BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Mobilisasi Dini Pada Pasien *Post* Operasi *Sectio Caesarea*

2.1.1 Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan kemampuan individu untuk mulai melakukan pergerakan secara bebas, mudah, teratur, dan bertahap setelah menjalani prosedur pembedahan. Proses ini melibatkan edukasi dan latihan aktivitas mandiri seperti latihan fisik (*exercise*), gerakan rentang sendi (*range of motion*), ambulasi, serta penerapan mekanika tubuh yang tepat (Rangkuti et al., 2023). Mobilisasi dini dapat dimulai dengan latihan sederhana di atas tempat tidur, seperti berganti posisi, duduk, turun dari tempat tidur, hingga berlatih berjalan, yang idealnya dilakukan dalam 6 hingga 10 jam pasca operasi *sectio caesarea* (Susanti & Sari, 2022).

Menurut Nasriani (2021), Mobilisasi dini adalah upaya untuk mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan membimbing pasien agar mampu menjaga fungsi fisiologis tubuh. Aktivitas ini merupakan kebutuhan dasar yang berkaitan dengan sistem gerak tubuh, yang melibatkan koordinasi antara tulang, otot, tendon, ligamen, sistem saraf, dan sendi (Hidayat & Uliyah, 2015).

Mobilisasi dini *post* operasi *sectio caesarea* dan operasi lainnya pada dasarnya memiliki prinsip yang sama, yaitu mendorong pasien untuk segera melakukan aktivitas fisik secara bertahap dalam waktu tertentu

setelah operasi guna mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. Namun, terdapat perbedaan dalam pelaksanaannya, tergantung pada jenis dan lokasi operasi akan menentukan tingkat nyeri, jenis gerakan yang diperbolehkan, serta target pemulihan yang diharapkan (Ilhami, 2021).

2.1.2 Tujuan dan Manfaat Mobilisasi Dini

Tujuan utama dari mobilisasi dini adalah untuk mempertahankan fungsi tubuh serta meningkatkan kapasitas fisiologis pasien selama masa pemulihan. Elftani (2023), menyebutkan bahwa mobilisasi dini berperan penting dalam memperlancar sirkulasi darah, mengoptimalkan fungsi sistem pernapasan, serta membantu kelancaran proses eliminasi urin dan alvi. Selain itu, mobilisasi dini juga bertujuan untuk mengembalikan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Wahyuni (2020), menambahkan bahwa penerapan mobilisasi dini dapat mengurangi lama hari perawatan (*length of stay*), sehingga mempercepat kepulangan pasien, dan secara tidak langsung mengurangi beban biaya perawatan. Selain manfaat fisik, mobilisasi dini juga membuka peluang interaksi lebih intensif antara pasien dan perawat, yang berkontribusi dalam mempercepat pemulihan psikologis pasien.

Sementara itu, manfaat yang ditimbulkan dapat diklasifikasikan berdasarkan sistem tubuh sebagai berikut:

1. Sistem Kardiovaskuler

   Mobilisasi dini berperan dalam meningkatkan curah jantung, memperbaiki kekuatan kontraksi otot jantung, serta memperkuat

fungsi jantung secara keseluruhan (Kasdu, 2017). Selain itu, mobilisasi ini membantu memperlancar aliran darah balik vena yang berkontribusi pada distribusi oksigen dan nutrisi yang lebih efektif ke seluruh jaringan tubuh. Proses ini berdampak positif dalam mempercepat penyembuhan luka dan mencegah terjadinya komplikasi seperti tromboflebitis (Inayatul, 2023). Mobilisasi dini juga membantu menurunkan tekanan darah dan menjaga stabilitas hemodinamik pasien setelah menjalani pembedahan.

2. Sistem Respiratorik

    Mobilisasi dini pada sistem pernapasan berkontribusi dalam meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernapasan, memperluas ventilasi alveolar, serta mengurangi beban kerja organ pernapasan (Kasdu, 2017). Menurut Inayatul (2023), mobilisasi dini juga efektif dalam mencegah terjadinya komplikasi seperti atelektasis dan pneumonia hipostatik. Selain itu, peningkatan kadar oksigen dalam tubuh melalui pergerakan aktif turut membantu meningkatkan tingkat kesadaran pasien, karena aliran oksigen ke otak menjadi lebih optimal.

3. Sistem Metabolik

    Mobilisasi dini memberikan manfaat signifikan bagi sistem metabolik, di antaranya meningkatkan laju metabolisme basal, mempercepat pemecahan trigliserida, mendorong mobilisasi glukosa dan asam lemak, serta meningkatkan produksi panas tubuh

(Kasdu, 2017). Proses ini membantu tubuh dalam mengeliminasi sisa hasil metabolisme dengan lebih efisien. Pada ibu *post sectio caesarea*, mobilisasi dini juga berperan dalam mempercepat pengeluaran lokhea serta mendukung proses produksi dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang menjadi aspek penting dalam pemulihan masa nifas (Dewi & Sunarsih, 2011).

4. Sistem Muskuloskeletal

   Dalam aspek otot dan sistem rangka, mobilisasi dini berperan penting dalam mempertahankan serta memperbaiki tonus otot, meningkatkan kelenturan dan mobilitas tubuh, serta memperkuat daya tahan terhadap aktivitas fisik (Kasdu, 2017). Upaya ini sangat bermanfaat untuk mencegah terjadinya kelemahan otot, kekakuan pada sendi, serta mempercepat proses rehabilitasi, sehingga pasien dapat segera kembali menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

5. Sistem Pencernaan

   Mobilisasi dini juga berperan penting dalam mendukung fungsi sistem pencernaan dan ekskresi. Aktivitas ini membantu merangsang peristaltik usus, mempercepat pengeluaran gas (flatus), serta mencegah terjadinya distensi abdomen, konstipasi, dan ileus paralitik (Inayatul, 2023). Selain itu, mobilisasi dini memfasilitasi kelancaran eliminasi urin dan mengurangi risiko retensi urine,

sehingga dapat menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi saluran kemih dan mencegah gangguan pada fungsi ginjal.

2.1.3 Indikasi dan Kontra Indikasi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan bagian penting dalam proses pemulihan pasien pasca operasi, termasuk pada ibu *post-sectio caesarea*. Namun, pelaksanaannya harus memperhatikan kondisi klinis pasien agar tidak menimbulkan risiko tambahan. Mobilisasi dini dapat dilakukan apabila pasien berada dalam kondisi stabil secara medis. Indikasi utama meliputi tanda vital yang dalam batas normal (tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu tubuh), kesadaran penuh (GCS 15), kontrol nyeri yang memadai, dan tidak adanya perdarahan aktif. Selain itu, pasien harus sudah pulih dari efek anestesi, ditandai dengan kembalinya fungsi motorik dan sensorik ekstremitas bawah, terutama jika sebelumnya diberikan anestesi spinal (Miller et al., 2020; Sari & Nursalam, 2021).

Sebaliknya, terdapat beberapa kontraindikasi yang perlu diperhatikan sebelum memulai mobilisasi dini. Mobilisasi sebaiknya ditunda apabila pasien mengalami hipotensi, takikardia berat, kesadaran menurun, atau masih dalam efek residual anestesi. Kondisi lain seperti nyeri hebat yang belum terkontrol, adanya perdarahan aktif, mual atau muntah hebat, serta infeksi sistemik akut juga menjadi pertimbangan utama dalam menunda mobilisasi (Potter & Perry, 2017; WHO, 2021).

2.1.4 Jenis Anestesi dan Implikasinya terhadap Mobilisasi Dini

Tindakan anestesi merupakan prosedur esensial yang dilakukan sebelum memulai operasi *sectio caesarea* (SC) untuk memblokade respons nyeri selama pembedahan berlangsung. Anestesi tidak hanya berfungsi mengurangi nyeri dan menjaga stabilitas tanda vital selama pembedahan, tetapi juga menentukan kecepatan pemulihan pasien dan kemampuan memulai aktivitas fisik pasca operasi (Dewi et al., 2021). Terdapat dua teknik anestesi utama yang dapat diterapkan, yaitu anestesi umum dan anestesi regional (spinal/epidural).

Anestesi spinal adalah teknik anestesi regional yang paling umum digunakan secara global untuk operasi SC (Rangarajan & Howell, 2016). Anestesia regional (spinal/epidural) memberikan pengaruh terhadap klien yakni klien dalam kondisi sadar, tetap terbangun, dan mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitar sehingga klien dapat merasakan respon terhadap lingkungan (Lasmaria, 2014). Teknik ini melibatkan penyuntikan obat anestesi lokal ke ruang subarachnoid di tingkat lumbal 4-5. Secara fisiologis, anestesi spinal bekerja dengan meniadakan proses konduktivitas pada serabut sensori, sehingga menghilangkan sensasi nyeri dan memblokir respon motorik pada ekstremitas bawah (Indra, 2016).

Keunggulan utama dari anestesi spinal terletak pada onset kerja yang cepat, durasi efek blokade saraf sensorik dan motorik yang dapat diprediksi. Durasi blokade anestesi lokal (seperti *Bupivacaine*) umumnya berkisar 2 hingga 4 jam, meskipun dapat bervariasi bergantung pada dosis

yang digunakan dan penambahan *adjuvant* (Shah, et al., 2022). Keunggulan prediktif ini didukung oleh pemulihan fungsi motorik yang relatif cepat segera setelah efek anestesi lokal mereda (Chestnut et al., 2020).

Karakteristik farmakokinetik anestesi spinal yang memungkinkan pasien tetap sadar penuh selama prosedur juga berkontribusi pada kemampuan memulai mobilisasi dini dalam 6–8 jam pasca operasi. Hal tersebut sejalan dengan temuan Agrawal et al. (2016) yang melaporkan bahwa blok motorik pada beberapa protokol mulai berkurang atau "hilang" sekitar 4,6 jam, sehingga pada rentang waktu 6–8 jam pasca tindakan, sebagian besar pasien telah mengalami pemulihan fungsi motorik yang cukup untuk melakukan mobilisasi awal secara aman.

Sebaliknya, anestesi umum yang menginduksi kehilangan kesadaran total dan memerlukan intubasi endotrakeal, cenderung menghasilkan periode pemulihan yang lebih panjang dan kompleks. Efek residual yang sering muncul pasca anestesi umum meliputi sedasi berkepanjangan, mual muntah pasca operasi (PONV), disorientasi mental, dan keterlambatan dalam pemulihan refleks protektif. Kondisi-kondisi ini secara signifikan dapat menunda inisiasi mobilisasi dini dan meningkatkan risiko komplikasi pasca operasi seperti atelektasis, infeksi saluran napas, dan trombosis vena dalam. pada kasus yang menggunakan anestesi umum, periode observasi dan pemulihan yang lebih panjang diperlukan sebelum inisiasi mobilisasi, umumnya 12-24 jam pasca operasi, dengan

mempertimbangkan stabilitas hemodinamik, tingkat kesadaran, dan kemampuan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam program mobilisasi (Miller et al., 2019).

Meskipun anestesi umum tetap memiliki indikasi khusus dalam situasi emergensi atau kontraindikasi anestesi regional, untuk sebagian besar kasus SC elektif, anestesi spinal terbukti lebih superior dalam mendukung konsep *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS). *International Obstetric Anaesthesia* telah merekomendasikan penggunaan anestesi regional (spinal atau epidural) sebagai teknik pilihan utama untuk persalinan sesar, dengan pertimbangan utama adalah minimalisasi risiko kegagalan intubasi dan aspirasi yang merupakan komplikasi serius anestesi umum pada populasi *obstetric* (Saputra et al., 2023)

2.1.5 Langkah- Langkah Mobilisasi Dini

Langkah-langkah mobilisasi dini pada pasien *post* operasi menurut Banamtum (2021), meliputi:

a. Persiapan Sebelum Mobilisasi

Sebelum melakukan mobilisasi dini, penting untuk mempersiapkan pasien secara fisik dan psikologis. Perawat menjelaskan maksud, tujuan, serta prosedur mobilisasi yang akan dilakukan. Persetujuan pasien (*informed consent*) diambil setelah pasien memahami prosedur tersebut. Selain itu, lingkungan sekitar pasien disiapkan agar aman, nyaman, dan mendukung proses

mobilisasi dengan memasang tirai atau sketsel untuk menjaga privasi.

b. Pelaksanaan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dilaksanakan secara bertahap sejak pasien sadar penuh dan stabil. Tindakan ini dapat dilakukan selama 10 menit setiap satu jam (total 120 menit per hari), dimulai dari gerakan sederhana di tempat tidur hingga latihan berjalan (Koyuncu et al, 2022).

Tahap-tahap mobilisasi menurut El-Sayed et al., (2020) yaitu:

1) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
2) Lakukan gerakan *dorsofleksi* dan *plantar fleksi* pada kaki (gerakan pompa betis) 2-4 jam pasca operasi
3) Lakukan gerakan *ekstensi* dan *fleksi* lutut 2- 4 jam pasca operasi
4) Memutar telapak kaki seperti membuat lingkaran sebesar mungkin menggunakan ibu jari kaki 2-4 jam pasca operasi
5) Menggerakkan panggul dari satu sisi ke sisi lain sebanyak 5 kali 2–4 jam pascaoperasi.
6) Memiringkan (posisi lateral kanan dan kiri) setiap 2 jam setelah 4 jam pascaoperasi dan berikan sokongan bantal pada punggung
7) Berikan posisi terlentang selama maksimal 2 jam

8) Berikan posisi setengah duduk untuk melakukan latihan pernafasan dan batuk 5 jam pasca operasi
9) Bantu pasien duduk di sisi tempat tidur (*dangling*) 8 jam pascaoperasi.
10) Bantu pasien berdiri 1 menit, lalu mulai berjalan 5 langkah 10 jam pascaoperasi.
11) Tingkatkan secara bertahap dengan bantuan penuh, minimal, hingga mandiri sesuai toleransi pasien
12) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Sementara itu, tahapan mobilisasi dini menurut Rachman et al., (2023) sebagai berikut:

a) Pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus tirah baring terlebih dahulu untuk memungkinkan proses pemulihan awal. Mobilisasi dini yang dapat dilakukan selama periode ini meliputi gerakan ringan pada tubuh untuk merangsang peredaran darah dan mencegah komplikasi. Beberapa gerakan yang dianjurkan antara lain menggerakkan lengan dan tangan secara perlahan, menggerakkan ujung jari kaki, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki.
b) Setelah 6-10 jam pasca operasi, pasien sudah dapat mulai melakukan pergerakan lebih lanjut. Pada tahap ini, pasien dianjurkan untuk miring ke kiri dan ke kanan secara

bergantian. Gerakan ini sangat penting untuk membantu mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli yang seringkali terjadi pada pasien pasca-operasi yang lama dalam posisi terlentang.

c) Setelah 24 jam, pasien sudah mulai diperbolehkan untuk mencoba duduk dengan bantuan. Latihan duduk ini bertujuan untuk melatih kestabilan tubuh dan mempersiapkan pasien untuk bergerak lebih lanjut. Pasien disarankan untuk duduk selama beberapa menit dengan posisi yang nyaman dan perlahan-lahan meningkatkan durasi duduk seiring waktu. Proses ini penting untuk meningkatkan kekuatan tubuh bagian atas serta memperbaiki kestabilan postur tubuh.

d) Setelah pasien dapat duduk dengan mandiri, tahapan selanjutnya adalah belajar berjalan. Pasien harus mulai berjalan dengan bantuan orang lain atau alat bantu, secara bertahap, dimulai dari jarak yang pendek dan dilakukan beberapa kali sehari. Latihan berjalan bertujuan untuk meningkatkan mobilitas pasien serta mempercepat proses pemulihan fungsi tubuh. Gerakan ini tidak hanya memperkuat otot kaki, tetapi juga membantu pasien beradaptasi dengan keadaan pasca-operasi.

c. Sikap Selama Proses Mobilisasi

Selama pelaksanaan mobilisasi dini, perawat harus menunjukkan sikap sopan, ramah, menjaga privasi pasien, serta bekerja secara teliti dan hati-hati. Perawat juga harus responsif terhadap kondisi dan reaksi pasien selama tindakan berlangsung, guna memastikan kenyamanan dan keamanan pasien.

2.1.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini Pasien *Post* Operasi

Menurut Hidayat (2018), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi mobilisasi dini pada pasien *post* operasi, yaitu:

a. Nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang kompleks, bersifat universal, dan memiliki karakter yang sangat individual. Hal ini disebabkan oleh perbedaan respon setiap individu terhadap nyeri yang tidak dapat disamakan antara satu orang dengan yang lainnya (Habawati, 2018: 38).

Nyeri pada area insisi bekas operasi menjadi salah satu hambatan utama dalam pelaksanaan mobilisasi dini. Apabila nyeri tidak dikelola dengan baik, pasien cenderung takut untuk bergerak karena khawatir akan memperburuk kondisi luka atau menyebabkan luka insisi terbuka kembali (Bahri, 2018: 58). Saat kesakitan, pasien biasanya menunjukkan tanda-tanda seperti tampak meringis, kesakitan, denyut nadi meningkat, berkeringat, bernapas lebih cepat,

pucat, berteriak, menangis dan tekanan darah meningkat (Wahyuningsih, 2019).

b. Energi

Energi menjadi salah satu faktor penting yang menentukan kemampuan kemampuan pasien *post* operasi dalam melakukan mobilisasi. Pasien *post* operasi sering kali mengalami kelelahan akibat kehilangan darah dan rasa nyeri, sehingga memerlukan waktu untuk memulihkan cadangan energi sebelum dapat bergerak dengan optimal (Habawati, 2018).

Selain faktor pendarahan dan nyeri, jenis anestesi yang diberikan juga sangat menentukan ketersediaan energi dan waktu memulai mobilisasi. Misalnya, mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal umumnya dapat dilakukan setelah 6–24 jam pasca operasi, bergantung pada durasi efek blokade motorik, sedangkan pasien dengan anestesi umum dapat mulai dimobilisasi sedini mungkin, yaitu 6–12 jam pasca operasi (UMKT, 2020).

c. Kecemasan

Pada dasarnya kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi (Muyasaroh, 2020). Kecemasan pada pasien *post* operasi sering kali terkait dengan ketakutan akan jahitan yang robek, rasa sakit yang tak tertahankan, atau kekhawatiran tentang prognosis pemulihan, yang

secara signifikan menghambat inisiatif untuk mobilisasi dini (Puspitasari, 2023).

d. Tingkat pengetahuan

Tingkat pemahaman / pengetahuan pasien *post* operasi tentang manfaat mobilisasi dini dan prosedur yang benar. Jika pasien *post* operasi tidak memahami manfaatnya, mereka akan melihat mobilisasi sebagai ancaman atau sumber rasa sakit, bukan sebagai bagian penting dari pemulihan.

Pemahaman yang baik menghilangkan keragu-raguan dan kecemasan, sehingga pasien *post* operasi akan cepat memulai mobilisasi sesuai dengan anjuran, yang pada akhirnya mempercepat proses pemulihan secara keseluruhan (Habawati, 2018).

e. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah faktor krusial bagi mobilisasi dini pasien post operasi, terwujud dalam bantuan emosional dan fisik. Secara emosional, dukungan kuat dari keluarga memberikan rasa aman dan mengurangi kecemasan pasien terhadap rasa sakit atau cedera. Secara fisik, bantuan ini sangat diperlukan karena setelah operasi, kekuatan otot pasien post operasi umumnya menurun drastis, dan mereka mungkin memiliki alat bantu (seperti infus atau kateter), sehingga bantuan fisik dari keluarga (misalnya, menopang tubuh atau membantu memindahkan selang) sangat diperlukan untuk

memastikan pasien bergerak dengan aman dan mengurangi risiko cedera atau jatuh (Suciawati, 2017).

f. Motivasi Pasien

Kemauan dan tekad pribadi pasien *post* operasi untuk segera pulih. Pasien dengan motivasi tinggi cenderung lebih patuh dan aktif melakukan gerakan mobilisasi meskipun masih merasakan nyeri ringan (Puspitasari, 2023).

g. Kondisi Klinis / Komplikasi

Kondisi medis lain seperti hipotensi, pendarahan, atau demam (komplikasi) yang dialami pasien *post* operasi dapat menjadi kontraindikasi atau menghambat kemampuan fisik pasien untuk memulai mobilisasi dini (Puspitasari, 2023).

2.1.7 Dampak Keterlambatan Mobilisasi Dini

Keterlambatan mobilisasi pada pasien pasca operasi *sectio caesarea* dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh, yang berisiko mengakibatkan infeksi, perdarahan abnormal, dan involusi uterus yang tidak optimal (Han et al., 2019). Menurut (Mubarak et al., 2015) dampak keterlambatan mobilisasi dini mencakup berbagai sistem tubuh sebagai berikut:

a. Sistem muskuloskeletal

Masalah yang timbul pada sistem musculoskeletal apabila tidak dilakukan mobilisasi dini adalah terjadi atrofi otot dalam waktu 3–5 hari setelah imobilisasi. Selain itu, sendi menjadi kaku karena

berkurangnya produksi cairan sinovial dan terbentuknya fibrosis pada kapsul sendi. Ketika pasien mencoba bergerak, akan timbul nyeri sendi akibat ketegangan struktur muskuloskeletal yang lama tidak digerakkan (Mubarak et al., 2015: 71; Notoatmodjo, 2018: 89).

b. Eliminasi urine

Mobilisasi yang tertunda menyebabkan gangguan pengosongan kandung kemih. Pasien mengalami kesulitan relaksasi otot perineum saat berkemih, sehingga terjadi retensi urine dan statis urine, yang mempermudah pertumbuhan bakteri penyebab infeksi saluran kemih (Lewis et al, 2017). Biasanya masalah ini mulai tampak setelah 24 jam imobilisasi.

c. Gastrointestinal

Imobilisasi memengaruhi tiga fungsi sistem pencernaan, yaitu fungsi ingesti, digesti, dan eliminasi. Masalah yang umum ditemukan pada individu yang tidak mau melakukan mobilisasi dini adalah konstipasi. Imobilisasi menurunkan aktivitas peristaltik usus sejak hari pertama, menyebabkan perlambatan motilitas usus. Akibatnya, feses menjadi keras dan sulit dikeluarkan, sehingga terjadi konstipasi berat. Jika konstipasi berlangsung lama, pasien membutuhkan tenaga ekstra untuk defekasi, yang berisiko meningkatkan tekanan intra-abdomen (Mubarak et al., 2015: 75). Menurut Ignatavicius & Workman (2018), konstipasi berat dapat

berkembang dalam 48–72 jam karena menurunnya stimulasi mekanis dari aktivitas fisik yang normal.

d. Respirasi

Mobilisasi yang terlambat menurunkan aktivitas pernapasan. Hal ini menyebabkan otot-otot pernapasan melemah dalam 24 jam, gerakan nafas menjadi dangkal, dan ventilasi alveolar menurun. Sekret saluran napas yang seharusnya terdorong keluar dengan perubahan posisi, akan menumpuk di jalan napas akibat kurangnya mobilisasi, yang bisa muncul setelah 24–48 jam. Sekret yang menumpuk dapat menyebabkan atelektasis, yaitu kolapsnya sebagian paru akibat sumbatan sekret dan penurunan produksi surfaktan. Biasanya atelektasis terjadi sejak hari kedua imobilisasi (Mubarak et al., 2015: 77).

e. Kardiovaskuler

Penundaan dalam melakukan mobilisasi dini dapat menyebabkan penurunan aliran darah perifer, yang pada akhirnya meningkatkan risiko terbentuknya trombus vena dalam (DVT), hipotensi ortostatik, serta terjadinya edema. Gejala hipotensi ortostatik biasanya mulai muncul dalam 24 hingga 48 jam pasca operasi, sedangkan risiko DVT meningkat setelah melewati hari ketiga (Mubarak et al., 2015: 79). Kondisi ini sering terlihat ketika pasien pertama kali mencoba duduk di sisi tempat tidur dan

mengeluhkan rasa pusing sebagai manifestasi dari hipotensi postural.

f. Metabolisme

Imobilisasi dapat mengakibatkan penurunan laju metabolisme basal tubuh, yang terjadi sebagai dampak dari menurunnya aktivitas sistem pencernaan. Selain itu, kondisi ini memicu ketidakseimbangan nitrogen negatif, disebabkan oleh dominasi proses katabolisme protein yang melebihi proses anabolisme, sehingga meningkatkan ekskresi nitrogen dari tubuh. Penurunan metabolisme yang disertai dengan kehilangan nafsu makan (anoreksia) berdampak pada berkurangnya asupan protein, yang semakin memperparah ketidakseimbangan nitrogen dan berpotensi menyebabkan malnutrisi (Mubarak et al., 2015: 81).

g. Integumen

Imobilisasi dapat memperlambat aliran darah ke jaringan dermis dan subkutis, sehingga meningkatkan risiko terjadinya luka tekan atau dekubitus (Mubarak et al., 2015: 82). Menurut Lewis et al. (2017: 195), bahwa tekanan yang terus-menerus pada area tubuh selama dua jam saja sudah cukup untuk menimbulkan kerusakan pada jaringan kulit.

h. Neurosensorik

Ketidakmampuan pasien untuk mengubah posisi tubuh dapat mengurangi rangsangan sensorik, yang berakibat pada munculnya

rasa lelah, sikap apatis, hingga kebingungan mental (Mubarak et al., 2015: 83). Gejala ini umumnya mulai terlihat dalam 48 jam pertama sejak pasien mengalami imobilisasi (Mubarak et al., 2015: 83).

i. Gangguan psikologis

Secara psikologis, keterlambatan dalam melakukan gerakan dapat menurunkan motivasi, mengganggu kemampuan dalam memecahkan masalah, serta mempengaruhi persepsi diri atau konsep diri pasien (Mubarak et al., 2015: 84). Stuart (2013) juga menjelaskan bahwa ketidakmampuan untuk menjalankan aktivitas sehari-hari seringkali memicu kecemasan dan depresi pada pasien pasca operasi. Misalnya, ada pasien yang menangis ketika pertama kali mencoba duduk, merasa tidak mampu melakukan aktivitas sederhana, dan mengalami krisis kepercayaan diri.

2.2 Teori Keperawatan *Self-Care Deficit*

Berbagai model konseptual keperawatan yang telah dikembangkan oleh para ahli, salah satunya adalah *Self Care Defisit* oleh Dorothea Orem. Model ini berfokus pada kemampuan individu dalam merawat dirinya sendiri secara mandiri guna mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan. Teori ini menjadi dasar penting bagi praktik keperawatan yang bertujuan untuk membantu klien mencapai kemandirian sesuai dengan tingkat ketergantungannya, bukan menempatkan klien dalam kondisi sepenuhnya bergantung pada perawat. Orem menekankan bahwa *self-care* bukanlah

proses yang bersifat naluriah, melainkan perilaku yang dapat dipelajari dan dikembangkan melalui bimbingan dan latihan yang tepat (Widuri, 2022).

Orem (2001) mengembangkan teori *Self Care Deficit* yang terdiri dari tiga bagian utama, yaitu: 1) *Self-care*, 2) *Self-care defisit* dan 3) *nursing system*. Ketiga teori tersebut saling berkaitan dan membentuk satu kesatuan yang utuh dalam praktik keperawatan. Hubungan antara ketiganya dijelaskan melalui enam konsep sentral, yaitu: *self-care* (perawatan diri), se*lf-care agency* (kemampuan perawatan diri), kebutuhan terapeutik *self-care*, *self-care deficit* (kekurangan perawatan diri), *nursing agency* (peran perawat), dan *nursing system* (sistem keperawatan). Selain itu, teori ini juga melibatkan satu konsep pendukung /perifer yang disebut sebagai *basic conditioning factor* atau faktor kondisi dasar, yang mempengaruhi kebutuhan dan kemampuan perawatan diri individu.

2.2.1 Teori *Self Care*

Menurut Orem (2001), *Self-Care* atau perawatan diri adalah upaya yang dilakukan individu untuk memenuhi kebutuhan dasar dan mendukung perkembangan mereka. Model *self-care* dalam keperawatan didasarkan pada keyakinan bahwa pelayanan keperawatan harus mendorong kemampuan individu untuk bertindak secara mandiri. Model ini memberikan pemahaman bahwa kegiatan keperawatan seharusnya difokuskan pada upaya individu dalam memenuhi kebutuhan dasar untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan, serta kesejahteraan, baik dalam kondisi sehat maupun sakit. Fokus utamanya adalah membantu klien

memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Apabila seseorang mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan tersebut, maka ia memerlukan bantuan orang lain untuk membantunya mencapai kemandirian (Cucu & Irna, 2024).

Self-care agency merupakan kemampuan atau kekuatan individu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Tingkat kemampuan ini dipengaruhi oleh berbagai *basic conditioning factors* atau faktor dasar seperti usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, status kesehatan, latar belakang sosial budaya, sistem pelayanan kesehatan (termasuk proses diagnostik dan tindakan yang diterima), struktur dan dukungan keluarga, pola hidup, lingkungan sekitar, serta ketersediaan sumber daya yang mendukung. Kebutuhan perawatan diri terapeutik (*therapeutic self care demands*) adalah serangkaian tindakan perawatan diri yang harus dilakukan secara menyeluruh dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi kebutuhan dasar individu. Tindakan ini dapat berupa pengaturan nilai dan perilaku yang berkaitan dengan kecukupan asupan udara, cairan, dan elemen aktivitas yang dibutuhkan untuk mempertahankan kesehatan, termasuk upaya promotif, preventif, pemeliharaan, serta penyediaan kebutuhan lainnya.

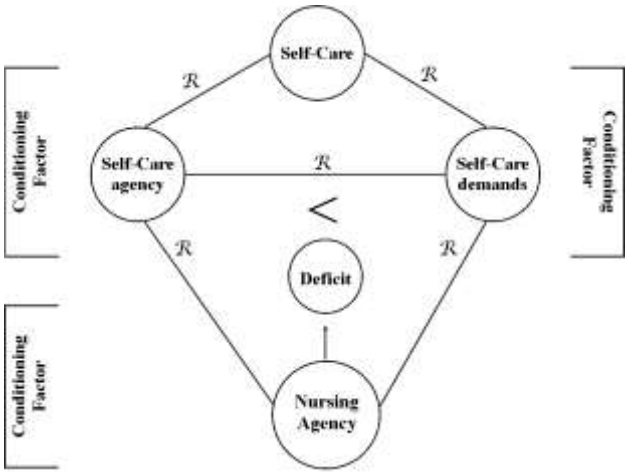
Menurut Orem (2001), kebutuhan perawatan diri (*self-care requisites*) dibagi menjadi tiga kategori utama, yaitu:

a) Kebutuhan perawatan diri universal (*Universal self-care requisites*), yaitu kebutuhan dasar yang diperlukan oleh setiap individu dalam kondisi apa pun.
b) Kebutuhan perkembangan perawatan diri (*Developmental self-care requisites*), yaitu kebutuhan yang berkaitan dengan proses perkembangan individu sesuai tahapan usianya.
c) Kebutuhan perawatan diri pada kondisi penyimpangan kesehatan (*Health deviation self-care requisites*), yaitu kebutuhan yang muncul ketika individu mengalami gangguan kesehatan yang memerlukan perawatan khusus.

2.2.2 Teori *Self-Care Deficit*

Setiap individu pada dasarnya memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Namun, ketika seseorang tidak lagi mampu melaksanakan perawatan diri tanpa bantuan, kondisi ini disebut sebagai *Self-Care Deficit*. Konsep ini menjelaskan hubungan antara kemampuan individu dalam melakukan aktivitas dan tuntutan kebutuhan perawatan diri. Ketika kemampuan perawatan diri tidak sebanding dengan kebutuhan perawatan diri (*self care demand*), maka terjadi defisit perawatan diri (*self care deficit).* Dengan kata lain, seseorang dinyatakan mengalami *self-care deficit* apabila tuntutan perawatan diri lebih besar dibandingkan dengan kemampuan yang dimilikinya. Adapun kerangka konseptual yang dijelaskan oleh Orem

menggambarkan bagaimana hubungan tersebut terbentuk dan menjadi dasar dalam penerapan asuhan keperawatan, sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Kerangka konseptual Orem's *Self Care* untuk keperawatan. R = hubungan, < = hubungan dengan gangguan, saat ini atau yang akan datang menurut Orem (2001)

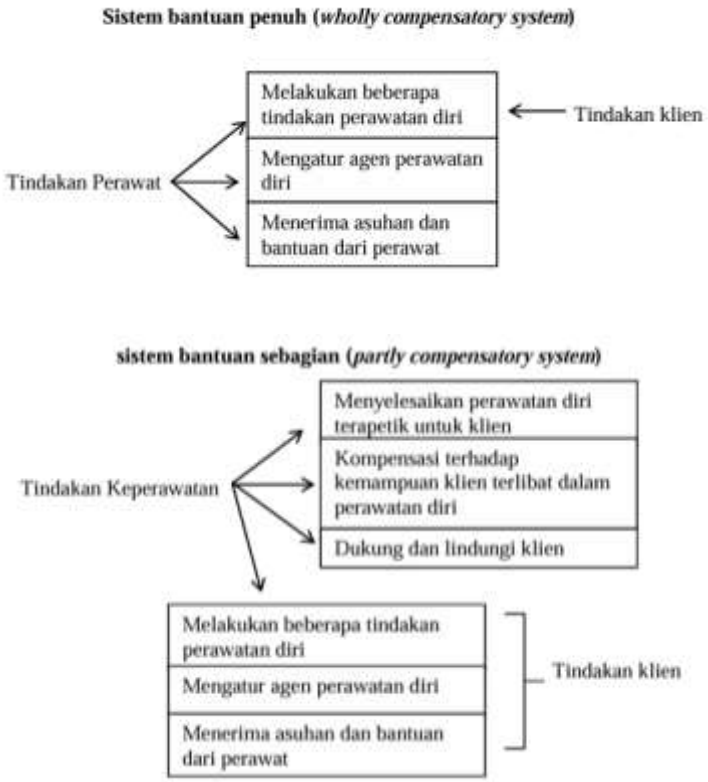
Dari teori ini dapat dilihat bahwa, setiap individu pada dasarnya memiliki kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) dan kebutuhan perawatan diri (*self-care demand*) yang selalu ada dan berjalan seiring waktu. Ketika kebutuhan perawatan diri melebihi kemampuan individu untuk memenuhinya, maka terjadilah defisit perawatan diri. Dalam situasi seperti ini, diperlukan peran perawat (*nursing agency*) atau intervensi keperawatan untuk membantu menyeimbangkan kekurangan tersebut, sesuai dengan cakupan dan tanggung jawab dalam praktik keperawatan.

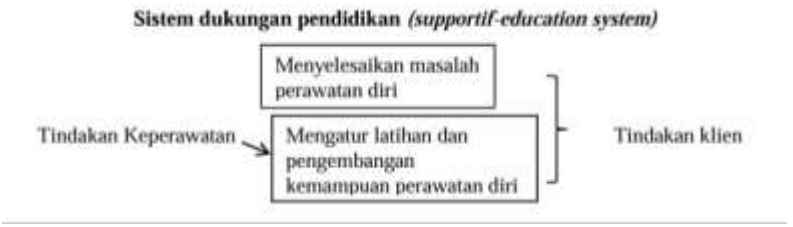
2.2.3 Teori *Nursing System*

Nursing system merupakan sistem pelayanan keperawatan yang dirancang oleh perawat dengan mempertimbangkan kebutuhan perawatan diri serta kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas *self-care* secara

mandiri. Ketika ditemukan adanya *self-care deficit*, perawat kemudian menentukan jenis intervensi atau tindakan keperawatan yang sesuai untuk membantu memenuhi kebutuhan tersebut.

Nursing agency merujuk pada individu yang memiliki pendidikan dan keterampilan sebagai perawat yang bertugas membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Bantuan ini diberikan melalui latihan serta upaya pengembangan kemampuan pasien untuk menjadi lebih mandiri dalam perawatan dirinya. Pelaksanaan asuhan keperawatan mandiri selalu disesuaikan dengan tingkat ketergantungan dan kemampuan pasien dalam melakukan *self-care*. Berdasarkan hal tersebut, Orem (2001) membagi *nursing system* ke dalam tiga kategori, yaitu:





Gambar 2. 2 Tiga klasifikasi *nursing system* berdasarkan tingkat ketergantungan *self-care* pasien menurut Orem (2001)

a. Sistem bantuan secara penuh (*Wholly Compensatory System*).

Sistem ini diterapkan ketika pasien berada dalam kondisi sepenuhnya tidak mampu secara fisik untuk mengendalikan gerakan maupun memenuhi kebutuhan dasarnya. Dalam situasi ini, perawat mengambil alih seluruh aktivitas perawatan diri pasien. Contohnya adalah pasien yang berada dalam kondisi koma, di mana individu tidak dapat memenuhi kebutuhannya sendiri, tidak mampu bergerak, serta tidak dapat membuat keputusan yang tepat untuk dirinya sendiri (Agustinawati et al., 2022).

b. Sistem bantuan sebagian (*Partialy Compensatory System*).

Pada sistem ini, sebagian aktivitas perawatan diri masih dapat dilakukan oleh pasien secara mandiri, sementara sebagian lainnya tetap membutuhkan bantuan perawat. Biasanya sistem ini diterapkan pada pasien dengan keterbatasan gerak yang memerlukan bantuan minimal untuk memenuhi kebutuhan self-care sehari-hari (Agustinawati et al., 2022).

c. Sistem Supportif dan edukatif (*Supportive -Educative System*).

Sistem ini ditujukan untuk pasien yang secara fisik mampu melakukan perawatan diri, namun membutuhkan dukungan, bimbingan, serta edukasi agar dapat melaksanakan self-care secara optimal. Dalam sistem ini, perawat berperan memberikan pendidikan dan dorongan, sehingga diharapkan pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri setelah mendapatkan informasi dan pelatihan yang sesuai (Agustinawati et al., 2022).

2.3 Penerapan Teori *Nursing Agency* dalam Mobilisasi Dini Pada Pasien *Post* Operasi *Sectio Caesarea*

Nursing agency adalah sekelompok individu yang telah menempuh pendidikan profesional di bidang keperawatan, sehingga memiliki kemampuan dan kewenangan untuk memberikan asuhan yang berlandaskan prinsip terapeutik dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri individu lain (Kirana et al, 2023). Hal ini memungkinkan mereka untuk melakukan, mengetahui, dan membantu orang lain dalam mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri terapeutik mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self-care agency*. *Nursing agency* berperan untuk membantu pasien yang tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri mereka secara mandiri, dengan memberikan dukungan yang sesuai dengan pengetahuan dan keterampilan

yang dimiliki perawat, guna meningkatkan kualitas hidup dan pemulihan pasien (Paratami et al, 2024).

2.3.1 Tujuan *Nursing Agency*

Berdasarkan pengertian *nursing agency*, maka tujuan dari *nursing agency* adalah sebagai berikut (Kirana et al., 2023):

a. Memenuhi kebutuhan pasien untuk mencapai kemandirian dalam perawatan diri dengan cara mengenali kebutuhan dan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri.
b. Meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien melalui bimbingan, edukasi, dan intervensi keperawatan yang terarah.
c. Mencegah terjadinya komplikasi akibat defisit perawatan diri melalui tindakan keperawatan yang aman dan tepat waktu.
d. Meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memberikan dukungan yang diperlukan melalui pengembangan *self-care agency* pasien.
e. Mencegah terjadinya komplikasi akibat defisit perawatan diri melalui tindakan keperawatan yang aman dan tepat waktu.

2.3.2 Lima Metode Intervensi *Nursing Agency* menurut Dorothea Orem

Menurut Orem (2001), dalam membantu individu memenuhi kebutuhan perawatan diri dan menyelesaikan masalah kesehatannya, terdapat lima metode intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat, yaitu:

a. Memberikan pelayanan langsung dalam bentuk tindakan (*Acting for or doing for another*).

Pada tahap awal pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien *post* operasi *sectio caesarea*, seringkali pasien belum mampu bergerak secara mandiri karena mengalami nyeri, kelemahan otot perut, serta efek samping anestesi. Dalam kondisi ini, perawat memegang peranan penting dalam memberikan pelayanan langsung, yaitu dengan menggantikan sebagian aktivitas pasien. Bentuk intervensi ini meliputi bantuan aktif pada setiap tahapan mobilisasi dini, seperti: membantu pasien melakukan gerakan ekstremitas bawah dini pada 2-4 jam *post* operasi, membantu miring kanan/kiri setiap 2 jam (setelah 4 jam *post* SC), menopang tubuh saat pertama kali mencoba duduk di tepi tempat tidur (8 jam *post* SC), serta memberikan bantuan fisik saat pasien pertama kali mencoba berdiri dan berjalan 5 langkah (10 jam *post* SC) (Sayed et al., 2020). Selain itu, perawat juga memastikan kebutuhan pereda nyeri/ Analgetik terpenuhi agar mobilisasi dapat berjalan dengan nyaman (Yüceer, 2011).

b. Memberikan bimbingan dan arahan (*Guiding and Directing*).

Perawat juga berperan sebagai pembimbing dengan memberikan arahan serta petunjuk yang jelas dan aman mengenai langkah-langkah yang harus dilakukan pasien, seperti latihan pernapasan, gerakan ekstremitas, serta cara yang aman untuk duduk dan berdiri. Selain itu, perawat mengarahkan pasien dengan sabar saat melakukan latihan gerak dan memberikan informasi tentang

batasan atau hal-hal yang tidak boleh dilakukan selama proses pemulihan. Bimbingan ini bertujuan agar pasien dapat memahami dan melaksanakan mobilisasi secara bertahap dan mandiri (Tazreean et al., 2022).

c. Memberikan dorongan secara fisik dan psikologis (*Providing physical or psychological support*).

Perawat tidak hanya memberikan bantuan fisik, tetapi juga menyediakan dukungan psikologis yang esensial. Dukungan ini berperan dalam meningkatkan keberanian dan mengurangi rasa takut pasien untuk bergerak. Banyak pasien *post* SC mengalami kecemasan terhadap rasa sakit atau risiko jahitan terbuka. Dalam situasi ini, perawat memberikan semangat agar pasien berani bergerak, menenangkan pasien ketika merasa cemas, dan memberikan pujian serta apresiasi atas kemajuan sekecil apa pun yang dicapai. Perawat juga membantu mengurangi rasa nyeri melalui teknik atau posisi yang nyaman saat mobilisasi (Agustin, 2022)

d. Memberikan dan mempertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan pribadi (*Providing and maintaining an environment that supports personal development*).

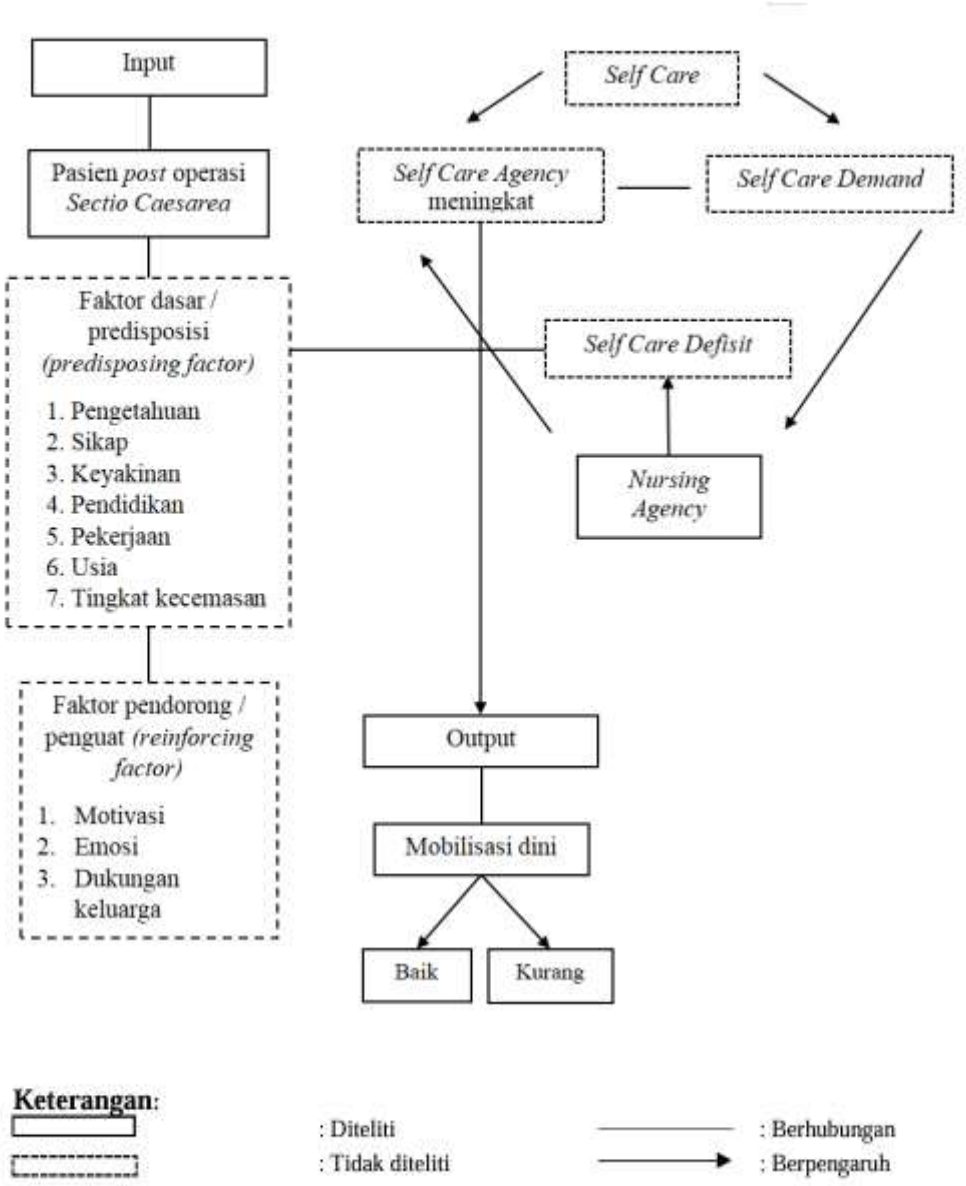
Doroteha Orem menekankan bahwa lingkungan yang aman dan nyaman memiliki peran penting dalam mendorong kemandirian pasien. Perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa

lingkungan sekitar mendukung mobilisasi pasien; seperti memastikan lantai kering, *handrail* terpasang, benda terjangkau, serta mengelola suhu ruangan agar nyaman untuk beraktivitas dan istirahat. Selain itu, perawat menjaga privasi dan kenyamanan pasien selama proses mobilisasi (misalnya, menutup tirai saat membantu berpakaian/seka), sekaligus menciptakan suasana positif yang memotivasi pasien untuk pulih (Agustin, 2022).

e. Memberikan pengajaran (*Teaching*).

Pengajaran merupakan bagian penting dalam intervensi keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien dan keluarganya memahami dan menguasai keterampilan yang dibutuhkan dalam perawatan diri secara mandiri. Melalui proses edukasi, perawat menjelaskan manfaat mobilisasi dini bagi proses penyembuhan, menjelaskan dampak komplikasi jika mobilisasi terlambat, serta menyampaikan informasi dengan menyesuaikan kemampuan pemahaman dan kondisi fisik pasien. Perawat juga menyediakan materi atau penjelasan tambahan (misalnya, lembar panduan/video) agar pasien dapat berlatih secara mandiri (Sulistiawati et al., 2024).

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2. 3 Kerangka Konseptual "Hubungan antara *nursing agency* dengan mobilisasi dini pada pasien *post* operasi *sectio caesarea*".

Kerangka konseptual penelitian ini disusun berdasarkan teori *Self Care* yang dikembangkan oleh Dorothea Orem, yang menjelaskan bahwa kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) berperan penting dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan individu. Dalam penelitian ini, pasien *post*

operasi *Sectio Caesarea* menjadi fokus utama yang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang memengaruhi kemampuan perawatan dirinya.

Faktor-faktor tersebut dibedakan menjadi faktor predisposisi *(predisposing factors)* dan faktor penguat *(reinforcing factors).* Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, pendidikan, pekerjaan, usia, dan tingkat kecemasan, yang berperan membentuk kesiapan pasien dalam melakukan perawatan diri. Sedangkan faktor penguat terdiri atas motivasi, emosi, dan dukungan keluarga, yang berfungsi memperkuat serta mempertahankan perilaku perawatan diri pasien.

Kedua faktor tersebut berkontribusi terhadap peningkatan *self care agency*, yaitu kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Peningkatan kemampuan ini akan menurunkan risiko *self care deficit* dan secara tidak langsung dipengaruhi oleh *nursing agency*, yaitu dukungan dan intervensi perawat dalam membantu pasien mencapai tingkat kemandirian optimal.

Melalui peningkatan *self care agency* serta dukungan dari *nursing agency*, pasien diharapkan mampu melakukan mobilisasi dini *post* operasi *Sectio Caesarea* dengan baik. Hasil akhir dari proses ini ditunjukkan melalui *output* berupa kemampuan mobilisasi dini dikategorikan menjadi dua kelompok: mobilisasi baik dan mobilisasi kurang.

Dengan demikian, kerangka konseptual ini menegaskan bahwa keberhasilan mobilisasi dini pasien *post* operasi *Sectio Caesarea* dipengaruhi oleh kombinasi faktor predisposisi dan faktor penguat yang membentuk

kemampuan perawatan diri, serta peran aktif tenaga keperawatan dalam mendukung tercapainya kemandirian pasien.

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban dugaan sementara terhadap rumusan dalam masalah penelitian, yang disusun berdasarkan teori yang relevan dan logika berpikir namun belum terbukti secara empiris (Zahara Fadilla, 2022).

Penelitian ini menggunakan hipotesis asosiatif, yaitu dugaan sementara yang menyatakan adanya hubungan antara dua atau lebih variabel (Sugiyono, 2019:69).

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah "Terdapat hubungan antara *nursing agency* dengan mobilisasi dini pada pasien *post* operasi *sectio caesarea* di RS Karsa Husada Batu".