

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyembuhan Luka**

##### **1. Definisi Luka**

Luka merupakan hilang atau terganggunya suatu kontinuitas dari struktur bagian tubuh yang bisa diakibatkan oleh berbagai trauma baik secara mekanik, panas, kimia dan radiasi atau dari invasi mikroorganisme patogen. Bagian tubuh yang rusak dapat meliputi membran mukosa pada kulit atau sampai pada jaringan tubuh yang paling dalam seperti otot, tendon bahkan sampai tulang (Suprpto, 2021).

Luka adalah terputusnya kontinuitas jaringan yang disebabkan oleh rusaknya substansi jaringan epitel akibat cedera atau pembedahan yang mengakibatkan perubahan fungsi, struktur dan bentuk kulit. Cedera tersebut dapat timbul ketika integritas kulit, permukaan mukosa atau organ utama terganggu (Price dan Wilson dalam Making, M.A dkk, 2022).

Luka merupakan gangguan atau kerusakan integritas akibat terputusnya kontinuitas jaringan yang dapat disebabkan oleh cedera atau trauma, pembedahan, neuropati, vaskulopati maupun keganasan (Retnani dan jatmiko, 2019).

##### **2. Klasifikasi Luka**

Berdasarkan terminologi luka yang dihubungkan dengan waktu penyembuhan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yaitu :

###### **a. Luka Akut**

Luka akut merupakan luka baru atau luka yang dibuat saat operasi sehingga waktu penyembuhannya dapat diprediksi dan tidak didapatkan tanda kronisitas luka. Luka ini terjadi kurang dari 5 hari dengan diikuti proses hemostasis dan inflamasi. Luka akan menutup sesuai dengan waktu penyembuhan luka fisiologis (0–21 hari). Contohnya luka pasca-operasi, luka bakar, luka tusuk dan luka remuk.

b. Luka Kronis

Luka kronis merupakan luka yang sudah lama terjadi atau menahun dengan penyembuhan yang lebih lama akibat adanya gangguan selama proses penyembuhan luka. Gangguan dapat berupa infeksi yang terjadi selama fase inflamasi, proliferasi atau maturasi. Biasanya luka akan sembuh setelah perawatan yang tepat selama dua sampai tiga bulan. Contohnya yaitu luka diabetes melitus, luka kanker, luka tekan dan luka pasca operasi yang selama 14 hari masih ditemukan tanda inflamasi (Afrida, 2023).

### 3. Tipe Penyembuhan Luka

Menurut Afrida (2023) berikut adalah tipe penyembuhan luka yaitu :

a. Penyembuhan luka secara primer

Luka terjadi tanpa kehilangan banyak jaringan kulit. Luka ditutup dengan cara dirapatkan kembali dengan menggunakan alat bantu sehingga bekas luka tidak ada atau minimal. Proses yang terjadi adalah epitelisasi dan deposisi jaringan ikat. Contohnya adalah luka sayatan dan luka operasi yang sembuh dengan alat bantu jahitan, stapler, *tape* eksternal, lem/perekat kulit.

b. Penyembuhan luka secara sekunder

Kulit mengalami luka dengan kehilangan banyak jaringan sehingga memerlukan proses granulasi (pertumbuhan sel), kontraksi, dan epitelisasi (penutupan epidermis) untuk menutup luka. Pada kondisi luka seperti ini, jika di jahit kemungkinan terbuka lagi atau menjadi nekrosis (mati) sangat besar. Luka yang memerlukan penutupan secara sekunder kemungkinan memiliki bekas luka lebih luas dan waktu penyembuhan lebih lama. Contohnya adalah luka tekan (dekubitus) dan luka bakar.

c. Penyembuhan luka secara tersier

Penyembuhan luka secara tersier terjadi jika penyembuhan luka secara primer mengalami infeksi atau ada benda asing sehingga penyembuhannya terhambat. Penyembuhan luka dapat diawali dengan penyembuhan secara sekunder yang kemudian ditutup kembali. Contohnya luka operasi yang terinfeksi atau terbuka dan dijahit kembali (ditutup)

#### **4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka**

Berikut adalah beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka diantaranya yaitu :

a. Usia

Faktor usia pada proses penyembuhan luka merujuk pada kelompok individu sangat muda dan dewasa tua. Perlambatan penyembuhan luka pada anak dimungkinkan karena kurangnya cadangan yang diperlukan tampak dari keseimbangan elektrolit yang mudah terganggu, perubahan secara tiba-tiba dan cepatnya penyebaran infeksi akibat belum matangnya sistem imunitas. Sedangkan pada individu dewasa tua disebabkan karena berbagai kemunduran dari seluruh sistem tubuh akibat proses penuaan, dimana terjadi penurunan fungsi makrofag yang mengakibatkan penundaan respon inflamasi.

b. Nutrisi

Nutrisi yang tidak adekuat merupakan faktor resiko yang menyebabkan proses penyembuhan luka menjadi terhambat sebab nutrisi dibutuhkan tubuh untuk meningkatkan pertahanan tubuh melawan patogen penyebab infeksi pada luka dan sebagai bahan baku pembentukan jaringan baru dalam proses penutupan jaringan yang terputus karena cedera. Nutrisi yang dimaksud diantaranya protein, vitamin, lemak, karbohidrat dan mineral. Saat tubuh mengalami kekurangan salah satu nutrisi diatas, proses penyembuhan luka ini dapat mengalami gangguan berupa pemanjangan fase inflamasi maupun kegagalan pembentukan jaringan baru untuk menyambung kembali jaringan yang terputus.

c. Aliran darah dan Oksigenasi

Darah membawa oksigen dan nutrisi yang diperlukan untuk pembuatan dan perbaikan jaringan luka, oleh karena itu luka harus memiliki aliran darah yang memadai agar luka memperoleh pasokan nutrisi yang cukup dan sebagai sarana pembuangan limbah yang dihasilkan berupa racun lokal, bakteri dan kotoran dari luka. Mobilisasi dini berperan penting dalam penyembuhan luka secara cepat, sebab dapat melancarkan peredaran darah

dimana darah mengandung zat-zat yang dibutuhkan seperti oksigen, obat-obatan, zat gizi sehingga meningkatkan metabolisme dan menyalurkan zat-zat tersebut ke sel dengan baik dan akan mempercepat proses penyembuhan luka (Making M.A dkk, 2022).

d. Penyakit penyerta

Beberapa kondisi sebagai akibat dari kondisi luka atau masalah kesehatan yang sudah ada sebelumnya dapat menjadi pencetus terjadinya gangguan penyembuhan luka karena terganggunya aliran darah seperti penyakit anemia, diabetes melitus, DIC, PVD atau *insufisiensi* vena dapat menjadi pencetus terganggunya perfusi jaringan dan oksigenasi.

e. Pemakaian obat-obatan

Pemberian obat-obatan dosis tinggi dan jangka waktu lama dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka, seperti pemakaian kortikosteroid dapat menyebabkan penekanan pada respon inflamasi, terapi sitolitik dapat mengakibatkan terjadinya penekanan pada sistem imunologi yang akan meningkatkan resiko infeksi (Suprpto, 2021).

## 5. Fase Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka merupakan proses fisiologis yang terintegrasi ketika terjadi cedera pada jaringan kulit (luka). Penyembuhan luka terdiri atas 3 fase diantaranya yaitu sebagai berikut :

a. Fase Defensif (Hemostasis dan Inflamasi)

Pada fase ini berlangsung dua peristiwa penting yang merupakan bentuk pertahanan awal ketika cedera selama 3 hari.

1) Hemostasis

Hemostasis merupakan bentuk pertahanan tubuh segera setelah luka yaitu 3-5 detik untuk mencegah terjadinya kehilangan darah secara berlebihan, melakukan pengontrolan terhadap agen penyebab cedera dan menutup lokasi guna mencegah terjadinya kontaminasi mikroorganisme pada luka. Pada tahap ini terjadi vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah di lokasi cedera yang melibatkan trombosit untuk membentuk

sumbat trombosit atau pembentukan lapisan fibrin. Lapisan fibrin ini membentuk fibrin *scab* (jaring-jaring) diatas permukaan luka untuk melindungi luka dari kontaminasi kuman dan pembekuan darah (Making M.A dkk, 2022). Serta mengeluarkan sinyal kimiawi untuk proses penyembuhan luka seperti *Platelet Derived Growth Factor* (PDGFP) dan *Transforming Growth Factor*  $\beta$  (TGF  $\beta$ ) yang akan menginisiasi kemotaksis dari sel-sel netrofil, makrofag, sel otot polos dan fibroblas (Retnani dan Jatmiko, 2019)

## 2) Fase Inflamasi

Fase inflamasi merupakan bentuk adaptasi pertahanan tubuh terhadap jaringan cedera, umumnya terjadi pada awal kejadian atau saat luka terjadi (hari ke-0) hingga hari ke-3 atau ke-5. Fase ini melibatkan respon vaskuler dan seluler, selama respon vaskuler cedera jaringan dan aktivasi sistem protein plasma merangsang pelepasan berbagai mediator kimia seperti histamin, serotonin, komplemen dan kinin yang menyebabkan vasodilatasi dan peningkatan permeabilitas yang mengakibatkan peningkatan aliran darah yang membawa suplai nutrisi, oksigen serta mengangkut leukosit (neutrofil) untuk proses fagositosis sehingga timbul reaksi peradangan berupa kemerahan, bengkak, hangat, nyeri dan penurunan fungsi tubuh (Making M.A dkk, 2022)

Dalam 24 jam neutrofil muncul pada tepi luka yang bergerak menuju bekuan fibrin. Dalam 24-48 jam, sel-sel epitel dari epidermis dan adneksa dermis bergerak dari tepi luka di sepanjang sayatan pada dermis, mengendapkan komponen basal membran. Disini neutrofil berfungsi dalam peristiwa fagositosis untuk membersihkan luka dan mencegah kontaminasi mikroorganisme. Pada hari ketiga neutrofil digantikan monosit sebagai makrofag dengan tugas yang sama tetapi bertahan lebih lama dalam membuang bakteri dan sel *host* serta matriks jaringan yang rusak. Fase ini dapat memanjang jika mengalami malnutrisi atau stress fisik lainnya (Retnani dan Jatmiko, 2019).

b. Fase Rekonstruksi (Proliferasi)

Fase proliferasi merupakan proses pembentukan jaringan baru dengan menggantikan jaringan yang rusak pada hari ke-3 sampai 21. Fase ini berisi proses deposisi kolagen, angiogenesis, perkembangan jaringan granulasi dan penutupan luka. Pada fase ini makrofag akan menstimulasi fibroblas untuk menghasilkan kolagen sebagai bahan perbaikan jaringan yang semula berbentuk gel namun dalam beberapa bulan akan berikatan untuk membentuk fibril kolagen dan menambah kekuatan tarik pada luka.

Proses angiogenesis (pembentukan pembuluh darah baru) dimulai dalam beberapa jam setelah cedera, sel-sel endotel dipembuluh darah yang sudah ada sebelumnya mulai memproduksi enzim yang memecah membran basal. Setelah membran terbuka sel endotel membangun pembuluh baru yang melintasi luka, meningkatkan aliran darah dan suplai nutrisi yang dibutuhkan. Perbaikan dimulai saat jaringan granulasi atau jaringan baru tumbuh ke dalam dari jaringan ikat sehat disekitarnya, jaringan granulasi ini di isi dengan kapiler baru yang rapuh dan mudah berdarah sehingga memberikan tampilan granular merah. Epitelisasi terjadi setelah tumbuh jaringan granulasi dan dimulai dari tepi luka yang mengalami proses migrasi kedalam luka dari tepi menutupi luka. Sel mengalami pergeseran dari tepi luka menyatu hingga ukuran luka mengecil (Making M.A dkk, 2022).

c. Fase Maturasi

Fase maturasi merupakan fase terakhir dalam proses penyembuhan luka umumnya terjadi mulai hari ke-21 hingga satu atau 2 tahun bergantung pada jenis luka. Pada fase ini jaringan parut terdiri dari jaringan ikat kaya sel yang tidak mengandung infiltrat peradangan dan ditutup epidermis yang utuh. Selanjutnya jumlah sel endotel dan fibroblas yang berproliferasi akan berkurang. Fibroblas secara progresif akan mengendapkan matriks ekstrasel, diantaranya kolagen tipe III yang berfungsi untuk mengatur kontraksi luka dan diferensiasi miofibroblas mulai hari ke-14 (Retnani dan Jatmiko, 2019).

## 6. Penilaian Penyembuhan Luka

*Scale REEDA (Redness, Echymosis, Edema, Discharge, Approximation)* merupakan alat untuk menilai penyembuhan luka yang pada awalnya dikembangkan oleh Davidson 1974 dan kemudian dikaji oleh Carey yang terdiri dari *Redness* tampak kemerahan pada daerah luka jahit, *Edema* tampak bengkak pada sekitar penjahitan luka, *Echymosis* tampak memar pada kulit dengan membentuk bercak biru atau ungu yang rata, bulat dan tidak beraturan, *Discharge* tampak adanya pengeluaran cairan dari daerah luka dan *Approximation* tampak sambungan jaringan yang dijahit.

Tabel 2. 1 Pengukuran luka *Scale REEDA*

| Point | Redness                                  | Edema                        | Echymosis                                        | Discharge       | Approximation                                             |
|-------|------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------|
| 0     | Tidak ada                                | Tidak ada                    | Tidak ada                                        | Tidak ada       | Tertutup                                                  |
| 1     | Sekitar 0,25 cm pada kedua sisi insisi   | Kurang dari 1 cm dari insisi | Sekitar 0,25 cm bilateral / 0,5 cm unilateral    | Serum           | Jarak kulit 3 mm atau kurang                              |
| 2     | Sekitar 0,5 cm pada kedua sisi insisi    | Sekitar 1-2 cm dari insisi   | Sekitar 0,5-1 cm bilateral / 0,5-2 cm unilateral | Serosa nguinous | Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan            |
| 3     | Lebih dari 0,5 cm pada kedua sisi insisi | Lebih dari 2 cm dari insisi  | Lebih dari 1 atau 2 cm unilateral                | Darah, Purulen  | Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan dan fascia |

Sumber : Heriyani (2024)

Untuk menghitung penilaian *REEDA* masing-Masing diberi skor 0-3, dengan ketentuan skor 0 penyembuhan luka baik, skor 1-5 penyembuhan luka kurang baik dan > 5 penyembuhan luka buruk.

## B. Konsep *Sectio Caesar* (SC)

### 1. Definisi

Istilah *caesarea* berasal dari kata kerja latin yaitu *caedere* yang berarti memotong atau menyayat, *sectio caesarea* (SC) merupakan suatu pembedahan guna melahirkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus (Hijratun, 2021). SC merupakan persalinan melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. SC umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya (Hutabarat, Sitepu, Argaheni, Jeniawaty dan Kasanah, 2023). *Sectio Caesarea* merupakan suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui insisi *transabdominal* yaitu dengan membuat sayatan pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat dinding dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram yang dilakukan atas instruksi dokter dengan melihat berbagai indikasi medis yang menyertai (Sirait, 2022).

### 2. Etiologi

Menurut Hijratun (2021) dan Sirait (2022), faktor penyebab *sectio caesarea* terbagi menjadi dua kategori besar yaitu:

#### a. Faktor Ibu

- 1) ***Chepalo Pelvik Disproportion (CPD)*** merupakan komplikasi persalinan akibat ketidaksesuaian ukuran lingkaran panggul ibu dengan lingkaran kepala janin, hal ini disebabkan karena bentuk panggul yang mengalami kelainan asimetris dan abnormal.
- 2) ***Pre-eklamsi*** merupakan penyakit yang penyebabnya belum diketahui secara pasti, namun diduga karena gangguan *multisystem* yang ditandai dengan hipertensi, proteinuria dan kelainan janin (keterlambatan pertumbuhan janin, berkurangnya cairan ketuban) yang apabila tidak ditangani akan menjadi eklamsi.

- 3) **Placenta Previa** merupakan plasenta yang berimplementasi terlalu rendah sehingga menutupi *ostium uteri internum*. Hal ini disebabkan karena keadaan *endometrium* yang kurang baik dan memicu plasenta tumbuh meluas ditempat yang lebih rendah dekat *ostium uteri internum* demi mencukupi kebutuhan janin.
- 4) **Ketuban pecah dini (KPD)** merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda persalinan yang sebagian besar terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktu melahirkan. KPD yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut KPD *preterm*.
- 5) **Riwayat SC sebelumnya** yang meliputi riwayat jenis insisi uterus sebelumnya, dan indikasi SC sebelumnya. Hal ini disebabkan karena pada sebagian negara besar apabila telah dilakukan prosedur SC sebelumnya maka persalinan selanjutnya juga harus diakhiri dengan tindakan SC.

b. Faktor Janin

- 1) **Fetal Distress atau gawat janin** merupakan kondisi janin yang tidak mendapat pasokan oksigen yang cukup ditandai dengan adanya bradikardi berat atau takikardi. Namun, hal ini tidak menjadi indikasi utama tindakan SC melainkan ditunjang juga dari kondisi sang ibu.
- 2) **Bayi besar** dengan berat sekitar 4000 gram atau lebih, karena dapat menyebabkan bayi sulit keluar. Hal ini terjadi karena sifatnya masih seperti bayi prematur yang tidak bisa bertahan dengan baik terhadap persalinan yang lama.
- 3) **Malposisi janin (letak sungsang)** merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang didalam rahim dengan posisi kepala berada pada bagian atas rahim (*difundus uteri*) dan bokong berada dibagian bawah ibu (*kavum uteri*).

### 3. Manifestasi Klinis

Menurut Hijratun (2021) persalinan SC memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu perawatan post operasi dan perawatan postpartum sebab manifestasi klinis yang timbul pada pasien dengan post SC adalah sebagai berikut :

- a. Kehilangan darah selama prosedur operasi  $\pm$  600-800 ml.
- b. Nyeri akibat luka pembedahan
- c. Terpasang kateter urinaris
- d. Abdomen lunak dan tidak ada *distensi*
- e. Bising usus tidak terdengar atau samar
- f. Ketidakmampuan dalam menghadapi situasi baru (Emosi labil)
- g. Aliran *lochea* sedang dan bebas bekuan yang berlebih

### 4. Komplikasi

Menurut Hutabarat, Sitepu, Argaheni, Jeniawaty dan Kasanah (2023) terdapat beberapa komplikasi yang mungkin timbul dalam post SC:

#### a. Syok

Peristiwa ini terjadi karena insufisiensi akut dari sistem sirkulasi akibat sel-sel jaringan tidak mendapat zat makanan dan O<sub>2</sub> dan dapat berakibat pada kematian. Syok *hemorrhage* atau perdarahan merupakan penyebab terbanyak dan harus selalu dipikirkan bila terjadi pada 24 jam pertama pasca bedah, sepsis, neurogenik dan kardiogenik, atau kombinasi antara berbagai sebab tersebut. Gejala-gejalanya ialah nadi dan pernafasan meningkat, tensi menurun, oliguri, penderita gelisah, eksteremitas dan muka dingin, serta warna kulit keabu-abuan.

#### b. Infeksi *puerperalis*

Infeksi *puerperalis* merupakan infeksi yang terjadi di rahim dan sekitarnya seperti luka pembedahan setelah melahirkan baik secara normal ataupun SC yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh disertai dehidrasi, nyeri pada luka, bengkak, kemerahan, keluar nanah dan lainnya.

c. Terbukanya luka operasi eviserasi

Sebab-sebab terbukanya luka operasi pasca pembedahan ialah luka tidak dijahit dengan sempurna, distensi perut, batuk atau muntah keras, serta mengalami infeksi.

d. Distensi perut

Pada pasca operasi area abdomen tidak jarang perut agak kembung akan tetapi setelah flatus keluar keadaan perut menjadi normal. Namun ada kemungkinan bahwa distensi bertambah, terdapat timpani diatas perut pada periksa ketok, serta penderita merasa mual dan muntah.

e. Komplikasi lainnya

Komplikasi ini meliputi *sepsis* berat, *tromboemboli*, luka pada *traktur urinalis*, *hipoksia* pada bayi, Risiko *rupture uteri* pada kehamilan berikutnya dan trauma persalinan (sirait, 2021).

## 5. Penatalaksanaan

Menurut Hutabarat, Sitepu, Argaheni, Jeniawaty dan Kasanah (2023) terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan pada ibu post SC karena pada tahap ini ibu sangat rentang terhadap infeksi akibat perlukaan persalinan.

a. Pemberian cairan intravena

Kebutuhan cairan intravena, termasuk darah selama dan setelah SC sangat bervariasi, cairan yang diberikan secara intravena terdiri dari larutan Ringer Laktat atau larutan sejenis dan Dekstros 5% dalam air. Biasanya diberikan dalam 1-2 liter cairan yang mengandung elektrolit seimbang selama dan segera setelah operasi.

b. Pemberian analgesik (Anti nyeri)

Sejak pasien sadar dalam 24 jam pertama rasa nyeri masih dirasakan didaerah operasi, untuk mengurangi rasa nyeri tersebut dapat diberikan obat-obatan nyeri dan penenang seperti meperidin 75 mg atau morfin 10 mg secara intramuskulus sesering mungkin tiap 3 jam untuk menghilangkan rasa nyaman. Jika bertubuh kecil, mungkin diperlukan meperidin 50 mg atau jika besar, 100 mg.

c. Pemantauan Tanda vital

Tekanan darah, nadi, jumlah urin, dan fundus uteri diperiksa paling tidak setiap jam selama 4 jam. Setiap kelainan dilaporkan. Setelah itu, selama 24 jam pertama, hal-hal diatas bersamaan dengan suhu, diperiksa setiap 4 jam.

d. Pemantauan kandung kemih dan usus

Kateter umumnya dapat dilepas dari kandung kemih 12 jam setelah operasi atau pagi hari setelah operasi sedangkan bising usus biasanya tidak terdengar pada hari pertama pembedahan, samar-samar pada hari kedua, dan aktif pada hari ketiga. Pada hari kedua dan ketiga pasca operasi, dapat timbul nyeri gas akibat gerakan usus yang tidak terkoordinasi. Supositoria rektum biasanya dapat memicu defekasi, jika tidak ibu harus diberi enema.

e. Mobilisasi dini

Mobilisasi sedini mungkin setelah pasien sadar seperti latihan pernafasan dan batuk kecil-kecil dilakukan guna melonggarkan pernafasan sekaligus memulihkan kepercayaan bahwa ia mulai pulih. Miring kanan dan kiri dimulai sejak 6-8 jam dan secara bertahap hingga berjalan sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan luka pasien, mobilisasi berguna untuk mencegah terjadinya trombosis dan emboli. Lama waktu mobilisasi post SC dengan general anestesi dan regional anestesi cenderung sama yaitu hanya 2 jam 40 menit.

f. Merawat luka jahitan

Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka operasi dengan memperhatikan beberapa hal diantaranya yaitu Setiap satu minggu kasa harus dibuka dan diganti dengan kasa baru, tidak terlalu sering agar luka cepat kering, jika sering dibuka luka bisa menempel pada kasa sehingga sulit untuk kering. Selanjutnya dibersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa agar tidak basah atau lembab oleh darah. Jaga luka agar tidak lembap usahakan semaksimal mungkin agar luka tetap kering.

## 6. Penutupan Luka

Menurut Bernolian, Nuswil dkk (2021), luka operasi SC umumnya dapat sembuh secara primer dimana tepi luka disatukan sehingga berdekatan satu sama lain, penutupan luka biasanya dibantu dengan penggunaan jahitan atau staples. Selama beberapa dekade, dokter spesialis obstetri dan ginekologi telah menutup semua lapisan tubuh yang mereka buka selama persalinan dengan teknik yang berbeda-beda disetiap lapisannya.

### a. Lapisan Uterus

Insisi uterus dapat ditutup dengan satu atau dua lapis jahitan, kontinyu, atraumatik (tidak terkunci) menggunakan benang multifilamen. Penutupan insisi uterus dilakukan mulai dari sudut jauh, menggunakan jahitan terbuka terus menerus sampai jahitan sudut dekat tercapai. Jika uterus tidak di eksteriorisasi dan jarak pandang terbatas, sudut insisi uterus yang paling dekat dengan operator dapat dijahit terlebih dahulu dengan jahitan panjang yang tersisa sebelum dipotong. Sudut jauh kemudian dijahit dengan menerapkan klip ke ujung yang panjang dan tepi uterus ditutup dengan jahitan interlocking terus menerus sampai jahitan sudut dekat tercapai. Ujung jahitan kontinyu diikat ke jahitan sudut pertama. Penutupan lapisan pertama harus mengambil ketebalan penuh dari otot uterus di setiap jahitan, menghindari lapisan peritoneum.

### b. Lapisan Peritoneum

Pada jenis *sectio caesarea Misgav Ladach*, insisi dinding uterus ditutup dengan jahitan locking kontinyu lapisan tunggal termasuk desidua dan peritoneum viseral, peritoneum parietal tidak dijahit. Keuntungan tidak menutup peritoneum dibandingkan menutupnya yaitu:

- 1) Risiko iskemia yang berkurang karena jahitan dan fibrinolisis berkurang
- 2) Adhesi lebih banyak terjadi ketika peritoneum terbuka dari pada ditutup
- 3). Infeksi terjadi lebih sedikit dan pengurangan durasi demam
- 4) Kebutuhan antinyeri lebih sedikit. Oleh karena itu, lama rawat inap lebih cepat.

c. Lapisan Fasia

Penutupan fasia dapat menggunakan jahitan kontinyu (tidak terkunci) dengan benang monofilamen seperti polydioxanone 0 atau jahitan sintetis terpuntir yang dapat diserap seperti poliglaktin. Operator dapat menggunakan aturan 10-10 atau 20-10 : jarak antar jahitan 10 atau 20 mm dan jarak ke tepi fasia 10 mm. Keuntungan jahitan kontinyu adalah penutupan spiral fasia menyebabkan distribusi tekanan yang lebih merata pada ujung fasia.

d. Lapisan Subkutis

Penutupan jaringan subkutis atau disebut subkutikuler menyebabkan penyembuhan luka lebih baik karena risiko hematoma dan seroma yang lebih rendah. Jaringan ikat longgar tepat di bawah kulit disebut jaringan subkutan atau hipoderm dan terutama terdiri dari sel-sel adiposa (lemak), dengan pita fibrosa yang mengikat kulit ke fasia dalam. Lapisan ini juga mengandung pembuluh darah, pembuluh limfatik, saraf kulit serta serat kolagen dan elastin yang menempelkan jaringan ke dermis. Banyak ahli bedah telah menganjurkan penutupan jaringan subkutan. Penutupan pada pasien dengan ruang subkutan  $> 2$  cm atau ketika hemostasis sulit dikendalikan menyebabkan penurunan komplikasi luka, karena ruang subkutan yang besar dapat dengan mudah terisi darah. Penutupan dapat menggunakan asam poliglikolat 3.0 atau poliglaktin Rapide 910. Pada pasien obesitas, sebaiknya menggunakan jahitan matras terputus.

e. Lapisan Kulit

Kulit dapat ditutup dengan jahitan yang dapat diserap intrakutan, kontinyu yang tidak perlu dilepas (seperti poliglaktin Rapide 910 atau poliglaktin 910 4-0). Jika tidak ada tanda-tanda infeksi, kulit harus ditutup dengan jahitan subkutan yang dapat diserap secara terus menerus. Pada *sectio caesarea Misgav Ladach*, kulit dijahit sedikit mungkin dengan jahitan silk matras atau dapat juga dengan jahitan kontinyu subkutikuler.

## C. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Menurut Telepta, Fitri, Andayani, Natosba dan Qoyimah (2024), pengkajian yang dilakukan pada ibu postpartum meliputi pengkajian fisiologis yang difokuskan pada proses perubahan biofisik sistem tubuh dan pengkajian khusus kenyamanan dan kesejahteraan ibu diantaranya yaitu :

#### a. Identitas pasien

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

#### b. Keluhan utama.

Pada pasien post SC keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka post operasi dan sulit mobilisasi.

#### c. Riwayat persalinan sekarang

Pada pasien post SC kaji riwayat persalinan yang dialami sekarang.

#### d. Riwayat menstruasi

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

#### e. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Tanyakan HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali periksa saat hamil, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak, jenis kelamin, keadaan anak saat lahir.

#### f. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

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

#### g. Pola kebutuhan sehari-hari

1) **Pernafasan** : Pada pasien dengan post SC tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.

2) **Makan dan minum** : pada pasien post SC tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.

- 3) **Eliminasi** : pada pasien post SC pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan *dower kateter* (DC)
  - 4) **Istirahat dan tidur** : pada pasien post SC terjadinya gangguan pada pola istirahat tidur, dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
  - 5) **Gerakan dan aktifitas** : pada pasien post SC terjadinya gangguan gerakan dan aktifitas oleh karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
  - 6) **Rasa nyaman** : pada pasien post SC akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
  - 7) **Belajar** : pada pasien post SC, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan postpartum terutama untuk ibu dengan SC meliputi perawatan luka operasi, perawatan panyudara, nutrisi dll.
- h. Pemeriksaan fisik
- 1) **Keadaan umum** ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, tinggi badan, berat badan, keadaan kulit.
  - 2) **Pemeriksaan kepala wajah** : Konjuntiva dan sclera normal atau tidak.
  - 3) **Pemeriksaan leher** : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
  - 4) **Pemeriksaan thorax** : Ada tidaknya suara ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
  - 5) **Pemeriksaan payudara** : Bentuk simentris atau tidak, kebersihan, pengeluaran, keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling atau retraksi.
  - 6) **Pemeriksaan abdomen** : Tinggi fundus uteri, bising usus kontraksi, terdapat luka dan tanda- tanda infeksi disekitar luka operasi.
  - 7) **Pemeriksaan ekstremitas atas** : Ada tidaknya oedema, suhu akral
  - 8) **Pemeriksaan ekstremitas bawah** : Ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
  - 9) **Genetalia** : Menggunakan dower kateter.
- i. Data penunjang
- Pemeriksaan darah lengkap seperti pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT), dan sel darah putih (WBC).
- j. Terapi obat dan cairan
- Kaji penggunaan obat nyeri, antibiotik dan vitamin lainnya.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Telepta, Fitri, Andayani, Natosba dan Qoyimah (2024) berikut adalah diagnosa keperawatan yang muncul dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu postpartum dengan SC dengan berpedoman dari buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017).

### a. Risiko Infeksi

Tabel 2.2 Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi

| <b>Risiko Infeksi (D.0142)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definisi</b>                | Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Faktor Risiko</b>           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis (mis.diabetes melitus)</li> <li>2. Efek prosedur invasif</li> <li>3. Malnutrisi</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> <li>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gangguan peristaltik</li> <li>2) Kerusakan integritas kulit</li> <li>3) Perubahan sekresi Ph</li> <li>4) Penurunan kerja siliaris</li> <li>5) Ketuban pecah lama</li> <li>6) Ketuban pecah sebelum waktunya</li> <li>7) Merokok</li> <li>8) Statis cairan tubuh</li> </ol> </li> <li>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penurunan hemoglobin</li> <li>2) Imunosupresi</li> <li>3) Leukopenia</li> <li>4) Supresi respon inflamasi</li> <li>5) Vaksinasi tidak adekuat</li> </ol> </li> </ol> |
| <b>Kondisi Klinis Terkait</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. AIDS</li> <li>2. Luka bakar</li> <li>3. Penyakit paru obstruktif kronis</li> <li>4. Diabetes melitus</li> <li>5. Tindakan invasif</li> <li>6. Kondisi penggunaan terapi steroid</li> <li>7. Penyalahgunaan obat</li> <li>8. Ketuban pecah sebelum waktunya</li> <li>9. Kanker</li> <li>10. Gagal ginjal</li> <li>11. Imunosupresi</li> <li>12. Lymphedemia</li> <li>13. Leukositopenia</li> <li>14. Gangguan fungsi hati</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## b. Nyeri Akut

Tabel 2. 3 Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

| <b>Nyeri Akut (D.0077)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definisi</b><br>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.                                                            |                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Penyebab</b><br>1. Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)<br>2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)<br>3. Agen pencedera fisik (mis. abses amputasi terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih) |                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Tanda dan Gejala Mayor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Subjektif</b><br>Mengeluh nyeri                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Objektif</b><br>1. Tampak meringis<br>2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)<br>3. Gelisah<br>4. Frekuensi nadi meningkat<br>5. Sulit tidur                                |
| <b>Tanda dan Gejala Minor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Subjektif</b><br>(tidak tersedia)                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Objektif</b><br>1. Tekanan darah meningkat<br>2. Pola nafas berubah<br>3. Nafsu makan berubah<br>4. Proses berpikir terganggu<br>5. Menarik diri<br>6. Berfokus pada diri sendiri<br>7. Diaforesis |
| <b>Kondisi Klinis Terkait</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                       |
| 1. Kondisi pembedahan<br>2. Cedera traumatis<br>3. Infeksi<br>4. Sindrom koroner akut<br>5. Glaukoma                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                       |

## c. Gangguan Citra Tubuh

Tabel 2. 4 Diagnosa Keperawatan Gangguan Citra Tubuh

| <b>Gangguan Citra Tubuh (D.0083)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definisi</b><br>Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Penyebab</b><br>1. Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)<br>2. Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan)<br>3. Perubahan fungsi kognitif<br>4. Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai<br>5. Transisi perkembangan<br>6. Gangguan psikososial<br>7. Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi) |

| <b>Tanda dan Gejala Mayor</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Subjektif</b><br>1. Mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh                                                                                                                                                                                       | <b>Objektif</b><br>1. Kehilangan bagian tubuh<br>2. Fungsi atau struktur tubuh berubah                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Tanda dan Gejala Minor</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Subjektif</b><br>1. Tidak mau mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh<br>2. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh<br>3. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolkan atau reaksi orang lain<br>4. Mengungkapkan perubahan gaya hidup | <b>Objektif</b><br>1. Menyembunyikan atau menunjuk bagian tubuh secara berlebihan<br>2. Menghindari melihat atau menyentuh bagian tubuh<br>3. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh<br>4. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh<br>5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu<br>6. Hubungan sosial berubah |
| <b>Kondisi Klinis Terkait</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1. Mastektomi<br>2. Amputasi<br>3. Jerawat<br>4. Parut atau luka bakar yang terlihat<br>5. Obesitas<br>6. Hiperpigmentasi<br>7. Gangguan Psikiatri<br>8. Program terapi neoplasma<br>9. Alopecia chemically induced                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

### 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada ibu postpartum ini menggunakan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2019).

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan

| <b>Diagnosa Keperawatan</b>                        | <b>Tujuan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Rencana Keperawatan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Risiko infeksi B.d Efek prosedur invasif (post SC) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :<br><b>Tingkat infeksi (L.14137)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri menurun</li> <li>• Bengkak menurun</li> <li>• Kemerahan menurun</li> <li>• Demam menurun</li> <li>• Drainase purulen menurun</li> <li>• Kadar sel darah putih membaik</li> <li>• Kultur area luka membaik</li> </ul> | <b>Perawatan luka (I.14564)</b><br><b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>• Monitor tanda infeksi</li> </ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>• Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik</li> </ul> |

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan salep yang sesuai</li> <li>• Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>• Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>• Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Nyeri akut B.d agen pencedera fisik ( <i>post SC</i> ) | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Sikap protektif menurun</li> <li>• Kesulitan tidur menurun</li> <li>• Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>• Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Pola tidur membaik</li> </ul> | <p><b>Manajemen Nyeri (L.082338)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>• Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>• Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul> |

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gangguan Citra Tubuh<br>B.d Efek tindakan<br>pembedahan SC | Setelah dilakukan asuhan<br>keperawatan selama 3x24 jam<br>diharapkan citra tubuh meningkat<br>dengan kriteria hasil:<br><b>Citra Tubuh (I.09067)</b><br>1. Melihat bagian tubuh<br>membaik<br>2. Verbalisasi kecacatan tubuh<br>membaik<br>3. Verbalisasi perasaan negatif<br>menurun<br>4. Verbalisasi kekhawatiran pada<br>penolakan atau reaksi orang<br>lain menurun<br>5. Verbalisasi perubahan gaya<br>hidup menurun<br>6. Fokus pada bagian tubuh<br>menurun<br>7. Respon nonverbal pada<br>perubahan tubuh membaik<br>8. Hubungan sosial membaik | <b>Promosi citra tubuh<br/>(I.05174)</b><br><b>Observasi</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi harapan<br/>citra tubuh berdasarkan<br/>tahap perkembangan</li> <li>• Identifikasi perubahan<br/>citra tubuh yang<br/>mengakibatkan isolasi<br/>sosial</li> <li>• Monitor frekuensi<br/>pernyataan kritik<br/>terhadap diri sendiri</li> </ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusikan perubahan<br/>tubuh dan fungsinya</li> <li>• Diskusikan perbedaan<br/>penampilan fisik<br/>terhadap harga diri</li> <li>• Diskusikan cara<br/>mengembangkan<br/>harapan citra tubuh<br/>secara realistis</li> </ul> <b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan pada keluarga<br/>tentang perawatan<br/>perubahan citra tubuh</li> <li>• Latih fungsi tubuh<br/>yang dimiliki.</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan ke-4 dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan (Polopadang & Hidayah, 2019).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Polopadang & Hidayah, 2019).

## **D. Konsep Mobilisasi Dini**

### **1. Definisi**

Mobilisasi dini merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan pasien post operasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari berupa bergerak dari satu tempat ke tempat lain baik pada posisi duduk, berbaring, ataupun berdiri. Setelah pasien kembali dari kamar operasi (kembali ke ruang perawatan), pasien dianjurkan segera melakukan mobilisasi, paling lambat 6 jam setelah pembedahan (Hutabarat, Sitepu, Argaheni, Jeniawaty dan Kasanah 2023). Mobilisasi dini merupakan suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologi agar dapat menjalani kehidupan yang sehat dan tidak ketergantungan pada orang lain (Umara, A.F dkk, 2023).

### **2. Tujuan**

Berikut adalah tujuan dari mobilisasi dini diantaranya yaitu :

- a. Mempercepat proses penyembuhan dan pemulihan luka
- b. Menghindari komplikasi pasca operasi
- c. Mengurangi lama rawat di RS sehingga mengurangi biaya perawatan
- d. Melancarkan sirkulasi darah sehingga dapat mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli
- e. Mempertahankan fungsi tubuh dengan mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
- f. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- g. Memperlancar BAB dan BAK
- h. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi.
- i. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian (Umara, A.F dkk, 2023).

### 3. Indikasi dan Kontraindikasi

#### a. Indikasi mobilisasi Dini

- 1) Pasien post operasi yang memerlukan latihan mobilisasi, seperti kolostomi atau laparatomi (SC)
- 2) Pasien yang menjalani rehabilitasi fisik akibat cedera baik patah tulang anggota gerak bawah ataupun cedera lainnya.
- 3) Pasien pasca serangan stroke atau penurunan kesadaran guna mencegah kekakuan sendi.

#### b. Kontraindikasi Mobilisasi Dini

- 1) Pasien dengan penyakit jantung seperti infark miokard akut, disritmia jantung dll.
- 2) Pasien dengan fraktur tidak stabil atau kelainan tulang
- 3) Penyakit dengan syok sepsis
- 4) Pasien dengan tingkat energi yang kurang (Umara, A.F dkk, 2023).

### 4. Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

#### a. Rentang Gerak Pasif

Rentang gerak pasif merupakan gerakan persendian yang energinya berasal dari orang lain (perawat). Indikasi dilakukan rentang gerak pasif ini yaitu pasien yang tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif dan terdapat daerah inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan. Tujuannya yaitu membantu kelancaran sirkulasi, menurunkan nyeri, membantu proses penyembuhan post operasi dan mempertahankan mobilitas sendi.

#### b. Rentang Gerak Aktif

Rentang Gerak Aktif merupakan gerakan persendian yang dilakukan oleh pasien menggunakan energi sendiri pada seluruh sendi tubuh dari kepala sampai jari kaki. Tujuannya yaitu meningkatkan sirkulasi, melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan menggunakannya secara aktif (Istichomah, 2020).

## 5. Prinsip Latihan Rentang Gerak (ROM)

Menurut Istichomah (2020) terdapat beberapa prinsip dalam melakukan ROM diantaranya yaitu :

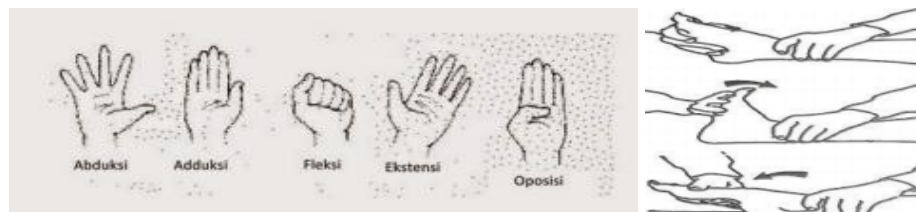
- ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, dengan gerakan yang terkontrol dan dalam batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaatnya terhadap penyembuhan.
- ROM dilakukan secara perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien, sehingga tidak menimbulkan rasa nyeri dan peradangan
- Dalam merencanakan program latihan ROM harus diperhatikan usia, diagnosa, tanda-tanda vital dan lamanya tirah baring
- Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki dan pergelangan.
- ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian yang dicurigai mengalami gangguan
- Melakukan ROM harus sesuai waktunya.

## 6. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini

Menurut Umara, A.F dkk (2023), berikut adalah tahapan mobilisasi pada ibu post SC diantaranya yaitu :

- Pada 6 jam pertama

Setelah operasi, 6 jam pertama pasien harus tirah baring dahulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki, memutar pergelangan kaki mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki

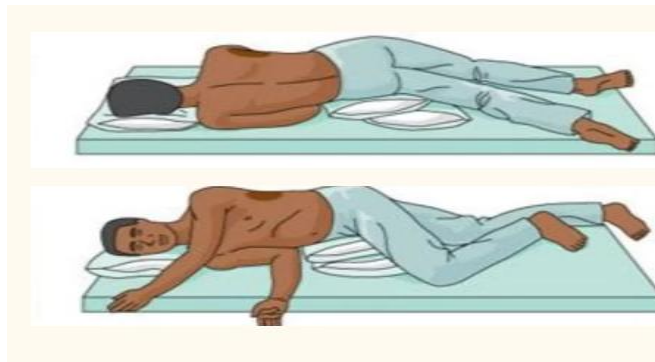


Gambar 2. 1 Mobilisasi dini 6 jam pertama

Sumber: Umara, A.F dkk (2023)

b. Pada 6-10 jam post operasi

Setelah 6-10 jam, pergerakan fisik dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan badan seperti miring kanan dan miring kiri, hal ini merupakan mobilisasi paling ringan dan yang paling baik dilakukan pertama kali. Mobilisasi tersebut dapat mencegah penyumbatan pembuluh darah dan mempercepat kembalinya fungsi usus dan kandung kemih secara normal.

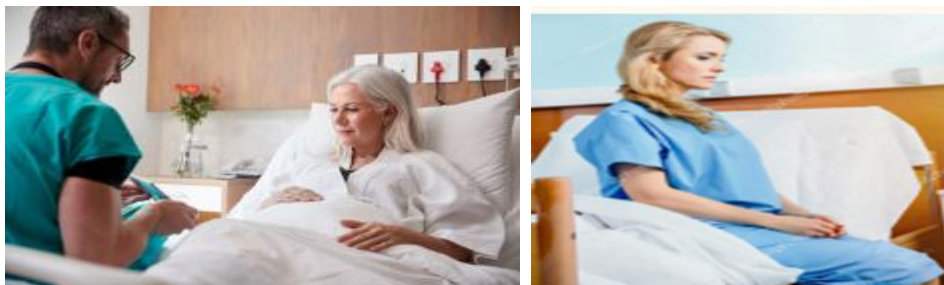


Gambar 2. 2 Mobilisasi dini 6-10 jam

Sumber : Umara, A.F dkk (2023)

c. Pada 12-24 jam pertama post operasi

Pada 12-24 jam pertama, pasien dapat diposisikan duduk dengan bersandar ditempat tidur selama 10-20 menit, jika pasien sudah memiliki kekuatan penuh posisikan pasien duduk tanpa sandaran selama 15 menit dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang di juntaikan atau ditempatkan di lantai sambil digerakan.



Gambar 2. 3 Mobilisasi dini 12-24 jam pertama

Sumber : Umara, A.F dkk (2023)

d. Setelah 24 jam (Hari ke-2)

Setelah 24 jam, rata-rata pasien yang dirawat dibangsal dan tidak ada hambatan fisik atau komplikasi di anjurkan untuk latihan berjalan, yang diawali dengan duduk-berdiri dan berjalan 3-4 langkah disekitar kamar, ke kamar mandi dibantu ataupun mandiri.



Gambar 2. 4 Mobilisasi dini setelah 24 jam

Sumber : Umara, A.F dkk (2023)

e. 24 Jam berikutnya (Hari ke-3)

Pada hari ketiga, jika pasien stabil dan memiliki keseimbangan yang baik saat jalan di tempat maupun melangkah maju dan mundur, latih untuk beraktivitas secara mandiri.

## E. Jurnal Terkait

Tabel 2. 6 Jurnal Terkait

| No | Judul Artikel<br>(penulis dan tahun)                                                                                                                                                                                                                                                       | Metode Penelitian                                                                                                                                                                                                                                               | Hasil Penelitian                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Penerapan mobilisasi dini untuk penyembuhan luka pada pasien post <i>sectio caesarea</i> (Hanifah, K.H, Yustriningsih & Mualifah, 2022)<br><a href="https://jurnal.Stikesbethesda.ac.id/index.php/p/article/view/321">https://jurnal.Stikesbethesda.ac.id/index.php/p/article/view/321</a> | <b>Desain :</b><br>Studi kasus<br><b>Sampel:</b><br>1 responden post <i>sectio caesarea</i><br><b>Variabel:</b><br>Mobilisasi dini dan penyembuhan luka<br><b>Instrumen:</b><br>SOP Mobilisasi dini dan skala REEDA.<br><b>Analisis:</b><br>Evaluasi deskriptif | Hasil studi kasus ini yaitu, responden mampu melakukan mobilisasi dini selama 3 hari sesuai tahapan. Setelah dilakukan mobilisasi selanjutnya dilakukan observasi penyembuhan luka dan di peroleh pada hari ke-3 post <i>sectio caesarea</i> menunjukan skala 0 yang berarti penyembuhan luka baik. Sehingga hasil ini memberikan gambaran bahwa penyembuhan luka akan lebih maksimal apabila diberikan intervensi mobilisasi dini. |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | <p>Analisis mobilisasi dini post <i>sectio caesarea</i> dengan proses penyembuhan luka operasi di RSUD Ulfuadi Kota Binjai (Sitepu, J.E., Pasaribu, R.S &amp; Sembiring, N.M.P, 2024)<br/> <a href="https://jurnal.stikeskesdam4di.p.ac.id/index.php/Anestesi">https://jurnal.stikeskesdam4di.p.ac.id/index.php/Anestesi</a></p> | <p><b>Desain :</b><br/> <i>Cross Sectional</i><br/> <b>Sampel:</b><br/>           43 responden post <i>sectio caesarea</i><br/> <b>Variabel:</b><br/>           Mobilisasi dini dan penyembuhan luka<br/> <b>Instrumen:</b><br/>           Kuesioner Mobilisasi dini dan lembar observasi penyembuhan luka dengan skala REEDA.<br/> <b>Analisis:</b><br/>           Uji <i>Chi Square</i></p>                                                | <p>Hasil penelitian ini yaitu, dari 3 responden terdapat 21 orang (51,1%) penyembuhan luka lebih cepat dengan yang tidak dilakukan mobilisasi dini. Hasil uji <i>Chi Square</i> terdapat nilai <i>p-value</i> 0,001 dimana nilai <math>p &lt; 0,05</math> maka dapat disimpulkan terbukti berhubungan mobilisasi dini post <i>sectio caesarea</i> dengan proses penyembuhan luka.</p>                                                                                                                                                   |
| 3 | <p>Hubungan mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka <i>sectio caesarea</i> di ruang nifas RSUD Klungkung (Armayanti, Nataningrat dan Tangkas, 2024)<br/> <a href="https://ejournal.itekes-bali.ac.id/jrkn">https://ejournal.itekes-bali.ac.id/jrkn</a></p>                                                                     | <p><b>Desain :</b><br/> <i>Quasy Eksperimental (one group post test only)</i><br/> <b>Sampel:</b><br/>           22 responden post <i>sectio caesarea</i><br/> <b>Variabel:</b><br/>           Mobilisasi dini dan penyembuhan luka<br/> <b>Instrumen:</b><br/>           SOP Mobilisasi dini dan lembar observasi penyembuhan luka dengan skala REEDA.<br/> <b>Analisis:</b><br/>           Uji <i>Pearson Correlation</i>.</p>             | <p>Hasil penelitian ini yaitu, dari 22 responden hanya 18 orang (81,8%) melakukan mobilisasi cepat dan 4 orang (18,2%) melakukan mobilisasi lambat, sebanyak 17 orang (77,3%) mengalami penyembuhan luka baik dan 5 orang (22,7%) mengalami penyembuhan luka kurang baik. Berdasarkan hasil uji didapatkan nilai <i>p</i> yaitu 0,000, nilai tersebut <math>&lt; 0,05</math> dengan nilai koefisien korelasi sebesar +0,869 yang berarti semakin cepat melakukan mobilisasi dini, maka semakin cepat pula proses penyembuhan luka.</p>  |
| 4 | <p>Pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka pada ibu postpartum <i>sectio caesarea</i> di ruang nifas RSUD Dunda Limboto (Aliwu, L.S., Retni, A, Harismayanti &amp; Djojohikrat, J, 2024)<br/> <a href="https://j-innovative.org/index.php/innovative">https://j-innovative.org/index.php/innovative</a></p>           | <p><b>Desain :</b><br/> <i>Eksperimental design (two group pre-test post-test design)</i><br/> <b>Sampel:</b><br/>           14 responden post SC yang dibagi menjadi 2 kelompok.<br/> <b>Variabel:</b><br/>           Mobilisasi dini dan penyembuhan luka<br/> <b>Instrumen:</b><br/>           SOP Mobilisasi dini dan lembar observasi penyembuhan luka dengan skala REEDA.<br/> <b>Analisis:</b><br/>           Uji <i>Wilcoxon</i></p> | <p>Hasil penelitian ini yaitu, pada kelompok kontrol sebelum diberikan mobilisasi dini dari 7 responden sebanyak 5 orang (71,4%) mengalami penyembuhan luka kurang baik dan sesudah diberikan edukasi mobilisasi dini menjadi 4 orang (57,1%). Sedangkan pada kelompok intervensi sebelum diberikan mobilisasi dini dari 7 responden sebanyak 5 orang (71,4%) mengalami penyembuhan luka kurang baik dan sesudah diberikan intervensi mobilisasi dini menjadi 7 orang (100%). Berdasarkan hasil uji menggunakan uji <i>Wilcoxon</i></p> |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         | didapatkan nilai <i>p-value</i> yaitu 0,025 yang berarti $<0,05$ . Sehingga dapat disimpulkan bahwa $H_a$ diterima yang artinya terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka pada ibu post operasi SC diruang nifas RSUD M.M Dunda Limboto.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5 | Analisis pemberian mobilisasi dini post SC dengan proses penyembuhan luka operasi di ruang nifas RSUD Kota Mobagu (Saleh, Sitti N.H, 2020)<br><a href="https://jurnal.umt.ac.id/index.php/imj/article/view/3908">https://jurnal.umt.ac.id/index.php/imj/article/view/3908</a> | <b>Desain :</b><br><i>Cross Sectional</i><br><b>Sampel:</b><br>35 responden<br><b>Variabel:</b><br>mobilisasi dini dan proses penyembuhan luka<br><b>Instrumen:</b><br>Kuesioner dan Lembar observasi luka<br><b>Analisis:</b><br>Uji <i>Chi Square</i> | Hasil penelitian ini yaitu, dari 35 responden sebanyak 15 orang melakukan mobilisasi dini (43%) dan 20 orang tidak melakukan mobilisasi dini (57%). Sebanyak 16 orang mengalami penyembuhan luka baik (46%) dan 19 orang mengalami penyembuhan luka kurang baik (54%). Berdasarkan hasil uji Chi Square didapatkan nilai <i>p-value</i> yaitu 0,0415 yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara mobilisasi dini post SC dengan proses penyembuhan luka operasi di ruang nifas RSUD Kota Mobagu. |