

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu praoperatif, intra operatif, dan pasca operatif. Dalam setiap fase tersebut dimulai dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (Brunner & Suddarth, 2010).

Keperawatan perioperative tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperative. Keperawatan perioperative dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperative (pre, intra, post) (Muttaqin & Sari, 2009).

Menurut Alimul (2009) perioperatif merupakan tahapan dalam proses pembedahan yang dimulai dari prabedah (preoperative), bedah (intraoperative), dan pasca beda (postoperative) (Puspitarini, 2020).

2. Fase Pelayanan Perioperatif

Keahlian seorang perawat kamar bedah dibentuk dari pengetahuan keperawatan professional dan keterampilan psikomotor yang kemudian di integrasikan kedalam tindakan keperawatan yang harmonis. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang sifatnya risiko atau aktual pada setiap fase perioperatif akan membantu penyusunan rencana intervensi keperawatan (Muttaqin & Sari, 2009).

a. Fase Pre Operatif

Fase praoperatif adalah waktu sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan. Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (*one day care*), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin & Sari, 2009).

b. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif adalah suatu masa dimana pasien sudah berada di meja pembedahan sampai ke ruang pulih sadar. Asuhan keperawatan intraoperative merupakan salah satu fase asuhan yang dilewati pasien bedah dan diarahkan pada peningkatan keefektifan hasil pembedahan. Pengkajian yang dilakukan perawat intraoperative lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar dapat segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat risiko atau aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang di prioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim intraoperative, dan melibatkan tindakan independent dan dependen.

Pada fase intraoperative, pasien akan mengalami berbagai prosedur, prosedur pemberian anestesi, pengaturan posisi tubuh, manajemen aseptis, dan prosedur tindakan invasive akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul (Muttaqin & Sari, 2009).

c. Fase Post Operatif

Fase pasca operatif adalah suatu kondisi dimana pasien sudah masuk di ruang pulih sadar sampai pasien dalam kondisi sadar betul untuk dibawa ke ruang rawat inap. Ruang pulih sadar (*recovery room*) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU) merupakan suatu ruangan untuk pemulihan fisiologis pasien pasca operatif. PACU biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi (Muttaqin & Sari, 2009).

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan fungsi vital serta mencegah komplikasi kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawat tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan.

3. Klasifikasi Perawat Perioperatif

Menurut urgensim maka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.
- b. Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi dibagi menjadi:

- 1) Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh : insisi. Drainage kandung kemih, sirkumsisi.
- 2) Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh : total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain.

4. Komplikasi Post Operatif dan Penatalaksanaannya

a. Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.

c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

1) Retensi urin

Retensi urine paling sering terjadi pada kasus-kasus operasi rektum, anus dan vagina. Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah pemasangan kateter untuk membatu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

2) Infeksi luka operasi

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

3) Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

4) Embolisme pulmonal

Embolisme dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

5) Komplikasi gastrointestinal

Komplikasi pada gastrointestinal sering terjadi pada pasien yang mengalami operasi abdomen dan pelvis. Komplikasinya meliputi obstruksi intestinal, nyeri dan distensi abdomen.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Pengkajian

a. Pre Operatif

Pengkajian pasien pada fase pre operatif secara umum dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien (Muttaqin & Sari, 2009).

1) Pengkajian Umum

Pada pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan secara komprehensif di mana

seluruh hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu dilakukan secara seksama.

- a) Identitas pasien : pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Selain itu juga diperlukan untuk memperkuat identitas pasien.
- b) Jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan : diperlukan sebagai persiapan finansial yang sangat bergantung pada kemampuan pasien dan kebijakan rumah sakit tempat pasien akan menjalani proses pembedahan
- c) Persiapan umum : persiapan informed consent dilakukan sebelum dilaksanakannya Tindakan

2) Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien di rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan perawat melalui Teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang diperlukan sesuai dengan klasifikasi pembedahan

- a) Riwayat alergi : perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperative
- b) Kebiasaan merokok, alcohol, narkoba : pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar mengalami komplikasi paru-paru pasca operasi, kebiasaan mengonsumsi alcohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi, pasien yang mempunyai riwayat pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan besar untuk terjangkit HIV dan hepatitis
- c) Pengkajian nyeri : pengkajian nyeri yang benar memungkinkan perawat perioperative untuk menentukan status nyeri pasien. Pengkajian nyeri menggunakan pendekatan P (Problem), Q (Quality), R (Region), S (Scale), T (Time).

3) Pengkajian Psiko sosio spiritual

- a) Kecemasan praoperatif : bagian terpenting dari pengkajian kecemasan perioperative adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari

keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan

- b) Perasaan : pasien yang merasa takut biasanya akan sering bertanya, tampak tidak nyaman jika ada orang asing memasuki ruangan, atau secara aktif mencari dukungan dari teman dan keluarga.
- c) Konsep diri : pasien dengan konsep diri positif lebih mampu menerima operasi yang dialaminya dengan tepat.
- d) Citra diri : perawat mengkaji perubahan citra tubuh yang pasien anggap terjadi akibat operasi. Reaksi individu berbeda-beda bergantung pada konsep diri dan tingkat harga dirinya
- e) Sumber coping : perawat perioperative mengkaji adanya dukungan yang dapat diberikan oleh anggota keluarga atau teman pasien.
- f) Kepercayaan spiritual : kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas.
- g) Pengetahuan, persepsi, pemahaman : dengan mengidentifikasi pengetahuan, persepsi, pemahaman, pasien dapat membantu perawat merencanakan penyuluhan dan tindakan untuk mempersiapkan kondisi emosional pasien.
- h) Inform consent : suatu izin tertulis yang dibuat secara sadar dan sukarela oleh pasien sebelum suatu pembedahan dilakukan.

4) Pemeriksaan Fisik

Ada berbagai pendekatan yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik, mulai dari pendekatan head to toe hingga pendekatan per system. Perawat dapat menyesuaikan konsep pendekatan pemeriksaan fisik dengan kebijakan prosedur yang digunakan institusi tempat ia bekerja. Pada pelaksanaannya, pemeriksaan yang dilakukan bisa mencakup sebagian atau seluruh system, bergantung pada banyaknya waktu yang tersedia dan kondisi preopratif pasien. Focus pemeriksaan yang akan dilakukan adalah melakukan klarifikasi dari hasil temuan saat melakukan anamnesis riwayat kesehatan pasien dengan system tubuh yang akan dipengaruhi atau memengaruhi respons pembedahan.

5) Pemeriksaan Diagnostik

Sebelum pasien menjalani pembedahan, dokter bedah akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Perawat bertanggung jawab mempersiapkan dalam klien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic dan mengatur agar pasien menjalani pemeriksaan yang lengkap. perawat juga harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostic yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

b. Intra Operatif

Pengkajian intraoperative secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya dalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data dan penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin & Sari, 2009).

c. Post Operatif

Pengkajian pascaanestesi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada keselamatan jiwa pasien (Muttaqin & Sari, 2009).

- 1) Status respirasi, meliputi : kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulasi, meliputi : nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 4) Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
- 5) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 6) Keselamatan, meliputi : diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.

- 7) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainage : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
- 8) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

Tahapan	Masalah Keperawatan
Pre Operasi	Ansietas Definisi: kondisi emosi dan pengalam subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spresifik akibatantisipasi bahaya yang memnungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.
	Defitsit Pengetahuan Definisi: Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu
Intra Operasi	Resiko Perdarahan Definisi: beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)
	Resiko Cedera Definisi: Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik
Post Operasi	Resiko Hipotermia Definisi: beresiko mengalami kegagalan termogulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada di bawah rentang normal

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

3. Intervensi Keperawatan

Fokus intervensi adalah optimalisasi agar pembedahan bisa dilaksanakan secara optimal. Intervensi keperawatan yang diberikan sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

NO	DX	TUJUAN	INTERVENSI
Pre Operatif			
1	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Ansietas dapat terkontrol dengan KH: 1. Secara verbal dapat mendemonstrasikan teknik menurunkan cemas 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun	Reduksi Ansietas Observasi: 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Teraupetik: 1) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan. 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi: 1) Jelaskan prosedur serta sensasi

			yang mungkin dialami 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8) Latih tehnik relaksasi Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
2	Defisit pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan pengetahuan membaik, kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Verbalisasi minat belajar meningkat. 3. Kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat. 4. Kemampuan menggambar-kan kejadian sebelumnya sesuai topik meningkat. 5. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat. 6. Pertanyaan tentang	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Teraupetik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi

		masalah yang dihadapi menurun. 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.	1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2. Ajarkan perilaku hidup dan sehat. 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
Intra Operatif			
3	Resiko Perdarahan (D.0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan KH: 1. Tanda-tanda perdarahan minimal 2. CRT <3 detik 3. Perdarahan terkontrol 4. Tekanan darah dan denyut nadi membaik	Pencegahan Perdarahan Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hemoglobin/hematocrit sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi Terapeutik: 1. Batasi tindakan invasive, jika perlu Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 2. Anjurkan beri produk darah, jika perlu
4	Resiko cedera (D.0136)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat cedera menurun, kriteria hasil: 1. Kejadian luka/lecet menurun	Manajemen Keselamatan Lingkungan Observasi : 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis, kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat

			prilaku). 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan. Terapeutik 1. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis, fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan. 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko. 3. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. <i>Commode chair</i> dan pegangan tangan). 4. Gunakan perangkat pelindung (mis, pengekangan isik, rel amping, pintu terkunci, pagar). 5. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis, puskesmas, polisi, damkar). 6. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman. 7. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis. Timbal). Edukasi 1. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan.
Post Operatif			
5	Resiko hipotermia (D.0140)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : - Menggigil menurun - Pucat menurun	Manajemen Hipotermia Observasi: 1) Monitor suhu tubuh 2) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal : terpapar suhu lingkungan rendah,

	- Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik	kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia Terapeutik: 1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan) 2) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaian tebal) 3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru) 4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat) Edukasi: 1. Ajarkan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin. Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
--	--	--

C. Tinjauan Teori

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Porwoastuti, 2015). *Sectio Caesarea* adalah suatu

persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2. Etiologi *Sectio Caesarea*

Indikasi *Sectio caesarea* bisa indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*. Diantaranya adalah sempit panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *Sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu dan janin.

Menurut Amin & Hardhi (2013) etiologi *Sectio caesarea* yaitu :

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Indikasi yang berasal dari ibu yaitu para primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporporsi *sefalo pelvik* (*disproporsi* janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, *placenta previa* terutama pada primigravida, *solutsio placenta* tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu pre eklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya.)

b. Indikasi yang berasal dari janin

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

3. Tanda dan Gejala

Menurut Nugroho (2011) dalam Maruroh (2019), tanda dan gejala yang harus diwaspadai selama kehamilan adalah :

- a. Keluarnya cairan merembes melalui vagina (kemaluan).
- b. Timbul sebelum rasa mulas ± mulas tanda dari awal persalinan.

- c. Cairan ketuban menjadi berwarna putih keruh mirip air kelapa, mungkin juga sudah berwarna kehijauan.
- d. Kontraksi > 4x/jam (abdomen, rasa kencang, nyeri, kram menstruasi, atau rekaan pada vagina) (Sinclair, 2009)
- e. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- f. Jika duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah
- g. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda $\pm$ tanda infeksi yang terjadi.

4. Tipe-tipe *Sectio Caesarea*

Menurut Oxorn dalam buku Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi (2010), terdapat beberapa tipe *Sectio caesarea*, diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Segmen bawah : insisi melintang

Pada segmen bawah uterus dibuat insisi melintang yang kecil. Kepala janin terletak dibalik insisi dieskstraksi atau didorong diikuti oleh bagian tubuh yang lainnya kebudian plesena serta selaput ketuban.

Keuntungan :

- 1) Insisi ada pada segmen bawah uterus.
- 2) Otot tidak dipotong tetapi dipisah kesamping; cara ini mengurangi pendarahan
- 3) Insisi jarang terjadi sampai plasenta
- 4) Kepala janin biasanya terletak dibawah insisi dan mudah diekstraksi
- 5) Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali
- 6) Keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi merembesan ke dalam cavum peritonei generalisata.

Kerugian :

- 1) Jika insisi terlampau jauh ke lateral, seperti terjadi pada kasus bayi terlalu besar, maka pembuluh darah uterus dapat terobek sehingga menimbulkan pendarahan

- 2) Prosedur ini tidak dianjurkan jika terdapat abnormalitas pada segmen bawah, seperti fibroid atau varices yang luas
- 3) Pembedahan sebelumnya atau pelekatan yang padat yang menghalangi pencapaian segmen bawah akan mempersulit operasi
- 4) Kalau segmen belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dikerjakan
- 5) Jika vesica urinaria melekat pada jaringan cicatrix yang terjadi sebelumnya sehingga vesica urinaria dapat terluka.

b. Segmen bawah : insisi membujur

Pada segmen bawah, cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

Keuntungan :

- 1) Insisi dapat diperlebar keatas guna untuk kelahiran bayi besar
- 2) Adanya malposisi janin seperti letak lintang atau bila ada anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (*conjoined twins*)

Kerugian :

- 1) Pendarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak terpotongnya otot
- 2) Luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas hingga penutupan retroperitoneal.

c. *Sectio Caesarea* transperitoneal

- 1) *Sectio caesarea* klasik atau korporal yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih baik untuk jalan keluar bayi.
- 2) *Sectio caesarea* ismika atau profunda yaitu dengan melakukan sayatan atau insisi melintang dari kiri kekanan pada segmen bawah rahim dan diatas tulang kemaluan.

d. *Sectio Caesarea* Ekstraperitonealis

Sectio caesarea ekstraperitonealis yaitu tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

5. Komplikasi

Menurut Wikjosastro (2007) komplikasi *Sectio caesarea* sebagai berikut :

a. Infeksi puerperal

Infeksi puerperalis adalah semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman kedalam alat-alat genetalia pada waktu persalinan dan nifas bersifat ringan; kenaikan suhu selama beberapa hari dalam nifas, sedang; suhu meningkat disertai dehidrasi, berat; peritonealis dan sepsis.

b. Pendarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

c. Ruptur Uteri

robekan terjadi pada semua lapisan miometrium termasuk peritoneum. Yang terjadi secara spontan atau akibat trauma dan dapat terjadi pada uterus yang utuh atau yang sudah mengalami cacat rahim.

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemantauan EKG
- b. JDL dengan diferensial
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Golongan dan pencocokan silang darah
- f. Urinalisis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai pesanan

(Tucker,Susan Martin,1998 dikutip dalam Indriyani, 2018)

7. Penatalaksanaan Medis

- a. Analgesik diberikan setiap 3 – 4 jam
- b. Pemberian tranfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
- c. Pemberian antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxon dan lain-lain.
- d. Pemberian cairan parenteral seperti Ringer Laktat dan NaCl.