

BAB 2

STUDI LITERATUR

2.1 Konsep Mobilisasi Dini

2.1.1 Pengertian mobilisasi dini

Mobilisasi dini post operasi *Sectio Caesarea* merupakan pergerakan yang dilakukan segera oleh pasien post operasi *Sectio Caesarea* setelah beberapa jam melakukan operasi *Sectio Caesarea* guna mempertahankan kesehatan dan pemulihan (Utami, 2015). Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Suddarh, 2012).

Hidayat (2009) mengungkapkan bahwa mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan maksud untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Carpenito dan Lynda (2012) mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dimana mobilisasi dini adalah menggerakkan tubuh dari satu tempat ketempat lain yang harus dilakukan secara bertahap setelah melahirkan minimal 8-24 jam setelah persalinan.

2.1.2. Tujuan Mobilisasi dini

Menurut Hidayat (2009) Beberapa tujuan dari mobilisasi dini dapat dilihat pada uraian di bawah ini :

- a. Mempertahankan fungsi tubuh.
- b. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka.
- c. Membantu pernapasan menjadi lebih baik.
- d. Mempertahankan tonus otot.
- e. Memperlancar eliminasi alvi dan urin.
- f. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
- g. Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi.

2.1.3. Manfaat Mobilisasi Dini

Manfaat mobilisasi dini menurut Dini, (2009) adalah sebagai berikut :

- a. Memperlancar pengeluaran lochea sehingga dapat mempercepat involusi uterus.
- b. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan mobilisasi dini. Karena dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perut menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit, dengan demikian ibu merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan, faal usus dan kandung kemih lebih baik. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
- c. Mobilisasi dini memungkinkan kita mengajarkan ibu segera untuk merawat anaknya. Perubahan yang terjadi pada ibu pasca persalinan akan cepat pulih misalnya membantu kontraksi uterus, dengan

demikian ibu akan cepat merasa sehat dan bisa merawat anaknya dengan cepat.

- d. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan.
- e. Meningkatkan kelancaran peredaran darah dengan melakukan mobilisasi dini post partum bisa memperlancar darah dan sisa plasenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik.
- f. Mengurangi resiko infeksi post partum yang timbul adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

2.1.4. Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

Mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu:

1. Rentang gerak pasif

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

2. 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.

3. Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan. Mobilisasi ini dimulai dengan gerakan yang tidak berat seperti :

- a. Miring ke kiri dan kanan
- b. Menggerakkan kaki
- c. Duduk
- d. Berdiri atau turun dari tempat tidur
- e. Ke kamar mandi

Hal ini perlu untuk dicoba setelah dipastikan bahwa keadaan ibu sudah benar-benar dalam kondisi baik dan tidak ada keluhan. Hal ini dapat membantu untuk melatih mental ibu karena ada rasa takut pasca persalinan. Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (*late ambulation*). Ibu dianjurkan untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam sebelum melakukan tahap-tahap mobilisasi dini.

2.1.5. Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Menurut hidayat (2009) Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi dini adalah sebagai berikut :

1. Faktor fisiologis

Apabila terdapat perubahan mobilisasi, maka setiap sistem tubuh beresiko terjadi gangguan, tingkat keparahan dan gangguan tersebut tergantung pada kondisi kesehatan secara keseluruhan, serta tingkat mobilisasi yang dialami. Sistem endokrin merupakan produksi hormon sekresi kelenjar, membantu mempertahankan dan mengatur fungsi vital seperti respon terhadap stres dan cedera, pertumbuhan dan perkembangan, reproduksi, homeostasis ion, dan metabolisme energi.

2. Faktor emosional

Yang mempengaruhi mobilisasi adalah cemas (ansietas). Ansietas merupakan gejolak emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan.

3. Faktor perkembangan

Faktor yang mempengaruhi adalah umur dan paritas. Paritas adalah banyaknya angka kelahiran hidup yang dimiliki oleh seseorang wanita dan umur adalah lamanya hidup seseorang dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan.

4. Faktor fisikososial

Imobilisasi menyebabkan respon emosional, intelektual sensori, dan sosiokultural. Perubahan emosi paling umum adalah depresi, perubahan perilaku, perubahan siklus tidur bangun, dan gangguan coping, mengidentifikasi efek mobilisasi yang lama pada psikososial klien.

2.1.6. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini

Menurut Rismawati, D.T. (2017) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap yaitu :

Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca *sectio caesarea* harus melakukan tirah baring terlebih dahulu. Mobilisasi yang dapat dilakukan adalah menggerakkan lengan tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menenangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.

Setelah operasi, pada 6-10 jam ibu pasca *sectio caesarea* mampu miring kekanan, kekiri dan latihan pernafasan dapat dilakukan pasien sambil tidur terlentang.

Hari pertama setelah 24 Jam ibu pasca *sectio caesarea* melatih untuk duduk dari setengah duduk sampai duduk tegak dan melatih klien untuk duduk di tepi tempat tidur dengan melakukan gerakan kaki.

Hari ke 2 sampai hari ke 3 ibu pasca *sectio caesarea* mampu duduk secara mandiri, mampu berdiri dengan bantuan atau secara mandiri dan mampu berlatih berjalan disekitar tempat tidur.

2.1.7. Dampak Tidak Melakukan Mobilisasi

Ada beberapa hal yang bisa terjadi jika tidak melakukan mobilisasi dini serta dapat membahayakan kondisi ibu diantaranya :

1. Dapat terjadinya peningkatan suhu tubuh yang disebabkan oleh involusi uterus yang tidak baik, sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi. Peningkatan suhu tubuh adalah salah satu tanda dari infeksi.

2. Dapat menyebabkan perdarahan yang abnormal. Dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras jadi resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindari.
3. Dapat menyebabkan involusi uteri yang tidak baik. Jika mobilisasi dini tidak dilakukan maka dapat menghambat pengeluaran darah yang tersisa setelah pengeluaran plasenta sehingga dapat menyebabkan kontraksi uterus terganggu.

2.1.8. Proses Pendampingan Mobilisasi Dini

Prosedur pendampingan yang dilakukan pada ibu *post sectio caesarea* menurut Tumanggor, (2021) adalah sebagai berikut :

1. Melatih pasien untuk latihan nafas dalam kurang lebih setengah menit (untuk menyempurnakan ekspansi paru dan mengurangi statis sekresi paru) dengan cara berbaring dengan kedua tangan diletakkan diatas perut dibawah iga, kemudian tarik nafas perlahan-lahan dan dalam lewat hidung dan dikeluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut untuk membantu mengosongkan paru-paru.
2. Melatih gerakan pada lengan dengan cara pasien berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas. Kendurkan sedikit lengan kiri dan kencangkan lengan kanan dan tungkai kanan sehingga seluruh tubuh sebelah kanan menjadi kencang. Lakukan pada sisi tubuh yang sama.

3. Latihan jari tangan dengan gerakan abduksi dan adduksi selama setengah menit dengan cara menggerakkan tangan dengan membuka dan menggenggam lalu gerakan menjauh dan merapat selama setengah menit.
4. Latihan jari kaki yaitu dengan menggerakkan telapak kaki kiri dan kanan ke atas dan ke bawah seperti menjahit kemudian gerakan memutar pergelangan kaki dan menegangkan otot betis dan menekuk dan menggeser kaki.
5. Latihan miring kanan dan kiri
Lakukan miring ke salah satu sisi dengan bagian dasar tungkai fleksi sementara sisi yang lain fleksi pada paha dan lutut. Posisi ini membantu drainase cavitas abdomen untuk mencegah komplikasi pernafasan post pembedahan.
6. Pada hari kedua latihan semi fowler dengan cara meninggikan badan pasien 30 - 40°. Lakukan dengan perlahan untuk mengurangi perasaan pusing. Perhatikan frekuensi . jika nadi dan warna kulit, jika pasien mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan. Jika pusing hilang tempat tidur dinaikkan lagi selama 1 atau 2 jam. Bila tidak ada keluhan ubah posisi sampai posisi duduk.
7. Pada hari ketiga latihan duduk di tempat tidur dengan kaki menjuntai ke bawah tempat tidur. Dengan bantuan perawat pasien dianjurkan untuk meletakkan tangan kiri pada area insisi untuk meminimalkan tarikan jahitan, sedangkan tangan kanan berpegangan pada tempat tidur.

8. Latihan turun dari tempat tidur dan berjalan di sekitar tempat tidur dengan bantuan atau melakukan sendiri. Latihan ini dilakukan setelah pasien merasa kuat untuk berdiri.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan mobilisasi dini:

1. Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat karena bisa menyebabkan ibu terjatuh, apalagi bila kondisi ibu masih lemah.
2. Pastikan ibu melakukan gerakan mobilisasi dini secara bertahap, jangan terburu-buru.
3. Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena akan meningkatkan kerja jantung.

2.1.9. Upaya Mengatasi Defisit Pengetahuan Tentang Mobilisasi Dini

Pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Hal-hal yang 17 penting dalam defisit pengetahuan tentang mobilisasi dini adalah tentang edukasi pentingnya mobilisasi bagi ibu pasca partum. Memberikan penyuluhan kepada ibu post partum bahwa mobilisasi dini memiliki banyak manfaat seperti mencegah infeksi puerperium, melancarkan pengeluaran lochia, mempercepat involusi uterus, melancarkan fungsi gastointestinal dan perkemihan, serta meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga dapat mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

2.2 Konsep Involusi Uteri

2.2.1. Definisi Involusi Uteri

Involusi adalah perubahan retrogesif pada uterus yang menyebabkan

berkurangnya ukuran uterus, involusi puerperium dibatasi pada uterus dan apa yang terjadi pada organ dan struktur lain hanya dianggap sebagai perubahan puerperium. Involusi atau pengertian uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

2.2.2. Proses Penurunan Involusi Uteri

Involusi uteri dimulai setelah proses persalinan yaitu setelah plasenta dilahirkan. Proses involusi berlangsung kira-kira selama 6 minggu. Setelah plasenta terlepas dari uterus, fundus uteri dapat dipalpasi dan berada pada pertengahan pusat dan symphysis pubis atau sedikit lebih tinggi (Bahiyatun, 2014). Tinggi fundus uteri setelah persalinan diperkirakan sepusat atau 1 cm dibawah pusat. Proses involusi uteri yang terjadi pada masa nifas melalui tahapan berikut :

Proses penurunan involusi uteri sebagai berikut :

1. Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran jaringan otot-otot uterus yang tumbuh karena adanya hyperplasi, dan jaringan otot yang membesar menjadi lebih panjang 10 kali dan menjadi 5 kali lebih tebal dari sewaktu hamil, akan susut kembali mencapai keadaan semula.

2. Aktifitas otot-otot

Adanya retraksi dan kontraksi dari otot-otot setelah anak lahir yang di perlukan untuk menjepit pembulu darah yang pecah karena adanya kontaksi dan retraksi yang terus menerus ini menyebabkan terganggunya

predaran darah di dalam uterus yang mengakibatkan jaringan-jaringan otot-otot tersebut menjadi lebih kecil.

3. Ischemia, yaitu kekurangan darah pada uterus yang menyebabkan atropi pada jaringan otot uterus.
4. Efek Oksitosin (Kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hormon oksitoksin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostasis. Kontraksi dan retraksi otot uterus akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total. Selama 1 sampai 2 jam pertama post partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi teratur. Karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitoksin biasanya diberikan secara intravena atau intramuskuler segera setelah kepala bayi lahir.

2.2.3. Faktor yang Mempengaruhi Involusi Uteri

Faktor-faktor yang mempengaruhi involusi uteri diantaranya :

1. Senam nifas

Merupakan senam yang dilakukan pada ibu yang sedang menjalani masa nifas.

Tujuan senam: mempercepat pemulihan kondisi tubuh ibu setelah melahirkan, mencegah komplikasi yang mungkin terjadi selama masa nifas, memperkuat otot perut, otot dasar panggul, dan meperlancar sirkulasi pembuluh darah, membantu memperlancar terjadinya proses involusi uterus.

2. Mobilisasi dini

Aktifitas otot-otot adalah kontraksi dan retraksi dari otot-otot setelah bayi lahit, yang di perlukan untuk menjepit pembulu darah yang pecah karena adanya pelepasan plasenta dan berguna untuk mengeluarkan isi uterus yang tidak di perlukan, dengan adanya kontraksi dan retraksi yang terus menerus ini menyebabkan terganggunya predaran darah dalam uterus yang mengakibatkan jaringa otot kekurangan zat-zat yang di perlukan, sehingga ukuran jaringan otot-otot tersebut menjadi kecil.

3. Menyusui dini

Pada proses menyusui ada reflek let down dari isapan bayi mernagsang hipofise posterior mengeluarkan hormon oxytosin yang oleh darah hormon ini di angkat menuju uterus dan membantu uterus berkontraksi sehingga proses involusi uterus terjadi.

4. Status gizi

Tingkat kecukupan gizi seseorang yang sesuai dengan jenis kelamin dan usi. Status gizi yang kurang pada ibu post partum maka pertahanan pada dasar ligamentum latum yang terdiri dari kelompok infiltrasi sel-sel bulat yang di samping mengadakan pertahanan terhadap penyembuhan kuman bermanfaat pula untuk menghilangkan jaringan nefrotik, pada ibu post

partum dengan status gizi yang baik akan mampu menghindari serangan kuman sehingga tidak terjadi infeksi dalam masa nifas dan mempercepat proses involusi uterus.

5. Faktor Usia

Pada ibu yang usianya lebih tua banyak di pengaruh oleh proses penuaan, dimana proses penuaan terjadi peningkatan jumlah lemak. Penurunan elastisitas otot dan penurunan penyerapan protein pada proses penuaan , maka hal ini akan menghambat involusi uteri.

6. Faktor Parietas

Parietas mempengaruhi invousi uterus, otot-otot yang terlalu sering teregang memerlukan waktu yang lama.

7. Psikologis

Terjadi pada pasien *post partum blues* merupakan perubahan perasaan yang di alami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Ditinjau dari faktor hormonal, kadar estrogen, progesteron, prolaktin, estriol yang terlalu tinggi maupun yang terlalu rendah.Kadar estrogen yang rendah pada ibu post partum memberikan efek pada aktifitas enzim otak yang bekerja mengaktifkan baik hormon adrenalin maupun serotonin yang memberikan efek pada suasana hati dan kejadian depresi pada ibu post partum.

2.2.4. Bagian Bekas Implantasi Plasenta

Bagian bekas implantasi plasenta diantaranya :

1. Bekas implantasi plasenta segera setelah plasenta lahir seluas 12x5cm, permukaan kasar, dimana pembuluh darah besar bermuara.

2. Pada pembuluh darah terjadi pembentukan trombosis disamping pembuluh darah tertutup karena kontraksi otot rahim.
3. Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu kedua sebesar 6 - 8 cm dan pada akhir masa nifas sebesar 2 cm.
4. Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lokhea.
5. Luka bekas implantasi plasenta akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasa 1 dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium.
6. Luka sembuh sempurna pada 6 - 8 minggu post partum (Sarwono, 2002).

2.2.5. Pengukuran Involusi Uteri

Pengukuran involusi dapat dilakukan dengan mengukur tinggi fundus uteri, kontraksi uterus dan juga dengan pengeluaran lokia.

a. Tinggi Fundus Uterus (TFU)

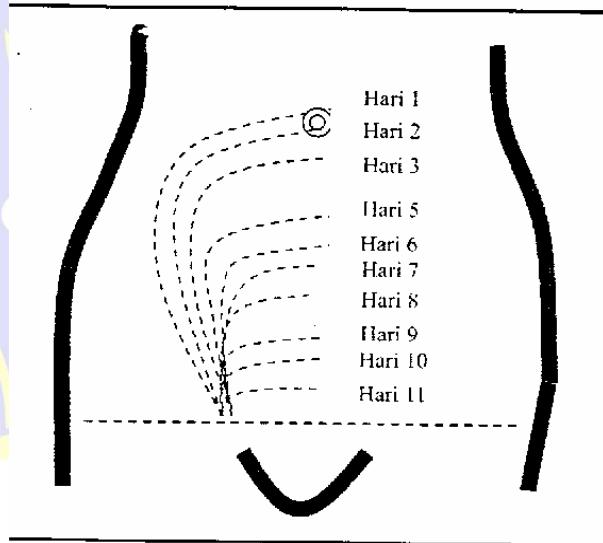
Setelah bayi dilahirkan, uterus yang selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Pada hari pertama ibu nifas tinggi fundus uteri kira-kira satu jari bawah pusat (1 cm). Pada hari ke-5 nifas uterus menjadi $\frac{1}{3}$ jarak antara symphisis ke pusat. Dan hari ke 10 fundus sukar diraba di atas symphisis. Tinggi fundus uteri menurun 1 cm tiap hari. Secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Perubahan tinggi fundus uteri pada masa nifas dapat dilihat pada gambar dan tabel di bawah ini :

Tabel 1.1 Perubahan Uterus Selama Post Partum (Susanti, 2016)

Waktu	TFU	Berat Uterus	Diameter Bekas Melekat Plasenta	Keadaan Servik
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
12 jam	Sekitar 12 – 13 cm dari atas symphysis atau 1 cm dibawah pusat/sepusat	-	-	-
3 hari	3 cm dibawah pusat selanjutnya turun 1 cm/hari	-	-	-
Hari ke-7	5-6 cm dari pinggir atas symphysis atau $\frac{1}{2}$ pusat symphysis	450-500 gr	7,5 cm	2 cm
Hari ke-14	Tidak teraba	200 gr	5 cm	1 cm
Hari ke-40	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

involusi dapat diamati dari luar dengan memeriksa fundus uteri sebagai berikut :



Gambar 2.1 Tinggi fundus uteri masa nifas (Sumber : Pusdiknakes, 2013).

Involusi dapat diamati dari luar dengan memeriksa fundus uteri sebagai berikut :

Segara setelah melahirkan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari, dan pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat. Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat sampai symphysis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi :

1. Penentuan lokasi uterus

Dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser kesalah satu sisi.

2. Penentuan ukuran uterus

Dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.

3. Penentuan konsistensi uterus

Ada dua ciri konsistensi uterus yaitu keras teraba sekeras batu dan uterus lunak dapat dilakukan, terasa mengeras dibawah jari-jari ketika tangan melakukan masase pada uterus.

Bila uterus mengalami atau terjadi kegagalan dalam involusi disebut *subinvolusi*. *Subinvolusi* sering disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta dalam uterus sehingga proses involusi uterus tidak berjalan dengan normal tau terhambat, bila subinvolusi uterus tidak di tangani dengan baik akan mengakibatkan perdarahan yang berlanjut atau *postpartum haemorrhage*. Ciri-ciri subinvolusi atau proses involusi yang abnormal diantaranya: tidak secara progresif dalam pengembalian

ukuran uterus, uterus teraba lunak dan kontraksi nya buruk, sakit pada punggung atau nyeri pada pelvik yang persisten, perdarahan pervagina abnormal seperti perdarahan segar, lochea, rubra banyak, persisten dan berbau busuk (Safrina, 2016).

2.3 Konsep *Sectio Caesarea*

2.3.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). APLIKASI, 2015). *Sectio caesarea* adalah persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Rukiyah, 2022).

2.3.2 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Penyebab *Sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain:CPD (*Cepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir (Rukiyah, 2022).

2. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress atau gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Rukiyah, 2022).

2.3.3 Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus diilakukan tindakan Sectio caesarea, bahkan sekarang Sectio caesarea menjadi salah satu pilihan persalinan. Adanya beberapa hambatan ada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, rupture sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, distokksia service dan mall presentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Sectio caesarea (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami mobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah deficit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah

semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Rukiyah, 2022).

2.3.4 Manifestasi Klinis

Menurut Rukiyah (2022) Tanda dan gejala yang muncul sehingga memungkinkan untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* adalah :

- a. Fetal distress
- b. His lemah/melemah
- c. Janin dalam posisi sungsang atau melintang
- d. Bayi Besar (BBL $\geq 4,2$ kg)
- e. Plasenta previa
- f. Kelainan letak
- g. Disproporsi cevalo-pelvik (ketidakseimbangan antar ukuran kepala dan panggul)
- h. Rupture uteri mengancam
- i. Hydrocephalus
- j. Primi muda atau tua
- k. Panggul sempit
- l. Problema plasenta

2.3.5 Jenis operasi *Sectio Caesarea* (SC)

Jenis operasi *Sectio Caesarea* menurut (Nurarif & Kusuma, 2015).

1. Jenis operasi *Sectio caesarea* :

Sectio caesarea abdomen

Sectio caesarea transperitonealis

2. *Sectio caesarea vaginalis* :

Menurut arah sayatan pada rahim, *Sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Sayatan memanjang (longitudinal)
- b. Sayatan melintang (transversal)
- c. Sayatan huruf T (T-Incision)
- d. Setiocaesarea klasik (Corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim (low cervical transversal) kira-kira sepanjang 10 cm tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlekatan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

3. *Setiocaesarea ismika* (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim (low servical transversal) kira-kira sepanjang 10 cm.

2.3.6 Klasifikasi *Sectio Caesarea* (SC)

1. Segmen bawah : Insisi melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdominam yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga Rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmenn bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

2. Segmen bawah : Insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi

melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3. *Sectio Caesarea* klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hampir sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan *Sectio Caesarea* klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen di atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah (Rukiyah, 2022).

4. *Sectio Caesarea Extraperitoneal*

Pembedahan Extraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *Sectio Caesarea* Extraperitoneal, seperti metode Waters, Latzko, dan Norton. T. teknik pada prosedur ini relative lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacum peritoneal dan isidensi cedera vesica urinaria meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasus-kasus tertentu.

5. *Histerektomi Caesarea*

Pembedahan ini merupakan *Sectio Caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtotal lebih mudah

dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pemembedahan subtotal menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaiannya secepat mungkin.

2.3.7 Indikasi *Sectio Caesarea*

1. Indikasi yang berasal dari ibu

Adapun penyebab *Sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir (Rukiyah, 2022).

2. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress atau janin besar melebihi 4.000 gram, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

Dari beberapa faktor *sectio caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa indikasi di lakukannya *sectio caesarea* sebagai berikut :

a. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkar panggul ibu

tidak sesuai dengan ukuran lingkar kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadinya in partus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas minggu ke 37, sedangkan di bawah 36 minggu.

d. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *sectio caesarea*. Hal ini

karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi.

e. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

f. Kelainan letak janin

1) Kelainan pada letak kepala

Letak kepala tengah bagian bawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

2) Presentasi muka

Letak kepala tengah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi kira-kira 0,27 – 0,5%.

3) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

g. Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong

kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin, 2015).

2.3.8 Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea yang tidak dapat dilakukan dalam situasi berikut :

1. Jika janin sudah meninggal atau dalam kondisi yang buruk, peluang untuk bertahan hidup sangat kecil. Dalam kasus ini, tidak ada alasan untuk operasi berbahaya yang tidak perlu.
2. Jika jalan lahir ibu mengalami infeksi secara luas dan tidak ada fasilitas untuk operasi caesarea extraperitoneal.
3. Jika ahli bedah tidak berpengalaman dan kondisinya tidak kondusif untuk operasi, atau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai.

2.3.9 Keuntungan dan Kerugian *Sectio Caesarea*

Sebelum keputusan untuk melakukan tindakan *sectio caesarea* diambil, harus dipertimbangkan secara teliti dengan resiko yang mungkin terjadi. Pertimbangan tersebut harus berdasarkan penelitian pra bedah secara lengkap yang mengacu pada syarat-syarat pembedahan dan pembiusan dalam menghadapi kasus gawat darurat (Rukiyah, 2022)..

Tindakan *sectio caesarea* memang memiliki keuntungan dan kerugian. Keuntungannya diantara lain adalah proses melahirkan memakan waktu yang lebih singkat, rasa sakit minimal, dan tidak mengganggu atau melukai jalan lahir. Sedangkan kerugian tindakan ini dapat menimpa baik ibu atau bayi dikandungannya (Rukiyah, 2022).

1. Kerugian yang dapat menimpa ibu diantara lain :

- a) Resiko kematian empat kali lebih besar dibandingkan persalinan

normal.

- b) Darah yang dikeluarkan dua kali lipat dibandingkan persalinan normal.
 - c) Rasa nyeri dan penyembuhan luka pasca operasi lebih lama dibandingkan persalinan normal.
 - d) Jahitan bekas operasi beresiko terkena infeksi sebab jahitan itu berlapis-lapis dan proses keringnya bisa tidak merata.
 - e) Perlekatan organ bagian dalam karena noda darah tidak bersih.
 - f) Kehamilan dibatasi dua tahun setelah operasi
 - g) Harus di *caesarea* lagi saat melahirkan kedua dan seterusnya.
 - h) Pembuluh darah kandung kemih bisa tersayat pisau bedah.
 - i) Air ketuban masuk pembuluh darah yang bisa mengakibatkan kematian mendadak saat pencapaian paru-paru dan jantung.
2. Sedangkan kerugian yang dapat menimpa bayi antara lain :
- a) Resiko kematian 2-3 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang lahir melalui proses persalinan biasa.
 - b) Cenderung mengalami sesak nafas karena cairan dalam paru-parunya tidak keluar. Pada bayi yang lahir normal, cairan itu keluar saat terjadinya tekanan.
 - c) Sering mengantuk karena obat penangkal nyeri yang diberikan kepada sang ibu juga mengenai bayi.

2.3.10 Perubahan Fisiologi dan Psikologi Post *Sectio Caesarea*

1. Perubahan fisiologi

- a) Involusi uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga

akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Otot uterus berkontraksi segera pada post partum. Pembulu-pembulu darah yang berada diantara otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan plasenta lahir (Rukiyah, 2022).

b) Servik

Serviks biasanya menjadi sangat lembek, lendur, dan terkulai, serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama dibagian anterior, serviks akan dilihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan, biasanya serviks retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat 4 minggu post partum (Rukiyah, 2022)..

c) Payudara (Mammae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alamai. Laktasi adalah proses pembentukan dan pengeluaran ASI. Fisiologi laktasi itu sedangkan prolaktin meningkat. Hisapan bayi pada puting susu mengacu atau merangsang sendiri adalah pada saat persalinan hormon estrogen dan progesteron menurun kelenjar hipofise anterior untuk memproduksi atau melepaskan prolaktin sehingga terjadi sekresi ASI. Pada wanita menyusui involusi menjadi lebih efisien, yang kemungkinan berkaitan dengan peningkatan aliran oksitosin (meningkat kontraksi, retraksi, serat otot uterus). Hal ini berarti bahwa involusi akan berlangsung lebih lambat bila uterus tidak dapat melakukan kontraksi, reaksi secara efektif (Rukiyah, 2022).

2. Perubahan Psikologis

a) Fase taking in atau tahap tergantungan

Fase taking pada hari 1-2 post partum, perhatian ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanannya yang di alami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan.

b) Fase Taking Hold

Fase selanjutnya adalah fase dimana psikologis ibu sudah mulai bisa menerima keadaan. Seorang ibu nifas pada fase ini akan mulai belajar untuk melakukan perawatan bayinya. Tugas pendamping dan keluarga adalah memberikan dukungan dan komunikasi yang baik agar ibu merasa mampu melewati fase ini. Periode ini biasanya berlangsung 3-10 hari.

c) Fase Letting Go atau saling ketergantungan

Fase ini dimana seorang ibu nifas sudah menerima tanggung jawab pada minggu ke 5-6 pasca kelahiran dan peran barunya sebagai seorang ibu. Seorang ibu nifas pada masa ini sudah mampu melakukan perawatan diri sendiri dan bayinya dan sudah mampu menyesuaikan diri.

2.3.11 Resiko Bedah *Sectio Caesarea*

Menurut (Rukiyah, 2022) Resiko atau efek samping melahirkan *Sectio Caesarea* mencangkup :

1. Masalah yang muncul akibat bius yang digunakan dalam pembedahan dan obat-obatan penghilang nyeri sesudah bedah *Setiocaesarea*.

2. Peningkatan insidensi infeksi dan kebutuhan akan antibiotic.
3. Perdarahan yang lebih berat dan peningkatan resiko perdarahan yang dapat menimbulkan anemia atau memerlukan transfusi darah.
4. Rawat inap yang lebih lama, yang meningkatkan biaya persalinan.
5. Nyeri pasca bedah yang berlangsung berminggu-minggu atau berbulan-bulan dan membuat sulit merawat diri sendiri, merawat bayi, ataupun kakak-kakaknya.
6. Resiko timbulnya masalah dari jaringan parut atau perlekatan di dalam perut.
7. Kemungkinan cederanya organ-organ lain (usus besar atau kandung kemih) dan resiko pembentukan bekuan darah dikaki dan daerah panggul.
8. Peningkatan resiko masalah pernapasan dan temperatur untuk bayi baru lahir.
9. Tingkat kemandulan yang lebih tinggi dibanding pada wanita dengan melahirkan lewat vagina.
10. Peningkatan resiko plasenta previa atau plasenta yang tertahan pada kehamilan berikutnya.
11. Peningkatan kemungkinan harus dilakukannya bedah Caesar pada kehamilan berikut.

2.3.12 Komplikasi

Komplikasi pada *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1. Infeksi Puerferal (nifas)
 - a) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.

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

2. Perdarahan karena :

- a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - b) Atonia uteri.
 - c) Perdarahan pada placental bed.
3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

2.3.13 Pemeriksaan Penunjang

- 1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2. Pemantauan EKG
- 3. JDL dengan diferensial
- 4. Elektrolit
- 5. Hemoglobin/Hematokrit
- 6. Golongan Darah
- 7. Urinalis
- 8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 9. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- 10. Ultrasound sesuai pesanan.

2.3.14 Penatalaksanaan Post Sectio Caesarea

Penatalaksanaan post *sectio caesarea* antara lain :

1. Kesadaran penderita

a. Pada anastesi lumbal :

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

b. Pada anastesi umum :

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

2. Mengukur dan memeriksa tanda-tanda vital.

a. Pengukuran

Kaji tanda-tanda vital setiap 5 menit sampai stabil, kemudian setiap 15 menit selama satu jam, kemudian setiap 30 menit selama 8 jam.

1) Tensi, nadi, temperatur dan pernapasan

2) Keseimbangan cairan melalui urin, dengan perhitungan :

a. Produksi urine normal 500 – 600 cc

b. Pernapasan 500 – 600 cc

c. Pemberian cairan pengganti sekitar 2000-2500 cc dengan perhitungan 20 tetes per menit (=1 CC/menit), infus setelah operasi sekitar 2x24 jam.

b. Pemeriksaan Paru

1) Kebersihan jalan napas

2) Ronki basah; untuk mengetahui adanya edema perut.

a) Bising usus menandakan berfungsinya usus (dengan adanya

flatus)

- b) Perdarahan lokal pada luka operasi
- c) Konstraksi rahim; untuk menutup pembuluh darah.

Perdarahan per vaginam :

- d) Evaluasi pengeluaran lokhia
- e) Atonia uteri meningkatkan perdarahan
- f) Perdarahan berkepanjangan.

c. Profilaksis antibiotika

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

Pertimbangan pemberian antibiotika :

- 1) Bersifat profilaksis
- 2) Bersifat terapi karena sudah terjadi infeksi
- 3) Berpedoman pada hasil tes sensitifitas
- 4) Kualitas antibiotika yang akan diberikan

3. Cara pemberian antibiotika

Paling tepat adalah berdasarkan hasil tes sensitifitas, tetapi memerlukan waktu 5-7 hari, sehingga sebagian besar pemberian antibiotika dengan dasar adjuvans. Jika terdapat infeksi, berikan antibiotika kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam :

- a) Ampisilin 2 gr IV setiap 6 jam
- b) Ditambah gentamicin 5 mg/kg BB IV setiap 24 jam

c) Ditambah metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam

4. Perawatan luka insisi

- a) Luka insisi dibersihkan dengan larutan desinfektan lalu ditutup dengan kain penutup luka secara periodik luka dibersihkan dan diganti
- b) Jahitan diangkat pada hari ke 6-7 post operasi diperhatikan apakah luka sembuh atau dibawah luka terdapat eksudat
- c) Jika luka dengan eksudat sedikit, ditutup dengan band aid operatif dressing
- d) Jika luka dengan eksudat sedang ditutup dengan regal filmatedswabs atau pembalut luka lainnya
- e) Jika luka dengan eksudat banyak, ditutup dengan surgipad atau dikompres dengan cairan suci hama lainnya, sedangkan untuk memberikan kenyamanan bergerak bagi penderitanya sebaiknya dipakai gurita.

5. Mobilisasi penderita

Konsep mobilisasi dini tetap merupakan konsepsi dasar, sehingga pulihnya alat vital dapat segera tercapai

a. Mobilisasi fisik

- 1) Miring kekanan dan kekiri dimulai -1 jam pasca operasi (setelah sadar)
- 2) Hari kedua penderita dapat duduk selama 5 menit dan hari 3-5 mulai belajar berjalan
- 3) Infus dan kateter dibuka pada hari kedua atau ketiga

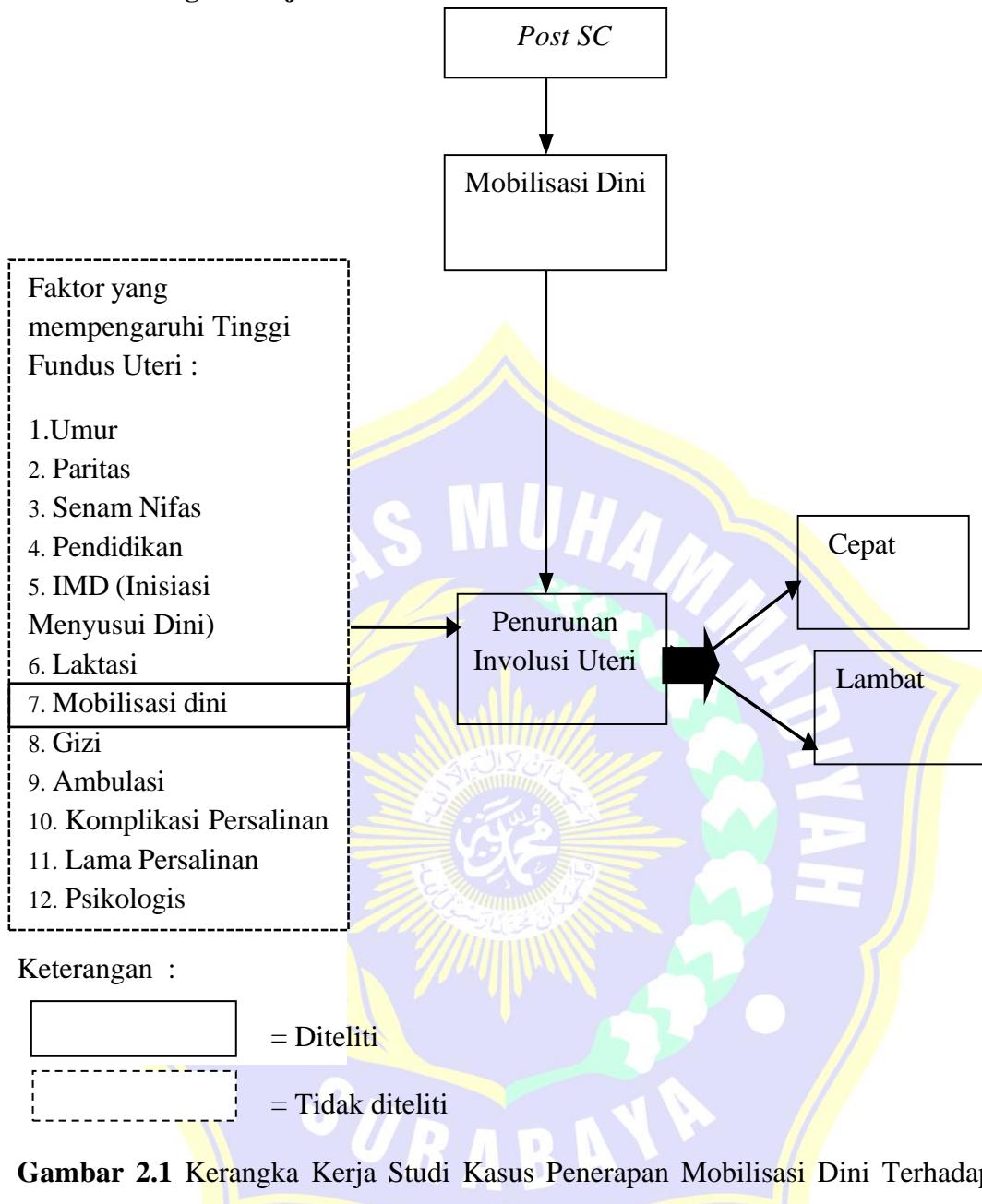
- b. Mobilisasi usus
 - 1) Setelah hari pertama dan keadaan baik, penderita boleh minum
 - 2) Diikuti dengan makan bubur saring dan pada hari kedua-ketiga makan bubur
 - 3) Hari keempat-kelima nasi biasa dan boleh pulang.

6. Nasehat Pasca Operasi

Hal-hal yang dianjurkan pasca operasi antara lain :

- a. Dianjurkan jangan hamil kurang lebih satu tahun dengan memakai alat kontrasepsi
- b. Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan antnatal yang baik
- c. Bersalin di rumah sakit yang besar
- d. Apakah persalinan berikutnya harus dengan sectio caesarea tergantung diindikasi sectio caesarea dan keadaan pada kehamilan berikutnya.

2.4 Kerangka Kerja



Gambar 2.1 Kerangka Kerja Studi Kasus Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Involusi Uteri Pada Pasien Post SC Di Rumah Sakit DKT Sidoarjo

Pada kerangka kerja yang diteliti adalah penurunan involusi uteri pada pasien post sc dengan penerapan mobilisasi dini. Proses penurunan involusi uteri terjadi cepat atau lambat berpengaruh pada mobilisasi dini yang dilakukan oleh pasien post sc.