

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Mobilisasi Dini**

###### **a. Pengertian**

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak akan membuat orang tersebut tidak bisa mandiri, keadaan ini jelas membutuhkan bantuan orang lain. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit (Mubarak et al , 2015).

Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk melakukan gerakan fisik yang disengaja dari tubuh. Ketika seseorang mampu bergerak, biasanya mampu melakukan aktifitas hidup sehari-hari seperti makan, berpakaian, dan berjalan. Kemampuan ini terutama tergantung pada fungsi sistem saraf pusat dan perifer dan sistem muskuloskeletal dan kadang-kadang disebut sebagai kemampuan fungsional (Ignatavicius et al, 2016).

Sedangkan mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam selesai operasi. Mobilisasi ini dapat dilakukan di atas tempat tidur

dengan melakukan gerakan-gerakan sederhana (seperti miring kanan - miring kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, latihan berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Merdawati, 2018). Mobilisasi dini adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk membantu pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya sedini mungkin untuk berjalan (Dewi,2010). Mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk segera mungkin untuk berjalan (Rahmawati, 2011).

b. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan dari melakukan mobilisasi dini segera setelah tindakan operasi diantaranya (Merdawati, 2018) :

- 1) Mencegah konstipasi atau sembelit
- 2) Memperlancar peredaran darah
- 3) Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- 4) Mempercepat penutupan jahitan setelah operasi
- 5) Mengembalikan aktivitas pasien agar dapat bergerak normal dan memenuhi kebutuhan gerak harian.
- 6) Mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah operasi

Tidak hanya pada pasien setelah tindakan pembedahan perut saja, mobilisasi dini juga memiliki peran yang sangat penting bagi pasien patah tulang setelah operasi. Umumnya pasien patah tulang di anjurkan

untuk istirahat total dan membatasi aktivitas (mobilisasi) selama 24 – 48 jam setelah operasi namun setelah itu pasien dianjurkan segera melakukan mobilisasi dini (Maharani & Waluyo, 2013).

c. Manfaat Mobilisasi

1) Menurut Mubarak (2015) manfaat mobilisasi dini adalah sebagai berikut:

- a) Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan
- b) Mencegah atelektase dan pnemoni hipostatis
- c) Meningkatkan kesadaran mental dampak dari peningkatan oksigen ke otak
- d) Meningkatkan sirkulasi peredaran darah
- e) Nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka
- f) Dapat mencegah thrombophlebitis
- g) Meningkatkan kelancaran fungsi ginjal
- h) Mengurangi rasa nyeri
- i) Meningkatkan berkemih untuk mencegah retensi urine
- j) Meningkatkan metabolisme
- k) Meningkatkan peristaltik sehingga memudahkan terjadinya flatus, mencegah distensi abdominal dan nyeri akibat gas, mencegah konstipasi.

2) Mochtar dalam Rismawati (2013) menyatakan, penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*. Dengan ambulasi dini, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya

menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit, dengan demikian klien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan. Faal usus dan kandung kemih lebih baik. Dengan bergerak akan merangsang peristaltik usus kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.

- 3) Sarwono Prawirohardjo (2010) mengatakan ambulasi menyebabkan perbaikan sirkulasi, membuat nafas dalam, dan menstimulasi kembali fungsi gastrointestinal normal. Dorong untuk menggerakkan kaki dan tungkai bawah sesegera mungkin, biasanya dalam waktu 24 jam.

#### d. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Menurut Suryani dan Anik (2015) kerugian tidak melakukan mobilisasi dini pada ibu *post sectio caesarea* :

- 1) Fungsi motilitas usus dan kandung kemih menjadi lebih lambat sehingga ibu sulit melakukan defekasi dan memperlama masa perawatan di rumah sakit
- 2) Fundus uteri teraba lemah sehingga kontraksi uterus tidak ada, maka akan terjadi perdarahan yang abnormal, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka sehingga ibu mengalami infeksi yang di tandai dengan peningkatan suhu tubuh.

#### e. Prosedur Tahapan Pelaksanaan Mobilisasi Dini *Post Operasi*

Pasien yang akan menjalani pembedahan abdomen sebelumnya perlu diajarkan beberapa intervensi keperawatan tentang tahapan mobilisasi dini

yang akan diaplikasikan segera setelah *post* operasi abdomen. Hal ini ditentukan oleh kestabilan system kardiovaskuler dan neuromuskular pasien, tingkat aktivitas fisik pasien yang lazim dan sifat pembedahan yang dilakukan (Smeltzer et al, 2010).

Persiapan yang diperlukan pasien *post* operasi abdomen terkait pelaksanaan mobilisasi dini antara lain : 1) Latihan ekstremitas bawah yaitu latihan tungkai (kiri dan kanan), 2) Perubahan posisi (miring kiri dan kanan), 3) Latihan duduk, 4) Turun dari tempat tidur dan berjalan. Semua tindakan tersebut berfungsi untuk mempertahankan sirkulasi darah yang baik, meningkatkan tonus saluran gastrointestinal , dinding abdomen dan menstimulasi peristaltik serta mempercepat pemulihan pada luka abdomen (Smeltzer et al, 2010). Adapaun tahap-tahapnya sebagai berikut :

1) Latihan tungkai bawah

Latihan tungkai bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi dan mencegah stasis vena serta diperkirakan dapat menurunkan resiko terjadinya tromboplebitis. Tehnik latihan :

- a) Menggerakkan jari kaki dan memutar pergelangan kaki, serta telapak kaki di fleksi dan ekstensikan 2-3x selama 5 menit
- b) Menggerakkan tungkai dengan membengkokkan lutut dan naikkan kaki, tahan selama beberapa detik, kemudian luruskan tungkai dan turunkan ketempat tidur. Lakukan 5 kali untuk satu tungkai kemudian ulangi pada tungkai yang lain.

2) Perubahan posisi (posisi miring)

Tujuan pergerakan tubuh secara hati-hati pada paska operasi adalah untuk memperbaiki sirkulasi, mencegah statis vena, dan untuk menunjang fungsi pernafasan yang optimal. Pasien dibantu bagaimana cara untuk membalik dari satu sisi ke sisi lainnya dan cara untuk mengambil posisi lateral. Posisi ini digunakan pada paska operasi awal dan dipertahankan setiap 5 menit. Teknik mengubah posisi:

- a) Posisi diatur berbaring kesamping kanan/kiri
  - b) Lengan yang dibawah tubuh diatur fleksi didepan kepala atau diatas bantal
  - c) Sebuah bantal dapat diletakkan dibawah kepala dan bahu
  - d) Untuk mencegah lengan aduksi dan bahu berotasi ke dalam, sebuah bantal dapat diletakkan di bawahnya
  - e) Untuk mencegah paha beraduksi dan berotasi ke dalam, sebuah bantal dapat diletakkan di bawah kaki atas, sambal kaki atas diatur sedikit menekuk ke depan (Potter & perry,2005).
- 3) Latihan duduk
- a) Duduk ditempat tidur bersandar atau tidak (dapat menaikkan posisi kepala tempat tidur).
- Teknik latihan duduk : (1) Minta bantuan sedikitnya satu atau dua asisten. (2). Tempatkan klien pada posisi telentang. (3) Posisi perawat menghadap kepala tempat tidur. (4) Renggangkan kedua kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di belakang kaki yang lain. (5) Tempatkan tangan yang lebih jauh dari

klien di bawah bahu klien. (6) Sokong kepala klien dan vertebra servikal. (7) Tempatkan tangan perawat yang lain pada permukaan tempat tidur. (8) Angkat klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan perawat dari depan kaki ke belakang kaki. (9) Pastikan pasien merasa nyaman dengan posisi duduk, pertahankan posisi duduk klien selama 15 menit (Potter & perry, 2005).

- b) Duduk di sisi tempat tidur menurunkan kedua kaki dari tempat tidur sambil digerak-gerakkan selama 15 menit.

Teknik latihan meliputi : (1) Minta bantuan sedikitnya satu atau dua asisten. (2) Atur tempat tidur. (3) Pindahkan bantal dan buka selimut pasien. (4) Posisikan pasien dengan posisi duduk di tengah tempat tidur kemudian perawat berdiri di samping tempat tidur, lebarkan kaki dengan salah satu kaki di depan kaki lainnya. Perawat mencondongkan tubuh depan, letakkan tangan kiri dibawah bahu pasien dan tangan kanan di bawah ke dua paha pasien, angkat paha pasien secara perlahan kemudian arahkan kaki pasien kearah perawat hingga kedua kaki terangkat ke pinggir tempat tidur. Topang pasien hingga pasien merasa nyaman atau seimbang, pastikan pasien merasa nyaman dengan posisi tersebut jika perlu letakkan bangku di sisi tempat tidur untuk menopang kaki pasien, pertahankan posisi klien 15 menit (Potter & perry, 2005).

f. Kontra Indikasi Latihan Mobilisasi Dini

Kontra indikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai pada latihan mobilisasi dini antara lain :

- 1) Latihan mobilisasi dini tidak boleh dilakukan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera
  - a) Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan
  - b) Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan
- 2) Mobilisasi dini tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan.

g. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Menurut Setyowati (2013) kurangnya mobilisasi disebabkan oleh faktor-faktor yang terjadi pada ibu *post sectio caesarea* antara lain:

- 1) Faktor intern : Pasien takut jahitan akan lepas jika bergerak, kelelahan saat mengalami partus lama, cedera yang dialami sebelum partus, persepsi nyeri yang berbeda, motivasi, gaya hidup, emosi.
- 2) Faktor ekstern : Dukungan suami dan keluarga, budaya yang melarang bergerak dan kaki harus lurus, sosial ekonomi dan pelayanan petugas.
- 3) Faktor karakteristik :Tingkat pendidikan mempengaruhi pemahaman yang diberikan petugas, semakin bertambah usia seseorang tonus otot akan menurun sehingga kemampuan mobilisasi akan menurun

(Kozier,2010). Umur muda cenderung malu dan menarik diri, ibu dengan paritas banyak akan lebih cepat melakukan mobilisasi dini karena harus memberikan perhatian kepada anak yang lain.

## 2. *Sectio Caesarea*

### a. Pengertian

Menurut Suryani dan Anik, (2015) *sectio caesarea* adalah ibu yang melahirkan janin dengan proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali pada keadaan tidak hamil. Menurut Mochtar, (2012 ) *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau vagina atau disebut juga histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

*Sectio caesarea* merupakan prosedur operatif, yang dilakukan di bawah anestesi sehingga janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus (Fraser & Cooper, 2011). Operasi sesar merupakan salah satu operasi besar pada abdomen yang berhubungan langsung dengan perubahan *post* operatif dalam system saraf otonom, yang menyebabkan penurunan pergerakan usus dan mengakibatkan beberapa masalah (Ledari, 2012). Tindakan operasi *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau

komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Sukowati et al, 2010).

b. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Oxron (2012), indikasi *sectio caesarea* antara lain:

- 1) Panggul sempit dan dystocia mekanis: Disproporsi fetopelik, panggul sempit, mal posisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, dan persalinan tidak maju
- 2) Pembedahan sebelumnya pada uterus : *Sectio caesarea*, *histerektomi*, dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical yang inkompeten
- 3) Toxemia gravidarum ; mencakup pre eklampsia dan eklampsia, hipertensi esensial dan nefritis kronis
- 4) Indikasi fetal : gawat janin, cacat atau kematian janin sebelumnya, insufisiensi placenta, diabetes maternal, infeksi virus herpes pada traktus genitalis

c. Anestesi pada operasi *sectio caesarea*

*Anestesi* memperlambat motilitas gastrointestinal dan menyebabkan mual. Normalnya , selama tahap pemulihan segera setelah operasi, bising usus terdengar lemah atau hilang di ke empat kuadran. Inpeksi abdomen menentukan adanya distensi yang mungkin terjadi akibat akumulasi gas. Klien yang baru menjalani operasi abdomen, distensi terjadi jika klien mengalami perdarahan internal. Distensi juga terjadi pada klien yang mengalami ileus paralitik akibat operasi pada bagian usus.

Sebelum ditemukannya anestesi regional seperti spinal dan epidural, anestesi umum sering digunakan pada operasi *sectio caesarea*. Saat ini anestesi umum masih merupakan pilihan bila operasi harus dilakukan sesegera mungkin karena pada anestesi umum setidaknya lama waktu yang dibutuhkan untuk mencari ruang antara ruas tulang belakang ditiadakan. Anestesi umum juga dapat digunakan pada keadaan tertentu dimana anestesi regional merupakan kontra indikasi seperti pada gangguan pembekuan darah, sepsis, hipovolemi berat akibat perdarahan massif, kelainan pada tulang belakang dan riwayat operasi tulang belakang. Kerugian anestesi umum adalah hipotensi pada ibu dan depresi pada pernapasan bayi (Rahmawati, 2011).

*Anestesi regional* seperti spinal dan epidural mempunyai keuntungan tidak mempengaruhi pernapasan bayi walaupun teknik lebih sulit dan memakan waktu lebih lama. Tetapi anestesi regional memiliki kerugian berupa dapat menyebabkan hipotensi pada 55 persen pasien yang dapat di atasi dengan vasopressor dan mengangkat kaki. Selain itu sering penderita mengeluh sakit kepala karena kebocoran cairan spinal pada bekas luka tusukan jarum. Keuntungan lain anestesi regional antara lain pasien bisa menyusui dalam waktu yang tidak cukup lama dan dapat makan minum, tidak seperti anestesi umum yang membutuhkan waktu puasa sampai bising usus terdengar (Rahmawati, 2011).

d. Jenis – Jenis Sectio Caesarea

Menurut Wiknjosastro (2007), *sectio caesarea* dapat di klasifikasikan menjadi 3 jenis ,yaitu :

1) *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bawah uterus. Keuntungan menggunakan tehnik ini antara lain : perdarahan luka insisi yang tidak terlalu banyak, bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar.

2) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea corporal*

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan sayatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10–12 cm dengan ujung bawah di atas plika vasio uterie. Tujuan insisi ini di buat hanya jika ada halangan untuk meklakukan proses *sectio Transperitonealis profunda*, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding uterus karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya. Kerugian tehnik ini adalah lebih besar resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya *rupture uteri* pada kehamilan selanjutnya.

3) *Sectio caesarea* ektraperitoneal

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul, vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum di potong kearah kepala untuk

memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerpureal.

e. Komplikasi Paska *Sectio Caesarea*

Komplikasi pada persalinan *sectio caesarea* , antara lain :

- 1) Menurunnya motilitas gastrointestinal yang dapat menimbulkan *ileus paralitik*, yang mengakibatkan akumulasi gas dan distensi abdomen (sally, 2013)
- 2) Perdarahan 60%, infeksi sesudah pembedahan 25%, gestosis 15% (Anggorowati, 2012).
- 3) Rasjidi (2009) menguraikan bahwa komplikasi utama persalinan *sectio caesarea* adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat di lakukan operasi dan komplikasi yang berhubungan dengan anestesi, perdarahan, infeksi dan trombo emboli.
- 4) Menurut Aksu et al (2011) menyatakan bahwa resiko komplikasi akibat tindakan operasi *sectio caesarea* adalah vena thrombosis, karena berbagai faktor seperti thrombophilia, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) membuat katagori pasien pasca operasi *sectio caesarea* menjadi dua yaitu resiko rendah dan resiko tinggi.
- 5) Borney & jenny (2010) menjelaskan bahwa komplikasi pasca operasi *sectio caesarea* pada insisi segmen bawah rahim dapat terjadi berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga beresiko mengalami rupture membran, ileus, peritonitis.

f. Keuntungan Dan Kerugian *Sectio Caesarea*

Menurut Suryani dan Anik (2015) keuntungan persalinan *sectio caesarea* antara lain:

- 1) Dapat menjadi prosedur keselamatan hidup
- 2) Memiliki keuntungan yang lebih besar untuk ibu-ibu yang mempunyai komplikasi selama kehamilan
- 3) Dapat diusahakan dengan cepat
- 4) Lebih nyaman pada ibu karena tanggal persalinan telah direncanakan, stress dan kecemasan ibu lebih kecil

Sedangkan kerugiannya antara lain :

- 1) *Sectio caesarea* merupakan prosedur pembedahan abdomen mayor yang memiliki resiko bedah dan resiko anestesi. Efek samping anestesi meliputi pusing, mual, muntah
- 2) Lama perawatan di rumah sakit dan periode pemulihan yang lebih panjang
- 3) Masalah dan resiko pada ibu :
  - a) Fungsi usus yang menurun setelah proses *sectio caesarea*
  - b) Resiko cedera usus atau kandung kemih saat operasi
  - c) Resiko kehilangan darah lebih banyak, sekitar 2/3 wanita memerlukan tranfusi darah
  - d) Resiko placenta previa dan placenta accreta lebih besar pada kehamilan selanjutnya
  - e) Resiko lebih tinggi terjadinya rupture uteri.

g. Tindakan Keperawatan Ibu *Post Sectio Caesarea*

Menurut Suryani dan Anik (2015) tindakan keperawatan yang bisa dilakukan adalah :

1) Managemen nyeri *post* operasi

Nyeri adalah rangsangan tidak enak yang dapat menimbulkan rasa takut dan khawatir. Teknik penanganan nyeri dapat dilakukan dengan teknik relaksasi dan distraksi.

2) Perawatan Payudara

Bila payudara bengkak dilakukan pengompresan dengan air hangat dan air dingin secara bergantian, bila puting susunya lecet dioleskan dengan kolostrum setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan pada payudara yang tidak lecet.

3) Perawatan luka post operasi

Perawatan luka post operasi yaitu prosedur perawatan yang dilakukan pada luka dengan mengganti perban.

4) Latihan mobilisasi post operasi

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

5) Seksualitas dan kontrasepsi

Seksualitas biasanya dalam waktu 3-4 minggu setelah persalinan seorang wanita pulih dan siap melakukan hubungan suami istri tapi sebelumnya sudah menggunakan kontrasepsi yang aman untuk menghindari kehamilan.

### 3. Peristaltik Usus

#### a. Pengertian

Peristaltik adalah gerakan mendorong dasar pada saluran cerna. Peregangan saluran cerna menyebabkan terbentuknya cincin kontraksi mengelilingi usus, yang bergerak maju beberapa sentimeter sebelum berakhir. Pada saat yang sama, usus kadang-kadang melemas beberapa sentimeter ke arah anus, yang disebut relaksasi reseptif, sehingga makanan dapat terdorong lebih mudah ke arah anus. Pola kompleks ini tidak terjadi jika pleksus mienterikus tidak ada, karena itu, kompleks ini dinamakan refleks mienterik atau refleks peristaltik. Refleks peristaltik ditambah arah gerakan menuju anus disebut *law of the gut* (Guyton & Hall, 2008). Peristaltik adalah fungsi normal dari usus halus dan usus besar. Bising usus merupakan aliran udara dan cairan yang ditimbulkan gerakan peristaltik. Letakkan diafragma stetoskop perlahan pada tiap keempat kuadran. Normalnya, udara dan cairan bergerak melalui usus, menyebabkan suara bergemuruh yang terjadi ireguler 5-35x/menit. Suara biasanya berlangsung 0,5 detik sampai beberapa detik. Biasanya dibutuhkan 5-20 detik untuk mendengar satu suara usus, tetapi dibutuhkan 5 menit untuk mendengar ketiadaan bising usus (Guyton & Hall, 2008).

Gerakan peristaltik merupakan gerakan yang menyebabkan makanan bergerak maju sepanjang saluran dengan kecepatan yang sesuai untuk terjadinya pencernaan dan absorpsi. Peristaltik merupakan sifat yang

dimiliki banyak tabung otot polos sintrum dan ductus-ductus kelenjar lain, ureter, serta otot lain diseluruh tubuh (Syarifuddin, 2010).

Dua jenis gerakan peristaltik usus menurut Guyton (2008) diantaranya:

1) Gerakan Mencampur (Gerakan segmentasi)

Bila sebagian usus halus diregangkan oleh kimus, hal ini menimbulkan kontraksi konsentrik lokal seperti cincin dengan interval sepanjang usus. Kontraksi ritmik ini berlangsung dengan kecepatan 11 sampai 12 permenit dalam duodenum. Kontraksi ini menyebabkan “segmentasi” usus halus, kadang-kadang membagi usus menjadi segmen dalam jarak teratur yang mempunyai bentuk seperti rantai sosis. Sekelompok kontraksi segmentasi mengadakan relaksasi bila kelompok kontraksi segmentasi yang baru mulai timbul tetapi kontraksi yang terjadi saat ini terjadi pada tempat yang baru Antara kontraksi-kontraksi sebelumnya. Oleh karena itu, kontraksi segmentasi “membelah” *kimus* berkali-kali dalam semenit. Dengan cara ini meningkatkan pencampuran progresif partikel-partikel makanan yang padat dengan sekret usus halus.

2) Gerakan Propulsif – Peristaltik

Dasar gerakan *Propulsif* (mendorong) adalah gerakan yang menyebabkan makanan bergerak maju sepanjang saluran dengan kecepatan yang sesuai untuk terjadinya pencernaan dan absorpsi. Gerakan inilah yang mendorong makanan ke usus besar. Kimus didorong melalui usus halus oleh gelombang peristaltik. Hal ini terjadi

pada bagian usus halus manapun, dan mereka bergerak ke arah anus dengan kecepatan 0,5 sampai 2cm/detik. Aktivitas peristaltik usus sangat meningkat setelah makan, hal ini sebagian disebabkan oleh masuknya kimus ke dalam duodenum.

b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Peristaltik Usus

Menurut Guyton (2008) peristaltik usus dipengaruhi oleh:

1) Mobilisasi

Mobilisasi merupakan tindakan keperawatan yang dapat memulihkan peristaltik usus (Indiarti, 2007). Kerugian jika tidak melakukan mobilisasi yaitu fungsi motilitas usus dan kandung kemih menjadi lebih lambat. Mobilisasi menyebabkan perbaikan sirkulasi, membuat napas dalam dan menstimulasi kembali fungsi gastrointestinal dengan latihan menggerakkan kaki, miring kanan dan miring kiri, latihan duduk dan belajar berjalan. Dengan mobilisasi otot-otot perut akan kembali normal, dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan. Fungsi motilitas usus dan kandung kencing menjadi lebih baik, hal ini disebabkan karena mobilisasi akan merangsang peristaltik usus kembali normal (Binarti, 2010)

2) Asupan Makanan

Aktivitas peristaltik usus sangat meningkat setelah makan. Hal ini sebagian disebabkan oleh masuknya kimus ke dalam duodenum, juga disebabkan oleh reflek gastroenterik yang ditimbulkan oleh peregangannya lambung. Kimus didorong melalui usus halus oleh

gelombang peristaltic. Hal ini terjadi pada bagian usus halus manapun dan mereka bergerak kearah anus dengan kecepatan 0,5 sampai 2 cm/detik. Reflek ini meningkat seluruh derajat kepekaan usus halus, termasuk peningkatan gerakan dan sekresi.

### 3) Fungsi Syaraf

Penyebab umum peristaltik usus adalah peregangan. Regangan sirkum ferensial usus merangsang reseptor-reseptor pada dinding usus, hal ini menimbulkan reflek mienterikus lokal yang mulai dengan kontraksi dari otot longitudinal atas jarak beberapa sentimeter diikuti oleh kontraksi otot sirkular.

### 4) Anestesi

Efek dari anestesi yang sering dialami ibu paska *sectio caesarea* adalah termanipulasinya organ abdomen sehingga perstaltik usus menurun dan terjadi distensi abdomen dan anestesi selama operasi membuat gerak pencernaan belum sempurna kembali.

#### c. Motilitas Usus *Post Sectio Caesarea*

Peristaltik usus merupakan gerakan mendorong makanan agar dapat berjalan menuju bagian pencernaan selanjutnya, pada pasien yang mengalami anestesi atau pembiusan, secara tidak langsung juga aktifitas usus juga mengalami fase pembiusan juga. Pada pasien yang dilakukan tindakan pembiusan maka butuh waktu yang lama dalam pemulihan peristaltic ususnya (Joko, 2011). Anestesi merupakan tindakan untuk

menghilangkan rasa nyeri dan rasa takut saat pembedahan untuk menciptakan kondisi yang optimal (Sjamsuhidayat dan Jong, 2005).

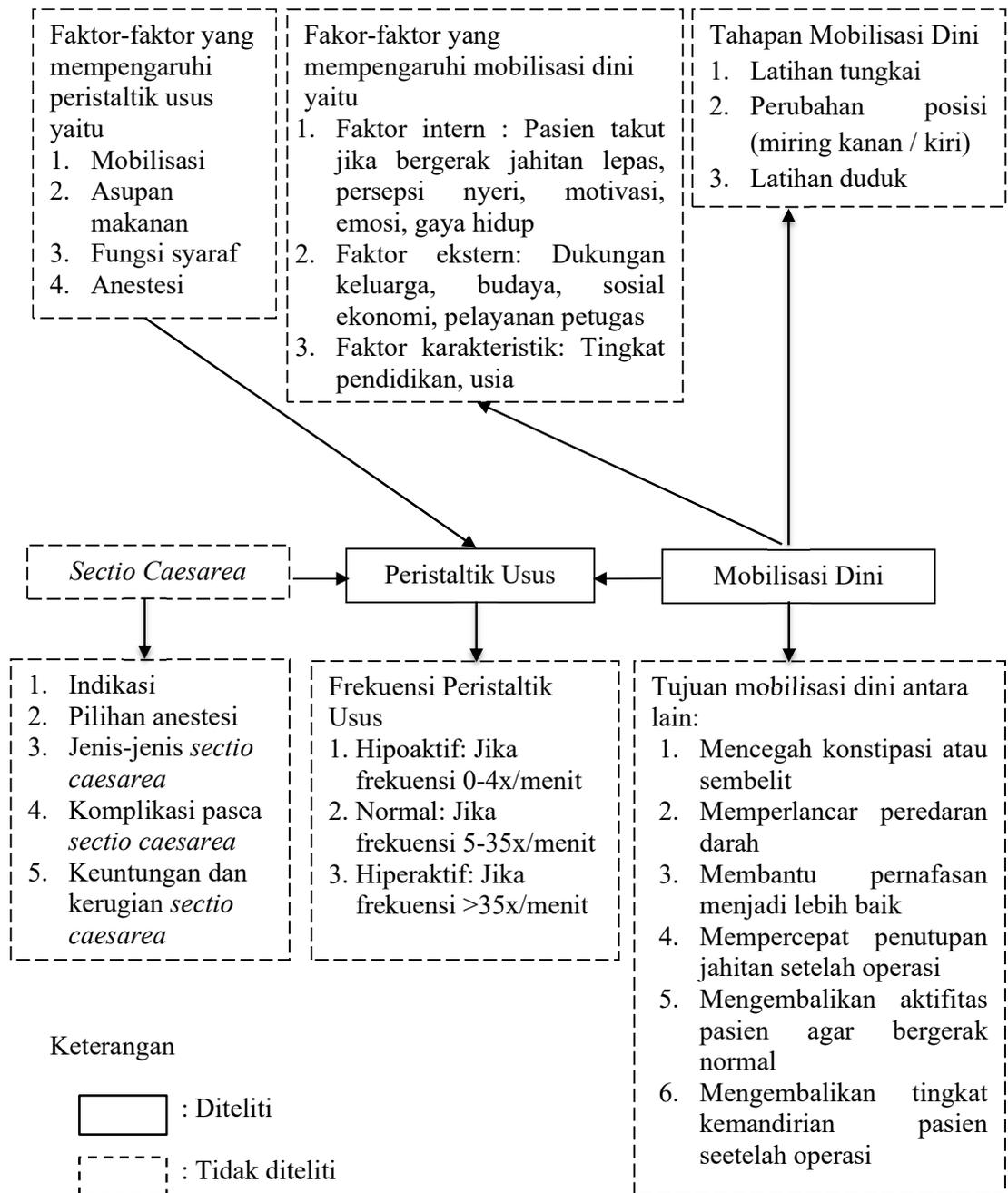
Anestesi juga dapat mengganggu sistem gastrointestinal, yaitu menghambat motilitas gastrointestinal dan menyebabkan mual. Normalnya pada tahap pemulihan motilitas usus terdengar lemah sampai menghilang pada ke empat kuadran (Price & Wilson, 2006). Efek dari anestesi yang sering dialami ibu paska *sectio caesarea* adalah termanipulasinya organ abdomen sehingga peristaltik usus menurun dan terjadi distensi abdomen. Anestesi selama operasi membuat gerak pencernaan belum sempurna kembali (Sally, 2013).

Pengaruh agen anestesi dapat menghambat impuls syaraf parasimpatis ke otot usus. Kerja anestesi tersebut memperlambat atau menghentikan gelombang motilitas yang berakibat *ileus paralitik*. Terhambatnya impuls saraf parasimpatis akan menyebabkan pelepasan asetilkolin juga terhambat. Secara normal, asetilkolin dilepaskan oleh saraf nervus vagus, dimana asetilkolin yang dilepaskan tersebut diterima oleh reseptor muskarinik pada pleksus mienterikus intestinal (Guyton, 2008). Fungsi dari Pleksus mienterikus ini adalah mengatur aktifitas motorik disepanjang usus, dan apabila asetilkolin dihambat pelepasannya yang dikarenakan efek dari anestesi tersebut maka akan terjadi penurunan kecepatan konduksi gelombang eksitatori disepanjang dinding usus halus sehingga dapat menurunkan motilitas usus (Sjamsuhidayat & Jong, 2005). Pasien yang belum pulih motilitas ususnya setelah pembiusan dapat menderita ileus obstruktif atau

obstruksi internal bila dalam waktu tersebut diberikan asupan makanan (Potter & Perry, 2005)

Dalam keadaan normal bunyi usus akan terdengar dengan frekuensi 5-35x/menit, suaranya tidak teratur seperti orang berkumur. Pada ibu yang dilakukan tindakan operasi atau pembedahan, diberikan anestesi spinal yang menyebabkan peristaltik usus dapat berhenti beraktifitas. Peristaltik usus akan kembali beraktifitas dan berfungsi secara normal setelah efek anestesi spinal hilang dan dengan aktifitas fisik atau mobilisasi (Joko, 2011). Frekuensi Peristaltik Usus (Potter & Perry, 2005) ada 3, yaitu : Hipoaktif 0-4x/menit, Normal 5-35x/menit, Hiperaktif >35x/menit

## B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori

Sumber : (Oxron (2012), Wiknjosastro (2007), Sally (2013), Merdawati (2018), Guyton (2008), Setyowati(2013))

### C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2012)



Gambar 2.2 Kerangka konsep

### D. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pernyataan penelitian (Notoatmodjo, 2012). Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ha : Ada pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan peristaltik usus *post sectio caesarea* di Ruang An Nissa RSUD Islam Kustati Surakarta