) Mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat menetap, hal tersebut disebabkan karena

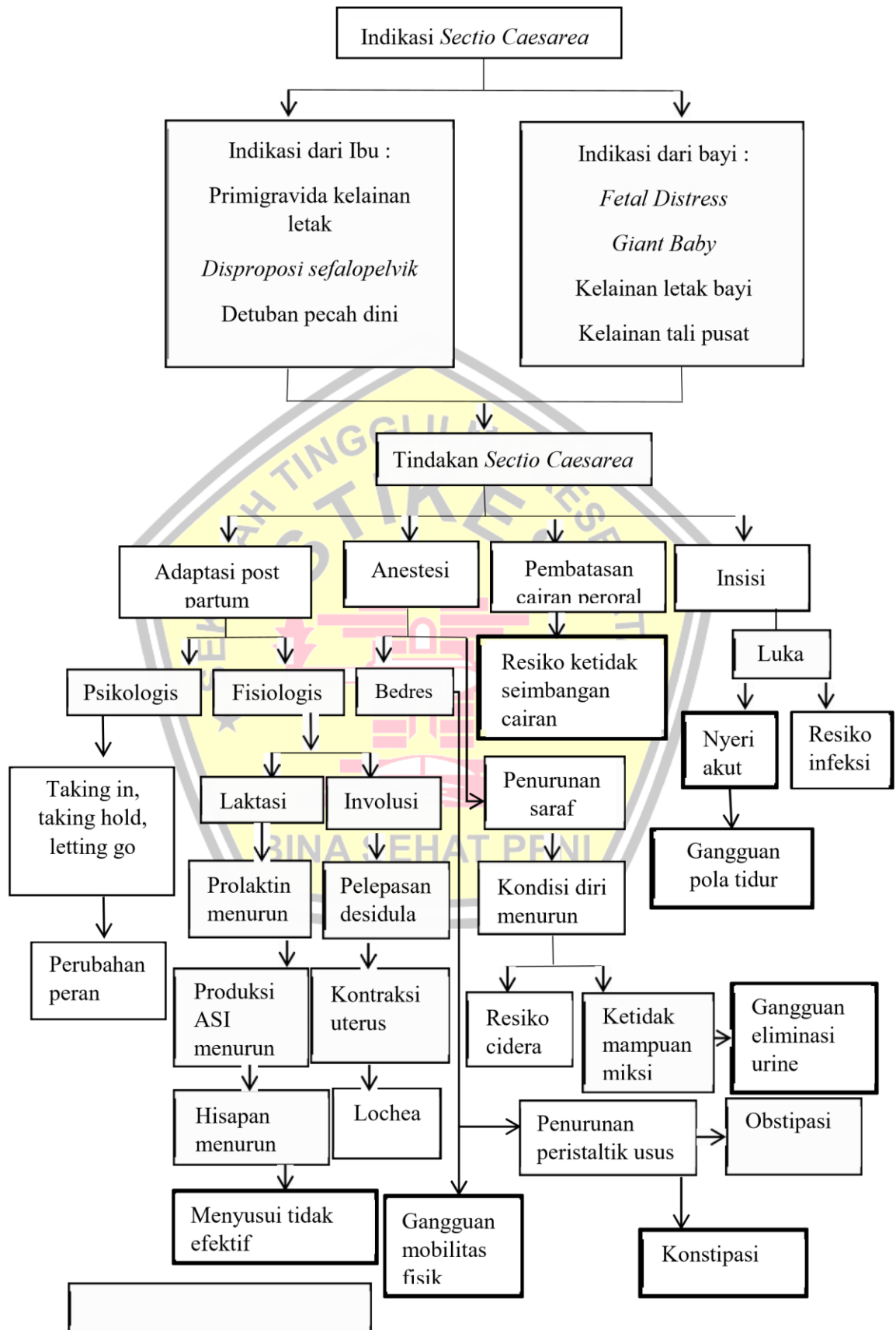
rusaknya sistem saraf reversible sebagai contoh terjadinya paraplegia karena injuri tulang belakang, pada poliomyelitis karena terganggunya system saraf motorik dan sensorik.

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 farmakologis, 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 Pathway



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

2.2.5 Patofisiologi

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 ubiquitin 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- κ B menginduksi atrofi dengan aktivasi transkripsi dan ubiquinasi protein. Jika otot tidak digunakan menyebabkan peningkatan aktivitas transkripsi dari NF- κ 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 kontraktil. Kemampuan untuk meregenerasi myofibril akan menurun. Jaringan fibrosa yang terjadi akibat atrofi degeneratif juga memiliki kecenderungan untuk memendek yang disebut dengan kontraktur (Rohman, 2019).

2.2.6 Tanda dan gejala

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

1) 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.

2) 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.



2.2.7 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.

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentan gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari.
- 2) Memperlancar peredaran darah.
- 3) Membantu pernapasan menjadi lebih kuat
- 4) Mempertahankan tonus otot, memelihara, dan meningkatkan pergerakan dari persendian .
- 5) Memperlancar eliminasi alvi dan urine.
- 6) Melatih atau ambulasi (Mubarak et al., 2015).

2.2.8 Manfaat Mobilisasi

Mobilisasi memiliki beberapa manfaat menurut (Susilowati, 2015), yakni :

- 1) Meningkatkan sirkulasi dan mencegah resiko tromboloplebitis vena
- 2) Meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih
- 3) Mencegah konstipasi
- 4) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat

- 5) Dapat lebih memungkinkan mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan
- 6) Tidak terjadi retensi urin
- 7) Mempercepat involusi uterus
- 8) Memperlancar lochea sehingga menghindari timbunan lokhea
- 9) Mempercepat kembali optimal alat reproduksi
- 10) Menghindari infeksi

Sedangkan manfaat mobilisasi menurut (Nurjannah et al., 2013)

- 1) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan ambulasinidini, dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal, sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit. Dengan demikian, ibu merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan, faal usus dan kandung kencing lebih. Dengan bergerak akan merangsang peristaltik usus kembali normal. Aktivitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
- 2) Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan.

2.2.9 Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi

Beberapa kerugian bila ibu tidak melakukan mobilisasi menurut (Susilowati, 2015), meliputi :

- 1) Komplikasi pada kandung kemih
- 2) Konstipasi

- 3) Trombosis vena masa nifas
- 4) Menyebabkan peningkatan suhu tubuh karena adanya infeksi
- 5) Gangguan pernafasan yaitu sekret akan terakumulasi pada saluran pernafasan yang akan berakibat klien sulit batuk dan mengalami gangguan bernafas
- 6) Pada sistem kardiovaskuler terjadi hipotensi ortostatik yang disebabkan oleh sistem syaraf otonom tidak dapat menjaga keseimbangan suplai darah sewaktu berdiri dalam waktu yang lama
- 7) Pada gastrointestinal terjadi anoreksia diare atau konstipasi. Anoreksia disebabkan oleh adanya gangguan katabolisme yang mengakibatkan ketidakseimbangan nitrogen karena adanya kelemahan otot serta kemunduran reflek deteksi, sehingga pasien dapat mengalami konstipasi.

2.2.10 Penatalaksanaan Mobilisasi

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan 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 persendirian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (Potter & Perry, 2010).

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

- 1) Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti memiringkan pasien, posisi fowler, posisi sims, posisi trendelenburg, posisi genupectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.
- 2) 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.
- 3) Melakukan aktivitas sehari-hari, dilakukan untuk melatih kekuatan, ketahanan, dan kemampuan sendi agar mudah bergerak, serta meningkatkan fungsi kardiovaskular.
- 4) Latihan Range of Motion (ROM) aktif atau pasif.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien

Post Sectio Caesarea

Dalam konsep asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien post *sectio caesarea* menguraikan 1) Pengkajian, 2) Diagnosa keperawatan, 3) Rencana keperawatan, 4) Implementasi, 5) Evaluasi.

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada ibu *post partum* diperlukan untuk menentukan masalah keperawatan apa yang memerlukan intervensi keperawatan, serta untuk menentukan prioritas intervensi berdasarkan pada prioritas masalah yang telah diperoleh dari hasil pengkajian tersebut (Solehati & Kosasih, 2015).

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, diantaranya sebagai berikut :

1) Identitas pasien

a) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar tenaga medis memanggil dengan nama panggilan yang disukai pasien sehingga hubungan komunikasi antara perawat dan pasien berjalan dengan lancar.

b) Usia/tanggal lahir

Menurut teori (Solehati & Kosasih, 2015), usia dibawah 20 tahun dan di atas 35 tahun akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Dari segi psikologis, pada wanita usia kurang dari 20 tahun perkembangan kejiwaannya masih belum matang untuk menjadi seorang ibu. Dari segi fisik, pada usia muda organ-organ reproduksi seorang wanita belum sempurna sehingga dapat berakibat terjadinya komplikasi obstetri.

Kehamilan di atas usia 35 tahun memiliki risiko tiga kali lebih besar untuk terjadinya persalinan dengan tindakan sectio caesarea dibandingkan dengan usia di bawah 35 tahun. Usia lebih dari 35 tahun termasuk ke dalam golongan usia berisiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan. Pada usia ini, berbagai masalah sering kali menyertai kehamilannya, seperti plasenta previa totalis, preeklamsi berat, kelelahan dalam mendedan, dan sebagainya.

c) Agama

Sebagai dasar perawat dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.

d) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar perawat dalam menentukan metode yang paling tepat dalam menyampaikan informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap instruksi yang diberikan perawat pada proses persalinan, misalnya perawat memberikan konseling terhadap pasien dengan pendidikan rendah berarti perawat harus menggunakan bahasa yang sederhana sehingga pasien dapat mengerti ketika dijelaskan oleh perawat tersebut.

e) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.

f) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan

g) Alamat

Selain sebagai data distribusi lokasi pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Ini mungkin berkaitan dengan keluhan terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan.

h) Riwayat kesehatan

Ibu yang mengalami indikasi seperti panggul sempit, partus lama, malpresentasi janin dan mempunyai riwayat *sectio caesarea* (Sofian, 2012).

2) Riwayat pasien

a) Keluhan utama

Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas sehingga enggan untuk mobilisasi/immobilisasi dikarenakan nyeri saat bergerak.

Objektif : Tampak tubuh lemah serta gerakan terbatas, kekuatan otot menurun, rentan gerak menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi.

b) Riwayat menstruasi

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

c) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, perkawinan keberapa, usia pertama kali kawin.

d) 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.

e) 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.

f) Pola kebutuhan sehari-hari

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

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

(3) Istirahat dan tidur, pada pasien post *sectio caesarea* terjadi gangguan pada pola istirahat karena ibu enggan untuk

mobilisasi/immobilisasi dikarenakan nyeri pasca *sectio caesarea*.

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

(5) Konsep diri, pada pasien post *sectio caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.

3) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.

- a) Pemeriksaan kepala : Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang-kadang terdapat adanya cloasma gravidarum, dan apakah ada benjolan.
- b) Pemeriksaan leher : Kaji apakah ditemukan adanya pembesaran kelenjar tyroid atau tidak.
- c) Pemeriksaan mata : Terkadang adanya pembekakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.
- d) Pemeriksaan telinga : Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga atau tidak.
- e) Pemeriksaan payudara : Terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papila mammae.
- f) Pemeriksaan abdomen: Terdapat luka sehingga ibu takut untuk

bergerak dikarenakan nyeri pasca sectio caesarea, tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi.

- g) Pemeriksaan ekstremitas atas: Observasi apakah ibu mau menggerakkan anggota tubuh pada ekstermitas atas.
- h) Pemeriksaan ekstremitas bawah: Observasi apakah ibu mau menggerakkan anggota tubuh pada ekstermitas bawah.
- i) Genetalia: Menggunakan dower kateter, observasi pengeluaran lochea.
- j) Data penunjang : Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC) (Dinarti, 2017).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, kemudian dilanjutkan dengan menganalisis data yang diperoleh berdasarkan pada masalah yang dialami atau dirasakan ibu *post partum* selama proses pengkajian tersebut. Perawat menegakkan diagnosa sebagai panduan untuk membuat rencana keperawatan (Solehati & Kosasih, 2015).

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada pasien post sectio caesarea (D.0054) (PPNI, 2017).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan dirumuskan berdasarkan pada pengkajian dan diagnosis keperawatan. Rencana keperawatan dibuat untuk mengubah atau menghilangkan masalah, baik aktual maupun potensial.

Setelah diagnosis keperawatan dirumuskan, kemudian rumuskan rencana

keperawatan yang dirumuskan bersama dengan klien/ibu post partum sesuai dengan prioritas masalah pada diagnosis keperawatan (Solehati & Kosasih, 2015).

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan gangguan mobilitas fisik

Tujuan/Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstermitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 5) Kecemasan menurun 6) Kaku sendi menurun 7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8) Gerakan terbatas menurun 9) Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.12394)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b) Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi c) Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi 2) Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> a) Persiapkan materi, media, alat-alat seperti bantal, gait belt b) Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga c) Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya 3) Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan prosedur tujuan, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi b) Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi dirumah c) Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi (seperti kekuatan otot, rentang gerak) d) Demonstrasikan cara 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> a) Untuk mengetahui apakah pasien sudah siap menerima informasi yang akan di berikan (Ibrahim, 2012). b) Dengan melakukan identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi, kita dapat mengetahui apa yang boleh dilakukan pada pasien gangguan mobilitas fisik (Mubarak et al., 2015). c) Untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga sudah ada perkembangan dalam melakukan mobilisasi (Mubarak et al., 2015). 2) Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> a) Agar pasien dan keluarga mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi guna untuk mempertahankan fungsi tubuh (Ibrahim, 2012). b) Kekuatan otot dan rentang gerak

	<p>mobilisasi di tempat tidur (misal, mekanika tubuh, posisi pasien digeser, ke arah berlawanan dari posisi yang akan dimiringkan, teknik teknik memiringkan penempatan posisi bantal sebagai penyangga)</p> <p>e) Demonstrasikan cara melatih rentang gerak (misal, gerakan dilakukan dengan perlahan dimulai dari kepala ke ekstermitas, gerakkan semua persendian sesuai rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak pada sisi ekstermitas yang pares dengan menggunakan ekstermitas yang normal, frekuensi tiap gerakan)</p> <p>f) Anjurkan pasien/keluarga mendemonstrasikan mobilisasi miring kanan/kiri/ latihan rentang gerak sesuai dengan yang didemonstrasikan</p>	<p>adalah latihan gerak sendi di salah satu dari tiga bidang : sagital, frontal, atau transfersal (Potter & Perry, 2010).</p> <p>c) Guna untuk memperbaiki rangsang dan postur tubuh saat proses perawatan (Mubarak et al., 2015).</p> <p>d) Duduk di pinggir tempat tidur, berjalan ke kursi adalah cara melatih mobilisasi dirumah (Ibrahim, 2012).</p> <p>e) Guna untuk mengetahui hal-hal yang belum diketahui dan belum di pahami oleh pasien dan keluarga (Ibrahim, 2012).</p> <p>f) Mobiliasi miring kanan dan miring kiri merupakan latihan rentang gerak yang paling efektif dan mudah di praktekkkan oleh pasien di rumah maupun di rumah sakit (Mubarak et al., 2015).</p>
--	--	---

Sumber : (PPNI DPP SIKI SLKI, 2018)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

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.

- 1) Anjurkan pasien miring kanan miring kiri dapat di mulai dari 6-10jam setelah operasi.
- 2) Anjurkan latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.
- 3) Hari kedua setelah post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian ajarkan posisi tidur terlentang dapat di ubah menjadi posisi setengah duduk atau (semifowler).
- 5) 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, 2017).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat dan 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 dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S merupakan subjective yaitu pernyataan atau keluhan yang pasien katakan, O merupakan objective yaitu data yang kita observasi, A merupakan

analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P merupakan planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti, 2017)

Tabel 2.2 Evaluasi gangguan mobilitas fisik

Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan pada pasien post <i>sectio caesarea</i> .	1) S (Subjektif) : data yang di peroleh dari respon pasien secara verbal <ul style="list-style-type: none"> a) Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas b) Pasien mengeluh nyeri saat bergerak c) Pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan d) Pasien merasa cemas saat bergerak 2) (Objektif) : data yang diperoleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat <ul style="list-style-type: none"> a) Kekuatan otot menurun b) Rentang gerak menurun c) Sendi kaku d) Gerakan tidak terkoordinasi e) Gerakan terbatas f) Fisik lemah

Sumber : (DPP SDKI, SLKI 2018)