

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Masa Nifas

1. Definisi post partum

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut puerperium yaitu masa sesudah persalinan untuk pulihnya kembali akat kandungan yang lamanya 6 minggu. Post partum adalah masa 6 minggu setelah bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2010)

2. Tahapan masa nifas

Menurut Ari sulistyawati (2009) , masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu

a. Puerperium dini

Merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap bersih dan boleh bekerja Selama 40 hari.

b. Puerperium intermedial

Merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

c. Remote puerperium

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

3. Perubahan fisik masa nifas (Walyani & Purwoastuti, 2015)

- 1) Rasa kram dan mules dibagian bawah perut akibat penciutan rahim (involusi)
- 2) Keluarnya sisa-sisa darah dari vagina (*lochea*)
- 3) Kelelahan karena proses melahirkan
- 4) Pembentukan ASI sehingga payudara membesar
- 5) Kesulitan buang air besar (BAB) dan (BAK)
- 6) Gangguan otot (betis, dada, perut, panggul, dan bokong)
- 7) Perlukaan jalan lahir (lecet atau jahitan)

B. Konsep Sectio Caesarea

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2010).

Operasi Caesar atau sering disebut dengan *sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus) (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012)

Sectio caesarea adalah prosedur operatif yang dilakukan di bawah *anestesia* sehingga janin, *plasenta* dan ketuban dilahirkan melalui *insisi* dinding *abdomen* dan *uterus* serta dilakukan setelah *viabilitas* tercapai (Cooper, 2009).

2. Jenis – jenis *Sectio caesarea*

Menurut Sofian (2013) klasifikasi *sectio caesarea* yaitu :

a. Abdomen (*Sectio caesarea* Abdominalis)

Sectio caesarea transperitonealis :

- 1) *Sectio caesarea* klasik atau korporal insisi memanjang pada korpus uterus
- 2) *Sectio caesarea* ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim
- 3) *Sectio caesarea* ekstraperitonealis, yaitu *sectio caesarea* tanpa membuka peritoneum perietale, dengan demikian, tidak membuka kavum abdominalis

b. Vagina (*Sectio caesarea vaginalis*)

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

- 1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig
- 2) Sayatan melintang (transversal) menurut kerr
- 3) Sayatan huruf T (*T-incision*)

c. *Sectio caesarea* klasik (korporal)

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

Kelebihan :

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

Kekurangan :

- 1) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reinitonealisasi yang baik
- 2) Pada persalinan berikutnya, lebih mudah terjadi rupture uteri spontan.

Saat ini, teknik tersebut sudah jarang dipergunakan karena banyak kekurangannya, namun pada kasus-kasus tertentu,

seperti pada kasus operasi berulang memiliki banyak perlengkapan organ, *sectio caesarea* klasik ini dapat dipertimbangkan.

d. *Sectio caesarea* ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (low cervical transfersal) kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- 1) Penjahitan luka lebih mudah
- 2) Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- 3) Tumpang tinding peritoneal flap sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga periotoneum
- 4) Perdarahan kurang
- 5) Dibandingkan dengan cara klasik, kemungkinan ruptur uteri spontan lebih kecil

Kekurangan :

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

3. Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2012) etiologi *Sectio Caesarea* yaitu

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvic (disporposi janin/panggul) ada, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul. Plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes melitus) gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress atau gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, proplatus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

c. Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Oxon & Forte (2010), kontraindikasi *sectio caesarea* dibagi tiga yaitu :

- 1) Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan

- 2) Kalau janin lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk *caesarea extraperitoneal* tidak tersedia
- 3) Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman, kalau keadaanya tidak menguntungkan bagi pembedahan atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai

d. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Sofian (2012), komplikasi *sectio caesarea* yaitu :

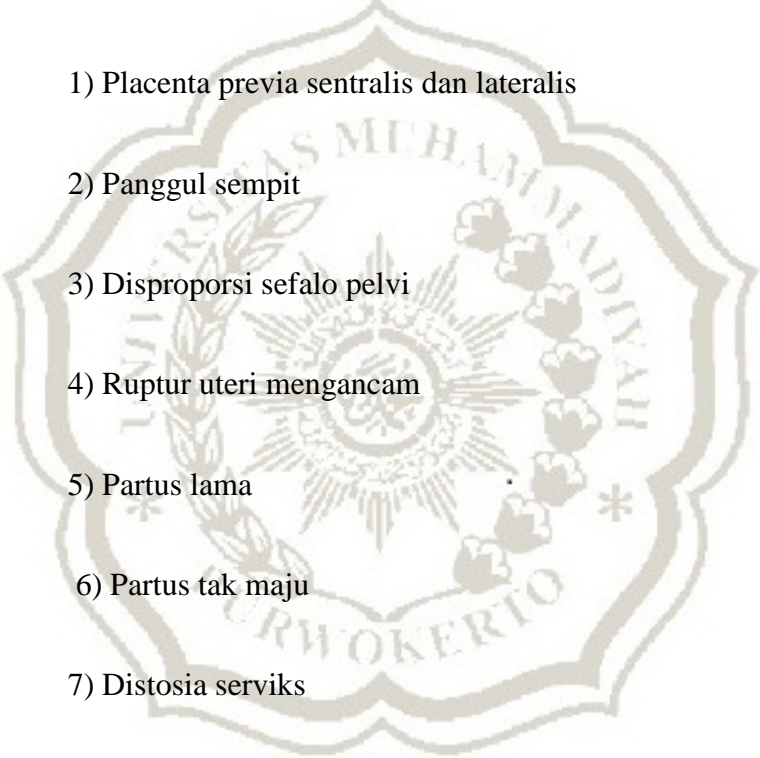
- 1) Infeksi puerperal (nifas)
 - a) Ringan : dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
 - b) Sedang : dengan kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - c) Berat : dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik, infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban telah pecah terlalu lama.

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

- 2) Perdarahan karena :
 - a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
 - b) Atonia uteri

- c) Perdarahan pada placentar bed
- 3) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperiyoialisasi terlalu tinggi
- 4) Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang

f. Macam-macam indikasi dilakukannya *sectio cesarea*

- 
- 1) Placenta previa sentralis dan lateralis
 - 2) Panggul sempit
 - 3) Disproporsi sefalo pelvi
 - 4) Ruptur uteri mengancam
 - 5) Partus lama
 - 6) Partus tak maju
 - 7) Distosia serviks
 - 8) Pre eklampsi dan Hipertensi
 - 9) Malprsentasi janin
 - 10) Gamelli

D. Konsep Mobilisasi Dini

1. Definisi Mobilisasi Dini

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

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

Mobilisasi dini adalah kebijakan untuk secepat mungkin untuk membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin untuk berjalan (Manuaba,2004)

2. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan mobilisasi adalah mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernapasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal memenuhi kebutuhan gerak harian, dan memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi dan berkomunikasi. Tujuan mobilisasi dini adalah menurunkan kejadian komplikasi thrombosis vena, emboli paru, pneumonia dan retensi urin serta meningkatkan kepuasan pasien dan mengurangi long of stay (LOS) lama hari rawat pasien (Samuel, 2011).

3. Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Potter & Perry (2006), ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari dilakukannya mobilisasi dini pada klien, yaitu:

a) Sistem respiratori

Meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernapasan diikuti oleh laju istirahat kembali lebih cepat juga dapat meningkatkan ventilasi alveolar (normal 5-6 L/mnt), menurunkan kerja pernapasan,

meningkatkan pengembangan diafragma jika mengubah posisi pasien 2 jam sekali.

b) Sistem kardiovaskuler

Meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, menguatkan otot jantung dan menyuplai darah ke jantung dan otot yang sebelumnya terjadi pengumpulan darah pada bagian ekstermitas, menurunkan tekanan darah istirahat, serta memperbaiki aliran balik vena. Jumlah darah yang dipompa oleh jantung (*cardiac output*) normal nya adalah 5 L/mnt, dengan melakukan mobilisasi meningkat sampai 30 L/mnt.

c) Sistem metabolik

Meningkatkan laju metabolisme basal dimana apabila pasien melakukan aktivitas berat maka kecepatan metabolisme dapat meningkat hingga 20 kali dari kecepatan normal, meningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak, meningkatkan pemecahan trigliserida, meningkatkan motilitas lambung, serta meningkatkan produksi panas tubuh.

d) Menurunkan insiden komplikasi

Mencegah hipotensi/ tekanan darah rendah, otot mengecil, hilangnya kekuatan otot, konstipasi, meningkatkan kesegaran tubuh, dan mengurangi tekanan pada kulit yang dapat mengakibatkan kulit menjadi merah atau bahkan lecet.

e) Sistem muskuloskeletal

Memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, mengurangi kehilangan tulang, meningkatkan toleransi aktivitas dan mengurangi kelemahan pada pasien.

Menurut Kasdu (2003 dalam Dewi 2011), dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uterus akan keras, maka resiko perdarahan abnormal dapat di hindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka. Mobilisasi dini tidak hanya mempercepat kesembuhan luka post tetapi juga memulihkan kondisi tubuh ibu jika dilakukan dengan benar dan tepat. Mobilisasi dini atau gerakan sesegera mungkin bisa mencegah aliran darah terhambat.

Menurut Klik (2009), mobilisasi dini dilakukan secara teratur menyebabkan sirkulasi darah lancar sehingga jaringan insisi yang mengalami cedera akan mendapatkan zat-zat esensial untuk penyembuhan, seperti oksigen, asam amino, vitamin dan mineral. Oleh karena itu disarankan oleh ibu untuk sesegera mungkin melakukan mobilisasi dini.

4. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu pasca seksio sesarea (Kasdu 2003) salam Purnawati 2014 yaitu :

- a. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca seksio sesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menenangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
- b. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli.
- c. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
- d. Setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan.

5. Pelaksanaan Mobilisasi

Menurut Aliahani (2010) pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post partum *sectio caesarea* terdiri dari:

a. Hari ke 1:

- 1) Berbaring miring ke kanan dan ke kiri yang dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah ibu sadar.
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan ibu sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar

b. Hari ke 2 :

- 1) Ibu dapat duduk 5 menit dan minta untuk bernafas dalam-dalam lalu menghembuskannya disertai batuk-batuk kecil yang gunanya untuk melonggarkan pernafasan dan sekaligus menumbuhkan kepercayaan pada diri ibu bahwa ia mulai pulih.
- 2) Kemudian posisi tidur terlentang dirubah menjadi setengah duduk.
- 3) Selanjutnya secara berturut- turut, hari demi hari ibu yang sudah melahirkan dianjurkan belajar duduk selama sehari.

c. Hari ke 3 sampai ke 5

- 1) Belajar berjalan kemudian berjalan sendiri pada hari setelah operasi.
- 2) Mobilisasi secara teratur dan bertahap serta diikuti dengan istirahat dapat membantu penyembuhan luka.

Sedangkan menurut (Handiani, 2009) prosedur pelaksanaan mobilisasi terdiri dari :

a. Hari 1 – 4

- 1) Membentuk lingkaran dan meregangkan telapak tangan Ibu berbaring di tempat tidur, kemudian bentuk gerak lingkaran dengan telapak tangan kaki satu demi satu. Gerakan ini seperti sedang menggambar sebuah lingkaran dengan ibu jari kaki ke satu arah, lalu kearah lainnya. Kemudian regangkan masing-masing telapak kaki dengan cara menarik jari-jari kaki ibu ke arah betis, lalu

balikkan ujung telapak kaki ke arah sebaliknya sehingga ibu merasakan otot betisnya berkontraksi. Lakukan gerakan ini dua atau tiga kali sehari.

2) Bernafas dalam-dalam, Berbaring dan tekukkan kaki sedikit.

Tempatkan kedua tangan ibu di bagian dada atas dan tarik nafas. Arahkan nafas ke arah tangan ibu, lalu tekanlah dada saat ibu menghembus nafas. Kemudian tarik nafas sedikit lebih dalam. Tempatkan kedua tangan diatas tulang rusuk, sehingga ibu dapat merasakan paru-paru mengembang, lalu hembuskan nafas seperti sebelumnya. Cobalah untuk bernafas lebih dalam sehingga mencapai perut. hal ini akan merangsang jaringan-jaringan disekitar bekas luka. Sanggah insisi ibu dengan cara menempatkan kedua tangan secara lembut diatas daerah tersebut. Kemudian, tarik dan hembuskan nafas yang lebih dalam lagi beberapa kali. Ulangi sebanyak tiga atau empat kali (Handiani, 2009).

3) Duduk tegak

Tekuk lutut dan miring ke samping, putar kepala ibu dan gunakan tangan-tangan ibu untuk membantu dirinya ke posisi duduk. Saat melakukan gerakan yang pertama, luka akan tertarik dan terasa sangat tidak nyaman, namun teruskan berusaha dengan bantuan lengan sampai ibu berhasil duduk. Pertahankan posisi itu selama beberapa saat. Kemudian, mulailah memindahkan berat tubuh ketangan, sehingga ibu dapat menggoyangkan pinggul ke arah

belakang. Duduk setegak mungkin dan tarik nafas dalam beberapa kali. Luruskan tulang punggung dengan cara mengangkat tulang-tulang rusuk. Gunakan tangan ibu untuk menyangga insisi. Cobalah batuk 2 atau 3 kali (Handiani, 2009).

4) Bangkit dari tempat tidur

Gerakkan tubuh ke posisi duduk. Kemudian gerakkan kaki pelan-pelan kesisi tempat tidur. Gunakan tangan ibu untuk mendorong ke depan dan perlahan turunkan telapak kaki ke lantai. Tekanlah sebuah bantal dengan ketat diatas bekas luka ibu untuk menyangga. Kemudian cobalah bagian atas tubuh ibu. Cobalah meluruskan seluruh tubuh lalu luruskan kaki-kaki ibu (Aliahani, 2010).

5) Berjalan

Dengan bantal tetap tertekan diatas bekas luka, berjalanlah kedepan. Saat berjalan usahakan kepala tetaptetegak, bernafas lewat mulut. Teruslah berjalan selama beberapa menit sebelum kembali ke tempat tidur (Handiyani, 2009).

6) Berdiri dan meraih

Duduklah di bagian tepi tempat tidur, angkat tubuh hingga berdiri. Pertimbangkanlah untuk mengontraksikan otot-otot punggung agar dada mengembang dan merenggang, cobalah untuk mengangkat tubuh, mulai dari pinggang perlahan-lahan, melawan dorongan alamiah untuk membungkuk, lemaskan tubuh kedepan selama satu menit (Handiani, 2009).

7) Menarik perut

Berbaringlah di tempat tidur dan kontraksikan otot-otot dasar pelvis, dan cobalah untuk menarik perut. Perlahan lahan letakkan kedua tangan diatas bekas luka dan berkontraksilah untuk menarik perut menjauhi tangan ibu, lakukan 5 kali tarikan dan lakukan 2 kali sehari.

8) Saat menyusui

Tarik perut sembari menyusui. Kontraksikan otot-otot perut selama beberapa detik lalu lemaskan. Lakukan 5 sampai 10 kali setiap kali ibu menyusui (Alihani, 2010).

6. Hambatan Melaksanakan Mobilisasi

Menurut Zanni & Needham (2010), ada beberapa hambatan dalam melaksanakan mobilisasi, diantaranya :

- a. Gejala fisik yang dialami pasien seperti merasakan lemah, nyeri dan kelelahan.
- b. Kurangnya tenaga kesehatan untuk membantu dan membimbing pasien ketika melakukan mobilisasi.
- c. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran pasien tentang pentingnya melakukan mobilisasi post pembedahan.

7. Kerugian ibu nifas yang tidak melakukan mobilisasi

Beberapa kerugian ibu nifas yang tidak melakukan mobilisasi;

- a. Komplikasi pada kandung kemih
- b. Konstipasi
- c. Trombosis vena masa nifas
- d. Menyebabkan peningkatan suhu tubuh karena adanya infeksi
- e. Gangguan pernafasan yaitu secret akan terakumulasi pada saluran pernafasan yang akan berakibat klien sulit batuk dan mengalami gangguan bernafas
- f. Pada system kardiovaskuler terjadi hipotensi ortostatik yang disebabkan oleh system saraf otonom tidak dapat menjaga keseimbangan suplai darah sewaktu berdiri dari berbagai dalam waktu yang lama
- g. Pada gastrointestinal terjadi anoreksia diare atau konstipasi. Anoreksia disebabkan oleh adanya gangguan metabolisme yang mengakibatkan ketidakseimbangan nitrogen karena adanya kelemahan otot serta kemunduran reflek deteksi, maka pasien dapat mengalami konstipasi.

8. Hal- hal yang harus diperhatikan dalam mobilisasi

- a. Janganlah terlalu cepat untuk melakukan mobilisasi dini sebab bisa menyebabkan ibu terjatuh terutama bila kondisi ibu masih lemah atau memiliki penyakit jantung. Apabila mobilisasinya terlambat

juga dapat menyebabkan terganggunya fungsi organ tubuh, aliran darah, serta terganggunya fungsi otot.

- b. Ibu post partum harus melakukan mobilisasi secara bertahap.
- c. Kondisi ibu post partum akan segera pulih dengan cepat bila melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, dimana sistem sirkulasi dalam tubuh bisa berfungsi normal.

9. Faktor –faktor yang mempengaruhi mobilisasi

Mobilisasi yang dilakukan secara dini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

- a. faktor fisiologis seperti nyeri, peningkatan suhu tubuh, perdarahan
- b. faktor emosional yakni kecemasan, motivasi, social support
- c. faktor perkembangan yakni usia dan status paritas (Potter & Perry, 2006; Negron.,et.,all, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan Azahramaharani (2011) tentang tindakan mobilisasi, dipengaruhi oleh faktor fisiologis seperti kenaikan suhu tubuh (hipertermi), perdarahan yang berlebihan, tingkat nyeri, faktor emosional seperti terjadinya kecemasan dan faktor perkembangan yakni usia dan status paritas. Nyeri yang muncul pada pasien post sc disebabkan karena adanya rangsangan yang disebabkan adanya insisi di jaringan (Dieterich et al., 2012).

Faktor lain yang juga mempengaruhi ibu pasca *sectio cesarea* dalam melakukan mobilisasi dini adalah dukungan petugas kesehatan dalam hal memberikan pendidikan kesehatan dan pemahaman tentang tindakan mobilisasi pasca *sectio cesarea* agar dapat dipahami dengan baik dan dilakukan oleh ibu (Hessol et al, 2012).

E. Konsep Penyembuhan luka

1. Definisi penyembuhan luka

Penyembuhan luka di mulai sejak terjadinya cedera pada tubuh, luka memiliki tepi berlawanan, misalnya luka operasi, sembuh dengan cepat dengan intense pertama atau primer. Luka dalam menganga lebih lama penyembuhan melalui intensi sekunder sekunder. Ada 4 fase penyembuhan luka, hemostatis, inflamasi, proliferasi, maturasi (Jhonson, 2005 dalam Fauziah, 2013).

2. Proses penyembuhan luka

Menurut (Jhonson 2005 dalam Fauziah 2013) proses fisiologi penyembuhan luka dapat dibagi ke dalam 3 fase utama yaitu :

a. Fase Inflamasi (0-3 hari)

Jaringan yang rusak dan sel yang mati melepaskan histamine dan mediator lain, sehingga dapat menyebabkan vasodilasi dari pembuluh darah sekeliling masih utuh serta meningkatkannya penyediaan darah tersebut, sehingga dapat menyebabkan merah dan

hangat. Permeabilitas kapiler darah meningkat dan cairan yang kaya akan protein mengalir ke interstitial menyebabkan oedema lokal.

b. Fase Destruksi (1-6 hari)

Pembersihan terhadap jaringan mati atau yang mengalami devitalisasi dan bakteri oleh polimorf dan makrofag. Polimorf menelan dan menghancurkan bakteri. Tingkat aktivitas polimorf yang tinggi hidupnya singkat saja dan dapat berjalan terus tanpa keberadaan sel tersebut.

c. Fase Proliferasi (durasi 3-24 hari)

Fibroblas memperbanyak diri dan membentuk jaringan-jaringan untuk sel-sel yang bermigrasi. Fibroblast melakukan sintesis kolagen dan mukopolisakarida.

d. Fase Maturasi (durasi 24-365 hari)

Dalam setiap cedera yang mengakibatkan hilangnya kulit, sel epitel pada pinggir luka dan sisa-sisa folikel membelah dan mulai bermigrasi diatas jaringan granulasi yang baru.

3. Faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka

a. Faktor umum

1) Usia

berpengaruh terhadap semua fase penyembuhan luka sehubungan dengan adanya gangguan sirkulasi dan koagulasi,

respon inflamasi yang lebih lambat dan penurunan aktivitas fibroblast.

2) Status Nutrisi

diperlukan asupan protein, vitamin A dan C, tembaga, zinkum, dan zat besi yang adekuat. Protein mensuplai asam amino, yang dibutuhkan untuk perbaikan jaringan dan regenerasi. Vitamin A dan zinkum diperlukan untuk epitelialisasi, dan vitamin C, serta zinkum diperlukan untuk sintesis hemoglobin yang bersama oksigen diperlukan untuk menghantarkan oksigen ke seluruh tubuh.

3) Mobilisasi

Dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perut menjadi kuat kembali dan mempercepat kesembuhan. Mobilisasi dini akan membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula serta dapat mencegah terjadinya thrombosis dan thromboemboli.

4) Obesitas

Jaringan lemak menyebabkan suplai darah yang tidak adekuat. Mengakibatkan lambatnya proses penyembuhan dan menurunnya resistensi terhadap infeksi.

5) Medikasi

Obat anti inflamasi menekan sintesis protein, inflamasi, kontraksi luka dan epiteliasasi sehingga menghambat kollagen berikatan/resistensi bakteri pada luka.

b. Faktor luka

1) Kontaminasi luka

Tekhnik pembalutan yang tidak adekuat, bila terlalu kecil memungkinkan invasi dan kontaminasi bakteri jika terlalu kencang dapat mengurangi suplay oksigen yang membawa nutrisi ke oksigen.

2) Edema

Penurunan suplay oksigen melalui gerakan meningkat tekanan intersisial pada pembuluh darah. Hemoragi akumulasi darah menciptakan ruang rugi sel-sel mati yang harus disingkirkan.

c. Faktor local

1) Sifat injuri

Kedalaman luka dan luas jaringan yang rusak mempengaruhi penyembuhan luka, bahkan bentuk luka

2) Adanya infeksi

Jika pada luka terdapat kuman pathogen penyebab infeksi, maka penyembuhan luka menjadi lambat

3) Lingkungan setempat

Dengan adanya drainase pada luka. pH yang harusnya antara 7,0 sampai 7,6 menjadi berubah sehingga mempengaruhi penyembuhan luka. Selain itu, adanya tekanan pada area luka dapat mempengaruhi sirkulasi daerah pada luka.

Mobilisasi dini merupakan faktor yang berhubungan dengan pemulihan luka post *sectio caesarea* karena mobilisasi dini mampu melancarkan sirkulasi darah. Sirkulasi darah yang lancar dapat membantu dalam penyembuhan luka karena darah mengandung zat-zat yang dibutuhkan untuk penyembuhan luka seperti: oksigen, obat-obatan, zat gizi. Apabila peredaran darah lancar maka zat-zat yang dibutuhkan dapat terpenuhi dengan baik dan apabila peredaran darah tidak lancar maka zat-zat yang dibutuhkan tersebut sulit untuk dipenuhi (Dube, 2014). Sesuai juga dengan teori yang dikemukakan Roper (2005), menyatakan bahwa mobilisasi segera secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi serta thrombosis vena.

4. Alat pengukur penyembuhan luka

Lembar observasi untuk penyembuhan luka berisi tentang tanda-tanda penyembuhan yang terdiri dari luka kering, jaringan luka menyatu, serta tidak ada tanda-tanda infeksi seperti nyeri yang

semakin meningkat, adanya kemerahan, teraba hangat, adanya pembengkakan, adanya gangguan fungsi.

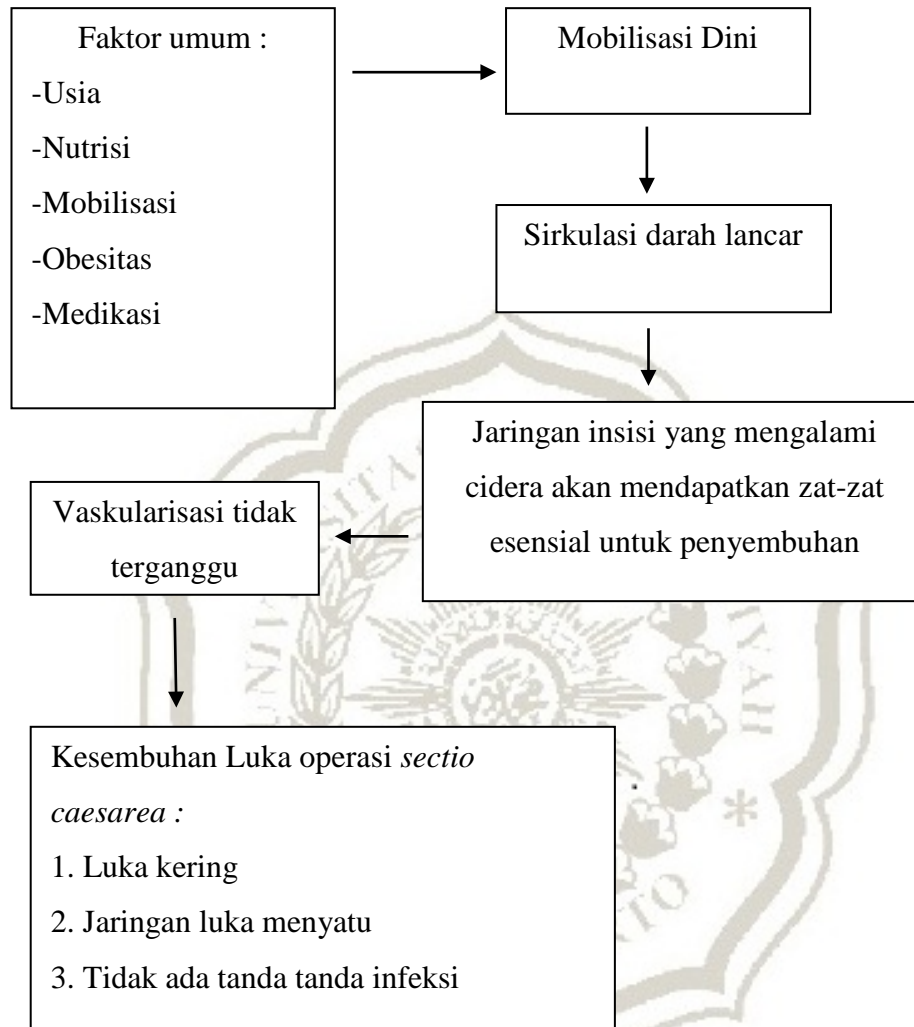
No.	Tanda-tanda penyembuhan	Ya	Tidak
1.	Luka kering		
2.	Jaringan luka menyatu		
3.	Tanda-tanda infeksi		
	• Nyeri semakin meningkat		
	• Kemerahan		
	• Teraba hangat		
	• Adanya pembengkakan		
	• Adanya gangguan fungsi		

Dalam penelitian Netty yang berjudul “Hubungan Mobilisasi Dini dengan Penyembuhan Luka Post Seksio Sesarea di Ruang Rawat Gabung Kebidanan RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi tahun 2012” , didapatkan bahwa 42 responden yang melakukan mobilisasi dini 35 (83,3%) responden luka operasi sembuh dalam waktu < 3-4 hari dan 7 (16,7%) responden luka post operasi sembuh dalam waktu > 3-4 hari. Berdasarkan uji statistik didapatkan *pvalue*= 0,028, yang berarti secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna

antara mobilisasi dini dengan penyembuhan luka post operasi seksio sesarea di ruang rawat gabung kebidanan RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi tahun 2012.



D. Kerangka Teori



Sumber : Johnson & Taylor (2009)