

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Mobilisasi Dini

1. Definisi

Menurut Sulistyawati *et al.*, (2023), mengungkapkan mobilisasi dini adalah suatu keadaan dimana ibu nifas yang dianjurkan untuk belajar miring kanan dan miring kiri serta belajar duduk dan berjalan setelah dua jam postpartum untuk melatih kemandirian dan mempercepat proses penyembuhan luka setelah persalinan.

2. Tujuan Mobilisasi Dini

Menurut Sulistyawati *et al.*, (2023) mengungkapkan, tujuan mobilisasi dini, adalah sebagai berikut:

- a. Mempercepat proses involusi uteri
- b. Meningkatkan sirkulasi dan mencegah terjadinya tromboplebitis vena
- c. Mencegah konstipasi
- d. Mempertahankan tonus otot
- e. Memperlancar pengeluaran lochea
- f. Mempercepat proses penyembuhan luka
- g. Mempercepat peredaran darah
- h. Meningkatkan fungsi kinerja peristaltic usus dan kandung kemih
- i. Mengembalikan otot-otot perut serta panggul bisa kembali normal

3. Fisiologi Mobilisasi Dini

Mobilisasi awal yang dilakukan secara rutin menghasilkan aliran yang baik pada area insisi, sehingga jaringan yang terluka bisa mendapatkan nutrisi penting untuk proses penyembuhan, seperti oksigen, asam amino, vitamin, dan mineral. Dengan demikian, pasien yang baru saja menjalani operasi sectio caesarea sangat dianjurkan untuk segera melakukan mobilisasi awal sesuai dengan tahapan yang sudah ditentukan (Hanifah 2015 dalam Metasari 2023).

4. Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Sulistyawati *et al.* (2023) mengungkapkan, manfaat mobilisasi dini, antara lain:

- a. Ibu merasa lebih kuat dan kembali sehat
- b. Dapat mengembalikan fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan dengan baik
- c. Dapat memungkinkan tenaga medis/tenaga keperawatan/tenaga kebidanan untuk membimbing dan mengajarkan ibu untuk merawat bayinya.

5. Standar Operasional Prosedur

Standar operasional prosedur untuk mobilisasi dini menurut PPNI (2021):

Pengertian

Mobilisasi dini pasca *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *sectio caesarea*.

Tujuan

- a. Mempercepat penyembuhan luka
- b. Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi
- c. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli
- d. Mengurangi lama rawat di Rumah sakit

Indikasi

Pasien dengan pasca *sectio caesarea*

Persiapan alat

Tidak ada

Persiapan pasien

- a. Berikan salam, panggil pasien dengan Namanya
- b. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga

Prosedur

- a. Tahap pra interaksi
 - 1) Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan
 - 2) Melihat data atau riwayat SC pasien

- 3) Melihat intervensi tenaga kesehatan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan
 - 4) Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini
 - 5) Mencuci tangan
- b. Tahap orientasi
- 1) Memberikan salam dan memperkenalkan diri
 - 2) Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu
 - 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur dan menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien
- c. Tahap kerja
- 1) Pada 4 jam pertama Pasca SC
 - 2) Menjaga privasi pasien
 - 3) Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang
 - 4) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
 - 5) Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit
 - 6) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan di atas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas
 - 7) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali
 - 8) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki
 - 9) Pada 6-10 jam berikutnya
 - 10) Latihan miring kanan dan kiri
 - 11) Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain
 - 12) Pada 24 jam Pasca SC

- 13) Posisikan semi fowler 30-40 derajat secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan.
 - 14) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk
 - 15) Pada hari ke 2 Pasca SC
 - 16) Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan
 - 17) Pada hari ke 3 Pasca SC
 - 18) Pasien duduk dan menurunkan kaki ke arah lantai. Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur
- d. Evaluasi dan Tindak Lanjut
- 1) Melakukan evaluasi tindakan
 - 2) Menganjurkan pasien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga
 - 3) Salam terapeutik dengan pasien
 - 4) Mencuci tangan Dokumentasi
- e. Dokumentasikan nama pasien, tanggal dan jam perekaman, dan respon pasien. Paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien.

B. Konsep Luka *Sectio Caesarea*

1. Definisi luka post *Sectio Caesarea*

Luka merupakan suatu keadaan yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Penyebabnya bisa karena trauma, operasi, ischemia, dan tekanan. Luka adalah suatu keadaan dimana terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh dan mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari. Luka operasi yaitu luka akut yang dibuat oleh ahli bedah yang bertujuan untuk terapi atau rekonstruksi. (Murtutik & Metasari 2023)

2. Tujuan perawatan luka post *Sectio Caesarea*

Menurut Dartiwen, (2020) menunjukkan bahwa tujuan perawatan luka adalah sebagai berikut:

- a. Melindungi luka dari trauma mekanik
- b. Mengabsorpsi *drainase*
- c. Mencegah kontaminasi dari kotoran-kotoran tubuh (feses, urine)
- d. Membantu *hemostatis*
- e. Menghambat atau membunuh *mikroorganisme*
- f. Memberikan lingkungan fisiologis yang sesuai untuk penyembuhan luka
- g. Mencegah perdarahan
- h. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologi.

3. Komplikasi luka post *Sectio Caesarea*

Komplikasi umum yang terjadi dalam penyembuhan luka yaitu:

- a. Infeksi Invasi bakteri dapat terjadi saat trauma saat pembedahan atau terjadi setelah pembedahan, gejala infeksi sering muncul sekitar dalam 2-7 hari setelah pembedahan. Gejala dari infeksi berupa kemerahan, nyeri, bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan sel darah putih. Suatu cairan luka atau eksudat yang banyak serta berbau dan berjenis purulen menandakan terjadinya suatu infeksi, infeksi yang tidak terkontrol serta tidak segera ditangani maka akan menyebabkan osteomyelitis, bakteremia, dan sepsis. Faktor terjadinya risiko infeksi menurut standar diagnosa ketenaga kesehatan Indonesia, (2016) yaitu sebagai berikut:
 - 1) Efek prosedur invasif.
 - 2) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
 - 3) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder
- b. Pendarahan (Hemoragik) Pendarahan terjadi paling sering jika kondisi pasien lemah serta adanya penyakit penyerta oleh pasien seperti kelainan darah atau bisa karena malnutrisi seperti kekurangan vitamin K.

- c. Dehisen (Dehiscense) Dehiscense yaitu terpisahnya lapisan kulit serta jaringan atau tepi luka tidak menyatu dengan tepi luka yang lain, komplikasi ini dapat terjadi pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 11 setelah cendera.
- d. Eviserasi Organ bagian dalam (viseral) dapat keluar dari permukaan luka yang terbuka ini disebut sebagai eviserasi.

Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami suatu peningkatan terserang organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. Sedangkan Infeksi adalah invasi tubuh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit, suatu penyakit timbul jika patogen berkembangbiak serta menyebabkan suatu perubahan pada jaringan normal menurut (Potter & Perry, 2005 dalam Metasari, 2023).

4. Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

Menurut (Potter & Perry, 2011 dalam Metasari, 2023) faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka ialah:

- a. Vaskularisasi, mempengaruhi luka karena luka membutuhkan keadaan peredaran darah yang baik untuk pertumbuhan atau perbaikan sel.
- b. Status nutrisi, diperlukan asupan protein, vitamin A dan C. tembaga dan zat besi yang adekuat. Vitamin A untuk epitelisasi dan vitamin C untuk sintesis kolagen dan integrasi kapiler Zat besi diperlukan untuk sintesis hemoglobin yang bersama oksigen diperlukan untuk menghantarkan oksigen ke tubuh
- c. Seiring dengan pertambahan usia, proses penyembuhan luka dapat terhambat akibat gangguan pada sirkulasi darah, gangguan pembekuan (koagulopati), respons inflamasi yang melambat, serta penurunan aktivitas fibroblast yang berperan dalam pembentukan jaringan baru.
- d. Obesitas dapat memperlambat proses penyembuhan luka karena jaringan lemak yang berlebih cenderung memiliki suplai darah yang kurang optimal. Kondisi ini tidak hanya menghambat aliran oksigen dan nutrisi ke area luka, tetapi juga menurunkan daya tahan tubuh terhadap infeksi.
- e. Anemia dapat menghambat proses penyembuhan luka karena kondisi ini mengurangi jumlah oksigen yang dibawa oleh darah ke jaringan tubuh, sehingga mengganggu proses regenerasi dan perbaikan sel yang dibutuhkan untuk penyembuhan luka. Membutuhkan kadar protein yang cukup. Oleh

karena ini, orang yang mengalami kekurangan hemoglobin dalam darah akan mengalami proses penyembuhan yang lama

- f. Mobilisasi dini berperan penting dalam mempercepat proses penyembuhan luka karena dapat meningkatkan tonus otot, memperbaiki kemampuan bergerak secara mandiri, serta meningkatkan toleransi otot terhadap aktivitas fisik. Pada ibu pasca *sectio caesarea*, mobilisasi dini juga membantu memperlancar vaskularisasi atau aliran darah ke area luka, yang sangat dibutuhkan dalam proses regenerasi dan perbaikan sel, sehingga mendukung penyembuhan luka pasca operasi.

5. Kriteria penyembuhan luka post *Sectio Caesarea*

Muttaqien, (2014), mengatakan beberapa kriteria dalam penyembuhan luka yakni:

- a. Tidak terdapat nyeri dan pus di sekitar luka
- b. Tidak terdapat kemerahan dan bengkak di sekitar luka
- c. Tidak terdapatnya peningkatan suhu ubuh
- d. Terjadinya peningkatan sel darah putih
- e. Tepi luka saling menempel erat tanpa adanya dehisensi
- f. Tidak ada memar atau perdarahan

6. Proses penyembuhan luka post *Sectio Caesarea*

Dartiwen, (2020), menunjukkan bahwa proses penyembuhan luka adalah sebagai berikut :

- a. *Hemostatis*

Fase *vaskular* dimulai segera setelah jaringan mengalami kerusakan. Pada tahap ini, terjadi *vasokonstriksi* untuk mengurangi perdarahan dan mendukung proses koagulasi. Selanjutnya, terbentuk bekuan fibrin yang berfungsi menutupi luka secara sementara. Selama proses pembekuan berlangsung, darah atau cairan serosa dapat keluar dari luka sebagai mekanisme alami tubuh untuk membersihkan area luka dari kotoran atau patogen.

b. *Inflamasi*

Fase vaskular terjadi segera setelah jaringan mengalami cedera. Pada fase ini, tubuh merespons dengan *vasokonstriksi* untuk mengurangi perdarahan dan memfasilitasi proses koagulasi. Selanjutnya, bekuan fibrin terbentuk sebagai penutup sementara pada area luka. Selama fase ini, keluarnya darah atau cairan serosa dari luka merupakan mekanisme alami tubuh untuk membersihkan area luka dari kontaminan atau mikroorganisme penyebab infeksi.

c. *Proliferasi*

Pada fase ini, pembentukan jaringan baru berlangsung melalui tiga proses utama, yaitu pembentukan jaringan granulasi, kontraksi luka, dan epitelisasi.

d. *Maturasi*

Setelah *epitelisasi* selesai, jaringan baru memasuki fase remodeling untuk memperkuat struktur jaringan parut dan meningkatkan daya regangnya. Fase ini bersifat jangka panjang dan dapat berlangsung hingga dua tahun.

7. Kriteria penyembuhan luka

luka post operasi sectio caesarea merupakan luka insisi bedah mayor di area abdomen bawah dan uterus. Proses penyembuhan luka merupakan bagian penting dari masa nifas karena infeksi atau gangguan penyembuhan dapat berisiko pada komplikasi serius seperti infeksi luka operasi, dehisensi (terbukanya luka), atau bahkan sepsis. Evaluasi terhadap luka dilakukan secara sistematis, di bawah ini adalah kriteria penyembuhan luka Sectio Caesarea yang ideal, berdasarkan standar praktik klinis.

- a. Luka kering ditandai tidak terdapat cairan seperti darah, nanah, atau eksudat
- b. Tepi luka menyatu dengan baik (tidak terbuka) menunjukkan proses penyatuan jaringan berlangsung normal tanpa dehisensi.
- c. Tidak ditemukan indikasi infeksi seperti kemerahan, nyeri, peningkatan suhu lokal atau pembengkakan, serta tidak adanya eksudat purulen (nanah).
- d. Tidak ada nyeri spontan atau nyeri tekan berlebihan pada luka
- e. Tidak ada demam dan gejala sistemik lainnya
- f. Luka tertutup oleh jaringan epitel baru
- g. Tidak terdapat hematoma atau seroma

- h. Mobilitas ibu tidak terganggu karena luka
- i. Tidak terdapat bau tidak sedap pada luka
- j. Warna kulit di sekitar luka kembali normal

8. Skala *Reeda*

Tabel 2.1 Reeda Scale

Tanda REEDA	Skor			
	0	1	2	3
<i>Redness</i> (Kemerahan)	Tidak ada	0,25 cm di luar kedua sisi luka	Antara 0,25-0,5 cm di luar kedua sisi luka	>0,5 cm di luar kedua sisi
<i>Ecchymosis</i> (pendarahan bawah kulit)	Tidak ada	Mencapai 0,25 cm di kedua sisi luka atau 0,5 cm di salah satu sisi luka	0,25-1 cm di kedua sisi luka atau 0,2-2 cm di salah satu sisi luka	>1 cm di kedua sisi luka atau >2 cm di salah satu sisi luka
<i>Edema</i> (pembengkakan)	Tidak ada	<1 cm dari luka insisi	1-2 cm dari luka	>2 cm dari luka insisi
<i>Discharge</i> (perubahan cairan)	Tidak ada	Serum	Serosanguineous	Berdarah, purulent
<i>Approximation</i> (penyatuan jaringan)	Tidak ada	Kulit tampak terbuka <3 cm	Kulit dan lemak subkutan tampak terpisah	Kulit subkutan dari fascia tampak terpisah

Scala REEDA merupakan alat penilaian yang digunakan untuk mengevaluasi proses inflamasi dan penyembuhan jaringan pasca operasi. Penilaian dilakukan berdasarkan lima komponen, yaitu kemerahan (*redness*), edema, ekimosis (*ecchymosis*), sekret luka (*discharge*), dan perlekatan tepi luka (*approximation*). Masing-masing komponen diberi skor antara 0 hingga 3 oleh tenaga medis. Semakin tinggi total skor yang diperoleh, maka semakin besar tingkat trauma atau kerusakan jaringan yang terjadi.

C. Konsep Persalinan *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Sectio caesarea menurut Ratnawati, 2016 dalam Iyan, 2021 *sectio caesarea* merupakan suatu tindakan pengeluaran janin dan plasenta melalui tindakan insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh. *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Menurut Hartanti, 2014 dalam Iyan, 2021)

2. Tujuan

Tujuan melakukan *sectio caesarea* (SC) adalah untuk mempersingkat lamanya perdarahan dan mencegah terjadinya robekan serviks dan segmen bawah rahim. *Sectio caesarea* dilakukan pada plasenta previa totalis dan plasenta previa lainnya jika perdarahan hebat. Selain dapat mengurangi kematian bayi pada plasenta previa, *sectio caesarea* juga dilakukan untuk kepentingan ibu, sehingga *sectio caesarea* dilakukan pada placenta previa walaupun anak sudah mati, menurut (Iyan, 2021)

3. Metode Sectio Caesarea

a. Metode ERACS (Enhanced Recovery After Cesarean Surgery)

Enhanced Recovery After Cesarean Surgery (ERACS) menurut Sri et al. adalah pendekatan khusus dalam operasi *sectio caesarea* yang bertujuan mengoptimalkan kesehatan dan keselamatan ibu serta bayi sebelum, selama, dan setelah operasi. Tujuan utama dari metode ini adalah mempercepat proses pemulihan pasca operasi dengan hasil yang maksimal.

Menurut RSST (2022), ERACS juga berfokus pada pengelolaan nyeri dan pengurangan mual muntah pasca operasi, sehingga dapat mempersingkat lama rawat inap. Metode ini diterapkan pada ibu yang menjalani operasi caesarea, agar dapat pulih lebih cepat dan segera merawat bayinya. Pemeriksaan pra-operasi biasanya dilakukan saat usia kehamilan 10–20 minggu untuk kasus yang direncanakan, termasuk skrining komorbid dan defisiensi zat besi. Sebagai protokol

baru dalam tindakan persalinan operatif, ERACS dirancang untuk mempercepat pemulihan dengan pendekatan menyeluruh terhadap kondisi ibu.

b. Metode Konvensional

Sectio caesarea metode konvensional adalah prosedur persalinan melalui pembedahan dengan melakukan sayatan pada dinding perut (laparotomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Pada metode ini, ibu yang melahirkan umumnya baru dianjurkan melakukan mobilisasi secara bertahap setelah 12 jam pasca operasi.

c. Anestesi Spinal

Spinal anestesi atau bius spinal merupakan salah satu teknik anestesi regional yang umum digunakan dalam prosedur operasi sectio caesarea. Teknik ini dilakukan dengan menyuntikkan obat anestesi lokal ke dalam cairan serebrospinal di ruang subarachnoid, tepatnya di daerah tulang belakang lumbal antara vertebra L3–L4 atau L4–L5. Tujuan dari spinal anestesi adalah memblokir impuls saraf sensorik dan motorik dari daerah pinggang ke bawah, sehingga pasien tidak merasakan nyeri selama tindakan pembedahan berlangsung, meskipun tetap dalam keadaan sadar. Efek anestesi spinal umumnya berlangsung selama 2 hingga 4 jam, tergantung dari jenis dan dosis obat yang digunakan. Pemulihan fungsi motorik biasanya terjadi secara bertahap dan dimulai sekitar 4 jam setelah penyuntikan. Dalam kurun waktu ini, efek anestesi mulai menghilang dan pasien sudah dapat kembali menggerakkan tungkai bawahnya. Hal ini menjadi dasar bagi pelaksanaan mobilisasi dini, yaitu upaya untuk menggerakkan pasien sedini mungkin setelah operasi guna mencegah berbagai komplikasi seperti konstipasi, trombosis vena dalam, retensi urin, dan mempercepat penyembuhan luka. (Herawati et al., 2018)

4. Penyebab Sectio Caesarea

Menurut Oxorn (2010) dalam Hijratun (2021), indikasi tindakan sectio caesarea dibagi menjadi dua, yaitu absolut dan relatif. Indikasi absolut terjadi ketika persalinan pervaginam tidak memungkinkan, seperti pada kasus panggul sempit berat atau adanya neoplasma yang menghalangi jalan lahir. Sementara itu, indikasi relatif muncul ketika persalinan pervaginam masih memungkinkan, namun sectio

caesarea dianggap lebih aman bagi ibu, janin, atau keduanya. Adapun beberapa faktor yang dapat menjadi alasan dilakukannya tindakan *sectio caesarea* antara lain:

a. Faktor ibu

Beberapa faktor ibu sebagai penyebab dilakukannya tindakan *Sectio Caesarea*:

- 1) *Disporpori fetopelvic*, mencakup panggul sempit, fetus terlalu besar, atau adanya ketidakseimbangan antara ukuran bayi atau ukuran pelvic
- 2) *Disfungsi uterus*, mencakup kerja uterus yang tidak terkoordinasikan, inersia, ketidakmampuan dilatasi cervix, partus menjadi lama
- 3) *Neoplasma* yang menyumbat pelvis menyebabkan persalinan normal tidak mungkin dilakukan. Kanker invasif yang didiagnosa pada trimester ketiga dapat diatasi dengan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan terapi radiasi, pembedahan radikal atau keduanya
- 4) Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya meliputi riwayat jenis insisi uterus sebelumnya, jumlah *sectio caesarea* sebelumnya dan indikasi *sectio caesarea* sebelumnya. Pada sebagian negara besar ada kebiasaan yang dilakukan akhir-akhir ini yaitu setelah prosedur *sectio caesarea* dilakukan maka persalinan mendatang juga harus diakhiri dengan tindakan *sectio caesarea* juga
- 5) Plasenta previa sentralis dan lateralis
- 6) Abruptio plasenta
- 7) Diabetes maternal
- 8) Infeksi virus herpes pada traktus genitalis

b. Faktor janin

Beberapa faktor janin sebagai penyebab dilakukannya tindakan *Sectio Caesarea*:

- 1) Gawat janin disebut gawat janin, bila ditunjukkan dengan adanya bradikardi berat atau takikardi. Namun gawat janin tidak menjadi indikasi utama dalam peningkatan angka *section caesarea*. Stimulasi oxytocin menghasilkan abnormalitas pada frekuensi denyut jantung janin. Keadaan gawat janin pada tahap persalinan 6 memungkinkan dokter memutuskan untuk melakukan operasi.

- 2) Ukuran janin yang terlalu besar, dengan berat lahir sekitar 4000 gram atau lebih (giant baby), dapat menyulitkan proses persalinan melalui jalan lahir. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh pertumbuhan janin yang berlebihan, salah satu penyebab utamanya adalah ibu yang mengalami diabetes mellitus selama kehamilan. Bayi yang lahir dengan ukuran yang besar dapat mengalami kemungkinan komplikasi yang lebih berat daripada bayi normal karena sifatnya masih seperti bayi prematur yang tidak bisa bertahan dengan baik terhadap persalinan yang lama.
- 3) Malposisi dan malpresentasi bayi
- 4) Insufisiensi plasenta
- 5) Post mortem caesarean yaitu dilakukan pada ibu yang baru saja meninggal bilamana bayi masih hidup

5. Tanda dan gejala *sectio caesarea*

Persalinan dengan *sectio caesarea*, memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu: perawatan post operatif dan perawatan post partum. Menurut Prawirohardjo, 2010 dalam Hijratun, 2021, tanda dan gejala, pada klien dengan post *sectio caesarea*, antara lain:

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- b. Terpasang kateter: urine jernih dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Bising usus tidak ada
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda

6. Indikasi dan kontraindikasi *sectio caesarea*

Indikasi dilakukannya *sectio caesarea*, menurut Prawirohardjo, 2010 dalam Iyan, 2021, yaitu sebagai berikut:

- a. Indikasi ibu
 - 1) Panggul sempit absolut
 - 2) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi
 - 3) Stenosis serviks/vagina

- 4) Plasenta previa
 - 5) Disproporsi sefalopelvik
 - 6) Ruptura uteri membakar
- b. Indikasi janin
- 1) Kelainan letak
 - 2) Gawat janin

Pada umumnya *sectio caesarea* tidak dilakukan pada:

- 1) Janin mati
- 2) Syok, anemia berat
- 3) Kelainan kongenital berat

6. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, preklampsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansitas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post op, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Menurut Prawirohardjo, 2010 dalam Iyan, 2021.

7. Asuhan keperawatan pada *sectio caesarea*

a. Pengkajian keperawatan pada post *sectio caesarea*

1) Pengkajian umum

Pada pengkajian klien dengan *sectio caesarea*, data yang dapat ditemukan meliputi:

- a) Identitas atau biodata klien meliputi, nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor register, dan diagnosa keperawatan.

(1) Keluhan utama

(2) Riwayat kesehatan

- (3) Riwayat kesehatan dahulu: penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

- (4) Riwayat kesehatan sekarang: riwayat pada saat sebelum inpartu di dapatkan cairan ketuban yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

- (5) Riwayat kesehatan keluarga: adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, HT, TBC, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien

2) Pola-pola fungsi kesehatan

- a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan klien tentang ketuban pecah dini, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya menjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam keperawatan.

- b) Pola nutrisi dan metabolisme: pada klien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

c) Pola aktivitas

- d) Pada pasien post partum klien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, terbatas pada aktivitas ringan, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah, pada klien nifas didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

- e) Pola eliminasi: pada pasien post partum sering terjadi adanya perasaan sering/susah kencing selama masa nifas yang ditimbulkan karena terjadinya oedema dari trigono, yang menimbulkan invekasi dari uretra sehingga terjadi konstipasi karena penderita takut untuk melakukan BAB.
- f) Istirahat dan tidur: pada klien nifas terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri episiotomi setelah persalinan
- g) Pola hubungan dan peran: peran klien dalam keluarga meliputi hubungan klien dengan keluarga dan orang lain
- h) Pola penanggulangan stress: biasanya klien sering melamun dan merasa cemas
- i) Pola sensori dan kognitif: pola sensori klien merasakan nyeri pada perineum akibat jahitan dan nyeri perut akibat involusi uteri, pada pola kognitif klien nifas primipara terjadi kurangnya pengetahuan merawat bayinya.
- j) Pola persepsi dan konsep diri: biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, lebih-lebih menjelang persalinan dampak psikologis klien terjadi perubahan konsep diri antara lain dan body image dan ideal diri.
- k) Pola reproduksi dan sosial terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

3) Pemeriksaan fisik

- a) Kepala: Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang-kadang terdapat adanya cloasma gravidarum, dan apakah ada benjolan
- a) Leher: Kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, karena adanya proses menerang yang salah
- b) Mata: Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

- c) Telinga: biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.
 - d) Hidung: adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung.
 - e) Dada: terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papila mammae.
 - f) Abdomen: tampak insisi post op SC, namun pada klien nifas abdomen kendor kadang-kadang striae masih terasa nyeri. Fundus uteri 3 jari dibawah pusat.
 - g) Genitalia: pengeluaran darah campur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yang feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.
 - h) Anus: kadang-kadang pada klien nifas ada luka pada anus karena rupture
 - i) Ekstremitas: pemeriksaan oedema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarnya uterus, karena preeklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal
 - j) Tanda-tanda vital: apabila terjadi perdarahan pada post partum tekanan darah turun, nadi cepat, pernapasan meningkat, suhu tubuh turun.
- b. Perumusan Diagnosa Keperawatan pada Pasien Post *sectio caesarea* (SDKI)
- 1) gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka pembedahan akibat Sectio Caesarea. (D.0129)
 - 2) Nyeri akut berhubungan dengan hubungan dengan agen pencedera fisik (insisi pembedahan).(D.0077)

c. Intervensi Keperawatan pada Pasien Post *sectio caesarea* (SLKI/ dan SIKI)

Gangguan integritas kulit

Integritas kulit/jaringan meningkat berarti meningkatnya keutuhan kulit (dermis dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsu sendi, dan/ ligamen).

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa integritas kulit/ jaringan meningkat adalah:

- 1) Kerusakan jaringan menurun

2) Kerusakan lapisan kulit menurun

Tindakan:

Observasi

Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, Perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilisasi)

Teraupetik

1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
5. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis, *lotion*, serum)
2. Anjurkan minum air yang cukup
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya