

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Asuhan Keperawatan Post Operasi Sectio Caesaria

Asuhan keperawatan pada karya tulis ini disusun berdasarkan data fokus pada ibu *post operasi caesarea* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman akibat nyeri luka post SC dengan mobilisasi dini untuk mempercepat penyembuhan luka, mulai dari pengkajian sampai evaluasi data dan intervensinya fokus pada masalah tersebut. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatannya tetap melakukan asuhan berdasarkan biopsikososiospritual klien.

2.2 Pengkajian

1) Identitas

Terdiri dari identitas klien dan identitas penanggung jawab yang terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status bangsa, alamat serta hubungan keluarga dengan klien.

2) Keluhan Utama

Keluhan yang paling menonjol dirasakan klien pada saat pengkajian. Pada umumnya klien akan mengeluh rasa nyeri luka jahitan *post operasi Sectio Caesaria*.

Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien, dengan menggunakan *head to toe* dengan teknik inspeksi, palpasi perkusi, dan auskultasi. Pada pengkajian asuhan keperawatan karya tulis ini hanya menuliskan data subjektif dan data obyektif sebagai berikut :

Tabel 2.1
Data Subyektif dan Data Obyektif pada ibu post operasi sectio caesarea

Data Mayor	Data Minor
<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sulit saat menggerakkan ekstremitas <p>Data Obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Luka post op sc 3. Dibantu saat aktivitas 4. Merasa cemas saat bergerak 	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Data Obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasikan 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber : SDKI PPNI (2017)

3) Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung tentang keadaan penyakit serta terapi medis yang diberikan untuk membantu proses penyembuhan penyakit, klien dikaji tentang keadaan HB dalam darah, leukosit, trombosit, hematokrit dengan nilai normal.

2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan data yang diperoleh berdasarkan SDKI menurut PPNI (2017) pada pasien *sectio caesarea* dengan ketidaknyamanan berhubungan dengan penyembuhan luka post sc.

2.4 Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu proses penyusunan rencana yang disusun oleh perawat untuk kepentingan tindakan keperawatan bagi perawat yang menulis dan perawat lainnya berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah masalah klien. Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain. (Carpenito 2000).

Tujuan dan kriteria disusun berdasarkan SMART Menurut Dermawan (2012)

Specific : Tujuan harus spesifik tidak boleh memiliki arti ganda, tujuan dan hasil difokuskan kepada klien yang mencerminkan perilaku serta respon klien yang dapat diperkirakan sebagai hasil dari intervensi keperawatanyaitu :

Measurable : Tujuan dapat di ukur khususnya pada prilaku klien yang dapat dirasakan, dilihat dan diraba.

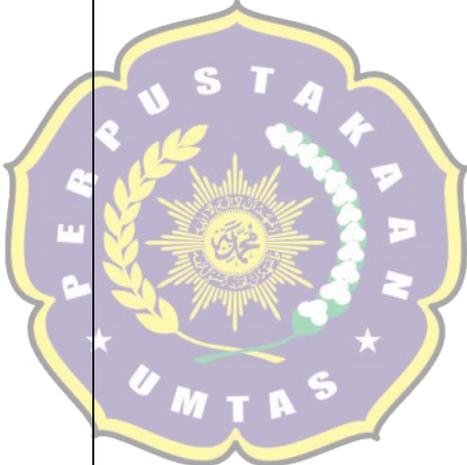
Acceptable : Tujuan yang harus dicapai dituliskan dalam istilah yang dapat di ukur sehingga memungkinkan perawat dapat mengukur serta menilai secara objektif perubahan status klien.

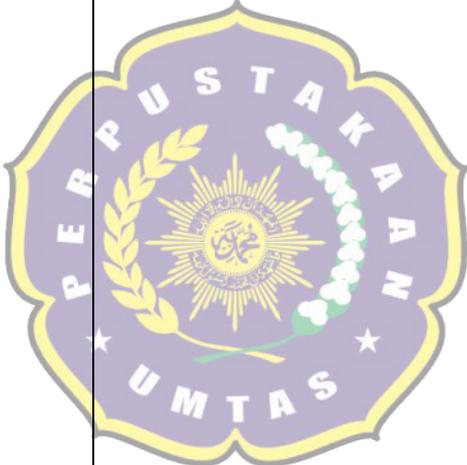
Rasional : Tujuan yang harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah diharapkan singkat dan jelas dengan cepat dapat memberikan perawat serta klien bisa merasakan pencapaian.

Time : Batasan waktu yang dapat membantu perawat dan klien dalam menentukan kemajuan dengan cepat dan jelas.

Table 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan pada ibu post op *Sectio Caesaria* penyembuhan luka dengan Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan penyembuhan luka ditandai dengan:</p> <p>Do:</p> <p>Klien mengeluh tidak nyaman</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Payudara bengkak 3. Tekanan darah meningkat 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Berkeringatberlebiha n 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 8 jam maka status kenyamanan pasca partum dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman 2. Berkeringat 3. Menangis 4. Merintih 5. Payudara bengkak 6. Tekanan darah 7. Frekuensi nadi 	<p>SIKI Pengaturan Posisi I.01019</p> <p>Mengidentifikasi dan memberikan asuhan pada pasca persalinan sectio caesarea</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor alat traksi agar selalu tepat 2. Monitoring status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi tidur yang disukai 2. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat

<p>6. Menangis/merintih</p>		<ol style="list-style-type: none"> 3. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka 4. Ubah posisi setiap 2 jam 5. Tinggikan tempat tidur dibagian kepala 6. Berikan bantal yang tepat pada leher 7. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi <p>SIKI Perawatan Pasca Sectio Caesarea I.14567</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda – tanda vital 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus kepatenan jalan nafas dan lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait pembedahan 2. Pindahkan pasien ke ruang rawat nifas 3. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 4. Fasilitas kontak kulit ke kulit dengan bayi 5. Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika memukingkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi 2. Ajarkan latihan ekstremitas 3. Anjurkan cara ibu
-----------------------------	---	--

		<p>menyusui</p> <p>4. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi TKTP</p> <p>Perawatan Tirah Baring I.14572</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring (mis.kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran kemih, sulit buang air kecil,pneumonia) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada kasur terapeutik, jika tersedia 2. Posisikan senyaman mungkin 3. Pertahankan sprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 4. Posisikan tempat tidur dekat dengan nurse station, jika perlu 5. Dekatkan posisi meja tempat tidur 6. Berikan latihan gerakan aktif atau pasif 7. Pertahankan kebersihan pasien 8. Fasilitasi pemenuhan sehari – hari 9. Ubah posisi setiap 2 jam sekali <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring
--	---	---

Sumber SDKI PPNI (2017),SLKI PPNI (2019),SIKI PPNI (2018)

2.5 Implementasi

Merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk petugas lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2012). Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang

spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam, 2013).

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri yang berhubungan dengan prosedur operasi *sectio caesaria*.

2.6 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan implementasi intervensi (Ignatavicius dan Bayne, 1994 dalam Nursalam, 2009).

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respons klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Iyer et al, 1996 dalam Nursalam, 2013).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana: (Suprajitno dalam Wardani, 2013)

S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Evaluasi dilihat berdasarkan luaran yang telah ditetapkan dengan uraian, status kenyamanan pasca post op *sectio caesarea*, status ketidaknyamanan pasca partum, status pergerakan ekstremitas, status kekuatan otot, status rentang gerak (ROM), status nyeri, status kecemasan, status gerakan terbatas.

2.2 Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Sc

2.2.1 Sectio Caesaria

Persalinan *sectio caesarea* adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin >1.000 gr atau umur kehamilan >28 minggu (Manuaba, 2012).

Sectio Caesarea ialah tindakan untuk melahirkan janin dengan berat badan diatas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang utuh (Gulardi & Wiknjosastro, 2006).

Sectio caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 2002).

2.2.2 Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan aktivitas atau kegiatan. Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah, mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal ini esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dengan demikian mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologi. Bahwa mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk selekas mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing selekas mungkin berjalan (Wiranata, 2010).

Mobilisasi dini post *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *caesarea*. Untuk mencegah komplikasi post operasi *sectio caesarea* ibu harus segera dilakukan mobilisasi sesuai dengan tahapannya. Oleh karena setelah mengalami seksio sesarea, seorang ibu disarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi *section caesarea*, ibu harus mobilisasi cepat. Semakin cepat bergerak semakin baik, namun mobilisasi dini harus tetap dilakukan secara hati – hati (Wirnata, 2010).

Mobilisasi dini dapat dilakukan pada kondisi pasien yang membaik. Pada pasien post operasi sectio caesarea 6 jam pertama dianjurkan untuk segera menggerakkan anggota tubuhnya. Gerak tubuh yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, kaki dan jari – jarinya agar kerja organ pencernaan segera kembali normal (Kasdu, 2007).

2.2.3 Tujuan Mobilisasi

Mobilisasi adalah untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, memperlancar eliminasi urin, mengembalikan aktifitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian., memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau komunikasi (Fitriyahsari, 2009).

Beberapa tujuan dari mobilisasi

- 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

2.2.4 Manfaat Mobilisasi

Manfaat melakukan mobilisasi Menurut Carpenito (2000), mobilisasi dini mempunyai beberapa keuntungan sebagai berikut :

- a. Dapat melancarkan pengeluaran lochea Menurut Lia (2008). Dengan melakukan mobilisasi dini post partum membantu mengeluarkan darah dari jalan lahir.
- b. Mengurangi infeksi post partum yang timbul adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.
- c. Mempercepat involusi alat kandungan Menurut Lia (2008) dengan melakukan mobilisasi dini post partum bisa memperlancar pengeluaran darah dan sisa plasenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik.

- d. Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan Menurut Mochtar (1995) dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus kandung kemih kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula (Laila, 2009) .
- e. Meningkatkan kelancaran peredaran darah Menurut Lia (2008) dengan melakukan mobilisasi dini post partum bisa memperlancar pengeluaran darah dan sisa plasenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik
- f. Mempercepat fungsi ASI (Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI) dan pengeluaran sisa metabolisme.
- g. Ibu merasa lebih baik dan lebih kuat
- h. Menurunkan banyak frekuensi emboli paru pada postpartum

2.2.5 Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

Menurut Carpenito (2000) dalam mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu :

- a. Rentang gerak pasif

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

- b. Rentang gerak aktif

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

- c. Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.

2.2.6 Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi

Berikut beberapa kerugian bila tidak melakukan mobilisasi post operasi :

- a. Penyembuhan luka menjadi lama
- b. Menambah rasa sakit
- c. Badan menjadi pegal dan kaku
- d. Kulit menjadi lecet dan luka
- e. Memperlama perawatan di rumah sakit

2.1.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi Mobilisasi dini

1. Penyakit tertentu dan cedera Penyakit-penyakit tertentu dan cedera berpengaruh terhadap mobilitas misalnya penderita multiplesclerosis dan cedera pada urat saraf tulang belakang. Demikian juga pada pasien post operasi atau yang mengalami nyeri, cenderung membatasi gerakan.
2. Budaya Beberapa faktor budaya juga mempunyai pengaruh terhadap aktivitas. Misalnya di Jawa berpenampilan halus dan merasa tabu bila mengerjakan aktivitas berat dan pria cenderung melakukan aktivitas lebih berat.
3. Energi Tingkat energi bervariasi pada setiap individu. Terkadang seseorang membatasi aktivitas tanpa mengetahui penyebabnya. Selain itu tingkat usia juga berpengaruh terhadap aktivitas. Misalnya orang pada usia pertengahan cenderung mengalami penurunan aktivitas yang berlanjut sampai usia tua.
4. Keberadaan nyeri Nyeri merupakan sensasi yang rumit, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lainnya. Menurut Perry dan Potter (1993), nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan X-Ray atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejalanya. Kadang-kadang hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku klien. Klien kadang-kadang diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya tersebut sebagai nyeri ringan, nyeri sedang, atau berat. Bagaimanapun makna dari istilah tersebut berbeda. Tipe nyeri tersebut berbeda pada setiap waktu. Gambaran skala nyeri

merupakan makna yang lebih objektif yang dapat diukur. Gambaran skala nyeri tidak hanya berguna dalam mengkaji beratnya nyeri, tetapi juga dapat mengevaluasi perubahan kondisi klien.

5. Faktor perkembangan Faktor yang mempengaruhi adalah umur dan paritas (Potter, 2006 : 9). Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dimiliki oleh seorang wanita dan umur adalah lamanya hidup seseorang dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan.
6. Tingkat Kecemasan Yang mempengaruhi mobilisasi adalah cemas (ansietas) Ansietas merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Asmadi, 2008)
7. Tingkat Pengetahuan Pasien yang sudah diajarkan mengenai gangguan muskuloskeletal akan mengalami peningkatan penanganan. Informasi mengenai apa yang diharapkan termasuk sensasi selama dan setelah penanganan dapat memberanikan pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengembangan dan penerapan penanganan. Informasi khusus mengenai antisipasi peralatan misalnya penanganan alat fiksasi eksternal, alat bantu ambulasi (trapeze, walker, tongkat), latihan dan medikasi harus didiskusikan dengan pasien (Brunner & Suddarth, 2002). Informasi yang diberikan tentang prosedur perawatan dapat mengurangi ketakutan pasien 8. Ketidakmampuan atau kelemahan fisik dan mental Persalinan merupakan proses yang melelahkan, saat persalinan ibu mengerahkan seluruh tenaganya untuk melewati proses yang persalinan yang panjang. Tidak jarang setelah melahirkan ibu lebih sering memilih tidur daripada melakukan pergerakan secara bertahap (Chapman, 2006).
8. Depresi Besar kemungkinan setelah melahirkan ibu akan mengalami depresi. Biasanya depresi berlangsung sekitar satu sampai dua hari, hal ini dapat terjadi karena perubahan mendadak dari hormon. Gejalanya berupa mudah tersinggung , menangis, tanpa sebab, gelisah, takut pada hal yang sepele (Chapman, 2006)

2.1.8 Hal- hal yang perlu diperlu diperhatikan dalam mobilisasi dini

1. Janganlah terlalu cepat untuk melakukan mobilisasi dini sebab bisa menyebabkan ibu terjatuh terutama bila kondisi ibu masih lemah atau memiliki penyakit jantung. Apabila mobilisasinya terlambat juga dapat menyebabkan terganggunya fungsi organ tubuh, aliran darah, serta terganggunya fungsi otot.
2. Ibu post partum harus melakukan mobilisasi secara bertahap.
3. Kondisi ibu post partum akan segera pulih dengan cepat bila melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, dimana sistem sirkulasi dalam tubuh bisa berfungsi normal.
4. Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena akan membebani jantung.
5. Rasa kepercayaan diri untuk dapat melakukan mobilisasi dengan cepat adalah salah satu cara untuk melatih mental.
6. Mobilisasi yang dilakukan segera mungkin dengan cara yang benar dapat mempercepat proses pemulihan kondisi tubuh.
7. Gerakan tubuh saja tidak menyebabkan jahitan lepas atau rusak, buang air kecil harus dilatih karena biasanya setelah proses persalinan normal timbul rasa takut untuk buang air kecil, dan akhirnya kesulitan untuk buang air kecil h. Mobilisasi harus dilakukan secara bertahap agar semua sistem sirkulasi dalam tubuh bisa menyesuaikan diri untuk dapat berfungsi dengan normal kembali.
8. Jantung perlu menyesuaikan diri, karena pembuluh darah harus bekerja keras selama masa pemulihan. Mobilisasi yang berlebihan bisa membebani kerja jantung.
9. Tetap memperhatikan pola nutrisi. Sebaiknya mengkonsumsi yang berserat, supaya proses pencernaan lancar dan tidak perlu terlalu mengedan saat buang air besar.

2.1.9 Standar Operasional Prosedur (SOP) Mobilisasi Dini

Table 2.3 Standar Operasional Prosedur Mobilisasi Dini

No	Standar Operasional Prosedur Mobilisasi Dini	
1.	Pengertian	Mobilisasi dini post sectio caesarea adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan sectio caesarea.
2.	Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempercepat penyembuhan luka 2. Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi 3. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli 4. Mengurangi lama rawat di Rumah sakit
3.	Indikasi	Pasien dengan post sectio caesarea
4.	Persiapan alat	Tidak ada
5.	Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga 3. Jelaskan tujuan tindakan kepada pasien / keluarga 4. Minta persetujuan pasien 5. Jaga privacy klien
6.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan b. Melihat data atau riwayat SC pasien c. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat d. Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini e. Mencuci tangan 2. Tahap orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam dan memperkenalkan diri b. Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu c. Menjelaskan tujuan dan prosedur d. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien 3. Tahap kerja <p>Pada 6 jam pertama post SC</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menjaga privasi pasien b. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang. c. 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. d. Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit e. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas. f. Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali. m. Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki. <p>Pada 6-10 jam berikutnya</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Latihan miring kanan dan kiri b. 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.

		<p>c. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain</p> <p>Pada 24 jam post SC</p> <p>a. Posisikan semi fowler 30-400 secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan.</p> <p>b. Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk.</p> <p>Pada hari ke 2 post SC</p> <p>a. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan Pada hari ke 3 post SC 1.</p> <p>b. Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai</p> <p>c. 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</p> <p>Tahap Terminasi</p> <p>a. Melakukan evaluasi tindakan</p> <p>b. Menganjurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga</p> <p>c. Salam terapeutik dengan klien</p> <p>d. Mencuci tangan</p> <p>Dokumentasi</p>
--	--	---

Sumber : (Rismawati, 2015)

2.2 Penyembuhan Luka

2.2.1 Definisi

Luka adalah rusaknya kesatuan / komponen jaringan, dimana secara spesifik terdapat substansi jaringan yang rusak atau hilang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik, atau gigitan hewan. Ketika luka timbul, beberapa efek akan muncul :

1. Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ
2. Respon stres simpatis
3. Perdarahan dan pembekuan darah
4. Kontaminasi bakteri
5. Kematian sel Proses yang kemudian terjadi pada jaringan yang rusak ini ialah penyembuhan luka yang dapat dibagi dalam tiga fase yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan remodeling jaringan

2.2.2 Jenis Luka

Luka sering digambarkan berdasarkan bagaimana cara mendapatkan luka itu dan menunjukkan derajat luka. Terminologi luka yang dihubungkan dengan waktu penyembuhan dapat dibagi menjadi:

1. Luka akut, luka dengan masa penyembuhan sesuai dengan konsep penyembuhan yang telah disepakati.
2. Luka kronis, luka yang mengalami kegagalan dalam proses penyembuhan, dapat karena faktor eksogen atau endogen.

Berdasarkan tingkat kontaminasi :

1. Clean Wounds (Luka bersih), yaitu luka bedah tak terinfeksi yang mana tidak terjadi proses peradangan (inflamasi) dan infeksi pada sistem pernafasan, pencernaan, genital dan urinari tidak terjadi. Luka bersih biasanya menghasilkan luka yang tertutup; jika diperlukan dimasukkan drainase tertutup. Kemungkinan terjadinya infeksi luka sekitar 1% – 5%.
2. Clean-contaminated Wounds (Luka bersih terkontaminasi), merupakan luka pembedahan dimana saluran respirasi, pencernaan, genital atau perkemihan dalam kondisi terkontrol, kontaminasi tidak selalu terjadi, kemungkinan timbulnya infeksi luka adalah 3% – 11%.
3. Contaminated Wounds (Luka terkontaminasi), termasuk luka terbuka, fresh, luka akibat kecelakaan dan operasi dengan kerusakan besar dengan teknik aseptik atau kontaminasi dari saluran cerna; pada kategori ini juga termasuk insisi akut, inflamasi non-purulen. Kemungkinan infeksi luka 10% – 17%
4. Dirty or Infected Wounds (Luka kotor atau infeksi), yaitu terdapatnya mikroorganisme pada luka. Berdasarkan kedalaman dan luasnya luka :
 1. Stadium I : Luka Superfisial (“Non-Blanching Erythema) : yaitu luka yang terjadi pada lapisan epidermis kulit.

4. Stadium II : Luka “Partial Thickness” : yaitu hilangnya lapisan kulit pada lapisan epidermis dan bagian atas dari dermis. Merupakan luka superfisial dan adanya tanda klinis seperti abrasi, blister atau lubang yang dangkal.
5. Stadium III : Luka “Full Thickness” : yaitu hilangnya kulit keseluruhan meliputi kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan yang dapat meluas sampai bawah tetapi tidak melewati jaringan yang mendasarinya. Lukanya sampai pada lapisan epidermis, dermis dan fascia tetapi tidak mengenai otot. Luka timbul secara klinis sebagai suatu lubang yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan sekitarnya.
6. Stadium IV : Luka “Full Thickness” yang telah mencapai lapisan otot, tendon dan tulang dengan adanya destruksi / kerusakan yang luas.

2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

1. Usia Anak dan dewasa penyembuhannya lebih cepat daripada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah.
2. Nutrisi Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian pada tubuh. Pasien memerlukan diet kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral seperti Fe, Zn. Pasien kurang nutrisi memerlukan waktu untuk memperbaiki status nutrisi mereka setelah pembedahan jika mungkin. Pasien yang gemuk meningkatkan resiko infeksi luka dan penyembuhan lama karena suplai darah jaringan adiposa tidak adekuat.
3. Infeksi Infeksi luka menghambat penyembuhan. Bakteri sumber penyebab infeksi.
4. Sirkulasi (hipovolemia) dan Oksigenasi Sejumlah kondisi fisik dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Adanya sejumlah besar lemak subkutan dan jaringan lemak (yang memiliki sedikit pembuluh darah). Pada orang yang gemuk penyembuhan luka lambat karena jaringan lemak lebih sulit menyatu, lebih mudah infeksi, dan lama untuk sembuh. Aliran darah dapat terganggu pada orang dewasa dan

pada orang yang menderita gangguan pembuluh darah perifer, hipertensi atau diabetes melitus. Oksigenasi jaringan menurun pada orang yang menderita anemia atau gangguan pernapasan kronik pada perokok. Kurangnya volume darah akan mengakibatkan vasokonstriksi dan menurunnya ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan luka.

5. Hematoma Hematoma merupakan bekuan darah. Seringkali darah pada luka secara bertahap diabsorpsi oleh tubuh masuk ke dalam sirkulasi. Tetapi jika terdapat bekuan yang besar, hal tersebut memerlukan waktu untuk dapat diabsorpsi tubuh, sehingga menghambat proses penyembuhan luka.
6. Benda asing Benda asing seperti pasir atau mikroorganisme akan menyebabkan terbentuknya suatu abses sebelum benda tersebut diangkat. Abses ini timbul dari serum, fibrin, jaringan sel mati dan leukosit (sel darah merah), yang membentuk suatu cairan yang kental yang disebut dengan nanah (pus).
7. Iskemia Iskemia merupakan suatu keadaan dimana terdapat penurunan suplai darah pada bagian tubuh akibat dari obstruksi dari aliran darah. Hal ini dapat terjadi akibat dari balutan pada luka terlalu ketat. Dapat juga terjadi akibat faktor internal yaitu adanya obstruksi pada pembuluh darah itu sendiri.
8. Diabetes Hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh.
9. Keadaan Luka Keadaan khusus dari luka mempengaruhi kecepatan dan efektifitas penyembuhan luka. Beberapa luka dapat gagal untuk menyatu.
10. Obat Obat anti inflamasi (seperti steroid dan aspirin), heparin dan anti neoplasma mempengaruhi penyembuhan luka. Penggunaan antibiotik yang lama dapat membuat seseorang rentan terhadap infeksi luka.
 - a. Steroid : akan menurunkan mekanisme peradangan normal tubuh terhadap cedera.
 - b. Antikoagulan : mengakibatkan perdarahan

- c. Antibiotik : efektif diberikan segera sebelum pembedahan untuk bakteri penyebab kontaminasi yang spesifik. Jika diberikan setelah luka pembedahan tertutup, tidak akan efektif akibat koagulasi intravaskular.

