

PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PASCA OPERASI SEKSIO SESAREA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS

Nasriani¹⁾*

¹⁾ Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Makassar
Jl. Sultan Alauddin No.259, Kec. Rappocini, Kota Makassar, Sulawesi Selatan

*E-mail korespondensi : nasriani.jokam354@gmail.com

ABSTRAK

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Ibu bersalin secara Caesar, akan merasakan beberapa ketidaknyamanan yaitu rasa nyeri hebat. Proses pemulihan cenderung berlangsung lebih lama dibanding persalinan normal. Salah satu cara yang bisa dilakukan untuk mempercepat proses penyembuhan luka yaitu dengan melakukan mobilisasi untuk mencegah komplikasi seperti emboli paru dan tromboplebitis. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien *post section caesarea* dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. Subjek studi kasus yaitu pasien *post section caesarea* yang mengalami gangguan aktivitas. Instrumen yang digunakan yaitu lembar observasi dan lembar wawancara. Hasil penelitian menunjukkan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri *post section caesarea*. Dapat disimpulkan bahwa dengan penerapan asuhan keperawatan, kebutuhan aktivitas pasien dapat dilakukan secara mandiri. Perawat dianjurkan melibatkan pasien dan keluarga dalam setiap tindakan yang diberikan untuk melatih pasien dalam melakukan aktivitas secara mandiri.

Kata kunci: Kebutuhan aktivitas, pascaoperasi seksio sesarea.

ABSTRACT

Caesarean section is a method of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the front wall of the stomach. Mothers giving birth by Caesarean, will feel some discomfort, namely intense pain. The recovery process tends to take longer than normal delivery. One way that can be done to speed up the wound healing process is by mobilizing it. In addition, mobilization is also useful for preventing complications such as pulmonary embolism and thrombophlebitis. This study aimed to provide an overview of the application of nursing care to post sectio caesarean patients in meeting the needs of the activity using a case study method with a nursing process approach consisting of assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation. The case study subject was one patient selected based on the inclusion criteria, namely a post-caesarean section patient who experienced disruption of activity. The instruments used were observation sheets and interview sheets. The results showed that physical mobility constraints were associated with post-caesarean section pain. It can be concluded that with the application of nursing care, the patient's activity needs can be done independently. In the application of nursing care, it is recommended that nurses involve patients and families in every action given to train patients to carry out independent activities.

Keywords: Activity needs, Post operation section caesarean.

A. PENDAHULUAN

Seksio sesarea merupakan cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding rahim melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2013). Sectio *caesarea* berasal dari bahasa latin caesarea yang artinya memotong atau mengiris. Dalam kebidanan istilahnya mengacu pada prosedur pembedahan yang bertujuan untuk melahirkan bayi dengan cara membuka dinding perut dan rahim ibu. (Todman, 2007; Lia et. al, 2010).

Ibu yang melahirkan melalui operasi caesar akan merasakan ketidaknyamanan termasuk rasa nyeri yang derajatnya bisa berbeda untuk setiap ibu. Proses pemulihannya cenderung memakan waktu lebih lama jika dibandingkan dengan persalinan normal. (Erina & Widia, 2016). Ibu yang melahirkan secara seksio sesarea lebih berisiko mengalami komplikasi jika dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara normal. Selain itu, operasi seksio sesarea yang dilakukan akan menyisakan kondisi luka insisional. Dalam menangani luka sayatan akibat operasi seksio sesarea diperlukan tindakan dan bimbingan dari petugas kesehatan untuk mempercepat proses penyembuhan luka, salah satunya dengan melakukan mobilisasi.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2016 menetapkan standar rata-rata sectio caesarea di suatu negara menjadi 5-15% per 1000 kelahiran di dunia dan angka persalinan dengan operasi *caesar* sekitar 10% hingga 15% dari seluruh kelahiran. Di negara maju seperti Inggris Raya kejadian Sectio Caesarea adalah 20% (Sihombing, 2017). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI, angka kejadian seksio sesarea di Indonesia adalah 15,3%, diatas standar yang dikeluarkan oleh WHO yaitu di rumah sakit pemerintah rata-rata angka persalinan dengan operasi *caesar* yaitu 11%, sedangkan di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (Pusdatin, 2017).

Menurut survei demografi dan kesehatan Indonesia (2015), jumlah AKI (angka kematian ibu) adalah 305 / 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya disebabkan oleh proses persalinan. Walaupun persalinan merupakan proses fisiologis tetapi dapat menjadi kondisi patologi, salah satu jenis pertolongan persalinan patologis yaitu SC (seksio sesarea). (Kemenkes RI, 2015).

Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2015 jumlah AKI 40 kasus meninggal, pada tahun 2016, AKI 46 kasus, sehingga jika dihitung jumlah AKI adalah 87,3 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data di Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar menunjukkan bahwa persalinan normal pada tahun 2015 sekitar 60%, dan seksio sesarea sekitar 40%, kemudian pada tahun 2016 persalinan normal sekitar 45%, seksio sesarea sekitar 55%. Pada tahun 2017, persalinan normal sekitar 25% persalinan dan seksio sesarea sekitar 75%. Dari hasil data bahwa dari tahun 2015-2017 seksio sesarea mengalami peningkatan dibandingkan persalinan normal.

Operasi untuk melahirkan anak melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ternyata memiliki bahaya yaitu terjadinya infeksi berupa ancaman yang serius sehingga menimbulkan kematian, walaupun dengan perkembangan teknologi operasi caesar yang pesat sehingga bahayanya bisa ditekan. (Rahma, Kasim & Angriyani, 2015).

Menurut Prawirohardjo (2012) keputusan untuk melakukan seksio sesarea sudah diambil, sehingga perlu diperhatikan secara cermat indikasi dan risiko yang mungkin terjadi. Pertimbangan tersebut harus didasarkan pada penilaian pra operasi lengkap, mengacu pada kondisi operasi dan anestesi. Berdasarkan hasil penelitian Rahma, Kasim, Anggriani (2015)

bahwa operasi caesar memiliki hubungan antara mobilisasi dini dengan penyembuhan luka pada pasien seksio sesarea.

Mobilisasi dini merupakan upaya memandu kemandirian pasien sedini mungkin (sekitar 8-24 jam setelah persalinan) untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Sumarah, 2013). Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, dimulai dari gerakan miring kanan dan kiri, kemudian ibu dapat duduk pada hari kedua, menggerakkan kaki dan berjalan pada hari ketiga. Mobilisasi berguna untuk menormalkan sirkulasi dalam tubuh (Marmi, 2015). Selain itu, manfaat mobilisasi dini adalah mencegah komplikasi seperti emboli paru dan tromboflebitis (Rasjidi, 2009).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran dari penerapan asuhan keperawatan pada pasien pasca operasi seksio sesarea dalam pemenuhan Kebutuhan aktivitas.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus yang memberikan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi yang berfokus pada pemenuhan Kebutuhan aktivitas. Adapun instrumen yang digunakan adalah lembar observasi dan lembar wawancara. Penelitian ini dilaksanakan di RS TK II Pelamonia Makassar pada bulan juli 2018. Subjek studi kasus yaitu satu pasien yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu pasien *post section caesarea* yang mengalami gangguan aktivitas.

C. HASIL PENELITIAN

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang diperoleh dengan metode wawancara dan observasi ke pasien dan keluarga. Klien mengatakan ini merupakan persalinan yang ketiga dengan pemeriksaan ANC setiap bulan, pernah melakukan imunisasi TT, HPHT: 10-10-2017, TP: 11 Juli 2018.

Riwayat kesehatan masa lalu, klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan dan obat-obatan, riwayat kesehatan keluarga klien mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan, penyakit menular maupun tidak menular.

Keluhan utama yang didapatkan saat melakukan pengkajian yaitu klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, tidak mampu melakukan ADL secara mandiri, klien juga mengatakan kesulitan dalam posisi miring kanan dan kiri dan mengalami keterbatasan rentang gerak, klien terlihat lemah, ekspresi wajah klien nampak meringis, klien nampak sulit bergerak, klien nampak pucat.

Hasil pemeriksaan fisik pada Ny.I, kesadaran klien composmentis (sadar penuh), klien pada pemeriksaan tanda- tanda vital di dapatkan hasil, tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi: 82 x/menit, Suhu: 37,7°C, pernapasan 20 x/menit. Terapi obat oral Asam mefenamat 3x500 gram/8jam

2. Diagnosis

Masalah keperawatan yang ditemukan terkait kebutuhan aktivitas adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri *post sectio caesarea* yang ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, kesulitan dalam posisi miring kanan dan kiri, dan mengalami keterbatasan rentang gerak. Data objektif: klien terlihat lemah, ekspresi wajah klien nampak meringis, klien nampak sulit bergerak, klien nampak pucat, TTV: tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi: 82x/menit, suhu 37,7 °C, frekuensi napas 20 x/menit.

3. Intervensi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Mobilitas fisik meningkat aktivitas, dengan kriteria hasil, pasien mampu meningkatkan aktivitas fisiknya secara mandiri.

Adapun intervensi yang dilakukan berdasarkan diagnosis keperawatan yaitu:

a. Monitor tanda-tanda vital

Rasional: Untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien

b. Monitor kemampuan pasien dalam melakukan mobilitas fisik

Rasional: Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya dan meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, dan membantu mencegah kontraktur

c. Ajarkan pasien cara merubah posisi

Rasional: Menurunkan risiko terjadinya trauma/ iskemia jaringan.

d. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri

Rasional: Mengurangi risiko kontraktur otot, mempercepat proses penyembuhan, dan segera membuat pasien mandiri dalam melaksanakan aktivitas

4. Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan rencana tindakan yang telah ditetapkan, adapun implementasi sebagai berikut:

Rabu 11 Juli 2018, implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu: a) Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil: tekanan darah: 110/60 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, suhu: 36,7°C, frekuensi napas: 20x/menit. b) Memonitor kemampuan klien dalam mobilitas dengan hasil: klien nampak kesulitan untuk bergerak. c) Mengajarkan pasien merubah posisi dengan hasil: klien belum memahami sepenuhnya cara merubah posisi sehingga nampak sulit merubah posisi miring kiri dan kanan. d) Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan dengan hasil: klien terlihat dibantu oleh keluarga dan suami saat mengganti pakaian maupun ke toilet.

Kamis 12 Juli 2018, implementasi keperawatan yang dilakukan adalah: a) memonitor tanda-tanda vital dengan TD: 120/60 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, suhu: 37,5°C, frekuensi napas: 22x/menit. b) Mengkaji kemampuan klien dalam mobilitas dengan hasil: klien nampak masih kesulitan untuk bergerak atau melakukan aktivitas. c)

Mengajarkan pasien merubah posisi dengan dengan hasil: klien mengerti penjelasan yang diajarkan tentang posisi miring kiri dan kanan dan mencoba bergerak secara perlahan-lahan. d) Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri dengan hasil: klien terlihat sudah mampu melakukan secara perlahan-lahan saat mengganti pakaian meski masih dibantu oleh keluarga untuk ke toilet.

Jum'at, 13 Juli 2018, implementasi keperawatan yang dilakukan adalah: a) Memonitor tanda-tanda dengan hasil: tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, suhu: 36,5°C, frekuensi napas: 20x/menit. b) Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil: klien nampak mengubah posisi ke kiri dan ke kanan secara perlahan-lahan tanpa bantuan. c) Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri dengan hasil: klien sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan menggunakan metode SOAP yaitu S) Subjek (kata mengatakan), O) Objektif (terlihat klien/temuan perawat) A) Asesmen (apakah masalah sudah teratasi atau belum teratasi), P) Perencanaan (Intervensi dilanjutkan atau dipertahankan). Adapun hasil evaluasi keperawatan setelah pasien diberikan tindakan keperawatan.

Rabu 11 Juli 2018: S) klien mengatakan sulit dalam mengubah posisi (sim kiri dan kanan). O) klien nampak terlihat lambat saat berjalan, ekspresi wajah klien nampak meringis, aktivitas klien masih nampak dibantu suami dan keluarga, tekanan darah: 110/60 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, suhu: 36,7°C, frekuensi napas: 20x/menit. A) Masalah belum teratasi. P) Lanjutkan intervensi: Monitor tanda-tanda vital, kaji kemampuan pasien dalam mobilitas, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri.

Kamis 12 Juli 2018: S) Klien mengatakan masih melakukan aktivitas dengan bantuan suami dan keluarga. O) TD: 120/60 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, suhu: 37,5°C, frekuensi napas: 22x/menit. klien mengerti penjelasan yang diajarkan tentang posisi miring kiri dan kanan dan mencoba bergerak secara perlahan-lahan, klien terlihat sudah mampu melakukan secara perlahan-lahan saat mengganti pakaian meski masih dibantu oleh keluarga untuk ke toilet. A) Masalah belum teratasi. P) Lanjutkan intervensi: Monitor tanda-tanda vital, kaji kemampuan pasien dalam mobilitas ajarkan pasien bagaimana merubah posisi, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri.

Jum'at, 13 Juli 2018: S) Klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sendiri dan mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan. O) Klien berjalan sendiri ke kamar mandi dan melakukan kegiatan mandiri. Tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, suhu: 36,5°C, frekuensi napas: 20x/menit. A) Masalah teratasi. P) Pertahankan intervensi.

D. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

a. Nyeri pada luka bekas operasi

Ibu yang melahirkan melalui operasi caesar dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara normal akan lebih membatasi pergerakannya pada periode awal post partum. Hal ini disebabkan luka operasi yang dapat menimbulkan rasa nyeri. Karena nyeri, pasien cemas dan takut untuk bergerak. Mobilisasi dini sangat bermanfaat untuk mencegah trombosis dan emboli, serta membantu proses penyembuhan pasien (Mochtar, 2005 dalam Netty, 2013)

b. Tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri

Kasdu (2013) menyatakan bahwa seorang ibu yang baru saja menjalani operasi caesar akan mengalami ketergantungan saat melakukan aktivitas, namun setelah melakukan / diajar untuk segera melakukan mobilisasi maka proses penyembuhan pada pasien akan lebih cepat sehingga pasien dapat lebih leluasa melaksanakan aktivitas / kemandirian dalam menjalankan aktivitasnya dan juga pasien akan terhindar komplikasi yang dapat terjadi seperti risiko tinggi perdarahan abnormal, dan rawat inap berkepanjangan.

c. Kesulitan dalam posisi miring kanan dan kiri

Tidak melakukan mobilisasi karena sakit dan takut jahitan lepas serta anjuran keluarga yang mengatakan jangan terlalu banyak bergerak karena dikhawatirkan akan terjadi pendarahan. Alasan pasien ini justru bertentangan dengan pendapat Roper (2005), karena manfaat dari mobilisasi adalah untuk memelihara fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernapasan yang lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi allvi dan urine, memulihkan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan pergerakan sehari-hari.

2. Diagnosa

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan dalam kasus Ny. I yaitu gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri pasca operasi seksio sesarea. Menurut Sutanto dan Fitriana (2015), mobilisasi dini merupakan suatu tindakan untuk membimbing pasien secepatnya bangun dari tempat tidur dan berjalan secepat mungkin.

3. Intervensi

Tujuan intervensi keperawatan pada pasien yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengembalikan keadaan untuk bergerak, mampu melakukan mobilisasi secara bertahap, dan meningkatkan toleransi untuk melakukan aktivitas fisik secara mandiri (Lyndon, 2013).

a. Monitor tanda-tanda vital

Mobilisasi dini memiliki manfaat pada sistem kardiovaskular dapat meningkatkan curah jantung, meningkatkan kontraksi miokard, memperkuat otot jantung, menurunkan tekanan darah, meningkatkan aliran balik vena. Dalam sistem pernapasan, ini meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernapasan, meningkatkan ventilasi alveolus, menurunkan kerja pernapasan, dan meningkatkan perkembangan diafragma.

b. Kaji kemampuan pasien dalam mobilitas

Kebutuhan mobilisasi atau aktivitas merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Salah satu tanda kesehatan adalah kemampuan seseorang untuk tidak terlepas dari fungsi sistem saraf dan ototnya. Manusia memiliki kebutuhan untuk bergerak agar dapat memenuhi kebutuhan dasarnya (Perawati, 2016).

c. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Susilowati, D (2015) yang menunjukkan bahwa 75% faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka pada pasien post operasi sectio caesarea dipengaruhi oleh mobilisasi. Dengan demikian, mobilisasi berdampak langsung pada percepatan proses penyembuhan nifas.

d. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri

Mobilisasi dini yang dilakukan secara rutin menyebabkan sirkulasi di area sayatan menjadi lancar. Sirkulasi darah yang lancar dapat membantu dalam penyembuhan luka karena darah mengandung zat yang dibutuhkan untuk menyembuhkan luka sehingga jaringan sayatan yang terluka akan menimbulkan zat esensial untuk penyembuhan, seperti oksigen, asam amino, vitamin dan mineral. Oleh karena itu, sangat dianjurkan para ibu untuk melakukan mobilisasi dini secepatnya (Kiik, 2009).

4. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan langkah keempat dalam proses asuhan keperawatan dimana tindakan diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang telah ditentukan sebelumnya. Implementasinya harus sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan keperawatan ini diberikan selama tiga hari dengan hasil klien mampu melakukan gerakan atau tindakan secara mandiri atau tanpa bantuan orang lain.

5. Evaluasi

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2011), evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil. Tujuannya adalah untuk menentukan sejauh mana tujuan asuhan dapat dicapai dan untuk memberikan umpan balik tentang asuhan keperawatan yang diberikan. Beberapa kriteria yang dapat digunakan menurut Nurarif dan Kusuma (2015) yaitu pasien meningkat dalam melakukan aktivitas fisik, pasien memahami tujuan peningkatan mobilitas, mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kemampuan bergerak.

Kendala mobilisasi fisik ibu pasca SC teratasi, yang ditandai dengan ibu mengetahui mobilisasi dini, ibu bersedia melakukan mobilisasi dini sesuai prosedur, dan ibu mampu melakukan mobilisasi dini sesuai dengan ketentuan tujuan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini.

E. KESIMPULAN

Perkembangan aktivitas fisik pasien dari observasi hari pertama hingga hari ketiga, pasien terus menunjukkan kemajuan dari bantuan total hingga kemandirian. Setelah diberikan tindakan keperawatan mobilisasi dini, pasien dapat merawat bayi, pasien dapat berjalan dengan efektif. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi pasien dan proses penyembuhan luka serta kondisi luka operasi yang semakin hari semakin membaik.

F. UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Ketua Program Studi DIII Keperawatan FKIK Universitas Muhammadiyah Makassar atas motivasi yang diberikan kepada peneliti, pihak Rumah Sakit TK II Pelamonia yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian, Ny.I dan keluarganya yang telah berpartisipasi aktif selama penelitian.

G. REFERENSI

- Amru sofian. (2013). Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri: Obstetri Operatif Obstetri Social Edisi 3 Jilid 1 & 3. EGC: Jakarta
- Kasdu. (2013). Operasi Caesar Masalah dan solusinya. Jakarta: Puspa Swara
- Kemendes. (2015). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kiik, S. M. (2009), Early Mobilization Influence to Peristaltic's Recovery Time Intestine on Pasca's Patient Hands Out Abdomen at ICU BPRSUD Labuang Baji Makasar, STIK Maranatha Kupang
- Marmi. 2015. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Netty, Indarmien. 2013. Hubungan Mobilisasi Dini dengan Penyembuhan Luka Post Operasi Seksio Sesarea di Ruang Rawat Gabung Kebidanan RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jogjakarta: MediAction
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rahma N, Kasim J, Angriani S. Hubungan Mobilisasi Dini Terhadap Kesembuhan Luka Pada Pasien Sectio Caesarea Di Rskd Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar
- Saputra, Lyndon. 2013. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Binarupa Aksara
- Sumarah. 2013. Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka Post Sectio aesarea.(<http://ejournal.stikesmukla.ac.id/>)
- Sudiharjani N. Mobilisasi Dini Dan Penyembuhan Luka Operasi Pada Ibu Post Sectio Caesarea (Sc) Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga. Inprosiding Seminar Nasional & Internasional 2012
- Susilowati D (2015). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ibu Nifas Dalam Pelaksanaan Mobilisasi Dini. Jurnal Infokes Universitas Duta Bangsa Surakarta
- Sutanto AV, Fitriana Y. (2015). Asuhan pada Kehamilan. Jogjakarta: Pustaka Baru Press
- Tarwoto, Wartolah. (2011). Kebutuhan dasar dalam personal hygiene Edisi ke 3. Jakarta: Salemba Medika
- Todman D. 2007. A History of Caesarean Section: From Ancient World to The Modern Era. Australian and New Zealand Journal of Obstet and Gynaecol