

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio caesraea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Kusuma,2016).*Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Siti & Marthia, 2017).

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi *sectio caesarea* terdiri atas dua yaitu indikasi medis dan non indikasi. Indikasi merupakan syarat-syarat yang harus dipenuhi yang menentukan perlu tidaknya tindakan dilakukan. Indikasi medis dilakukannya *sectio caesarea* ada dua faktor yang mempengaruhi yaitu faktor janin dan faktor ibu. Faktor janin terdiri dari bayi terlalu besar, kelainan letak, ancaman gawat janin, janin abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat dan bayi kembar. Sedangkan faktor ibu terdiri dari usia, jumlah anak yang dilahirkan (paritas), keadaan pinggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi rahim, ketuban pecah dini (KPD), dan pre eklamsia.

Umur adalah individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Pada ibu bersalin yang umurnya <20 tahun akan didapatkan risiko fisik maupun psikis. Timbulnya risiko ini dipengaruhi oleh faktor fisik yaitu beberapa organ reproduksi remaja putri misalnya rahim yang belum cukup matang untuk menahan beban kehamilan atau bagian panggul yang belum cukup berkembang

sehingga bisa menyebabkan ketidaksesuaian letak janin dengan panggul ibu. Atas dasar inilah ibu mempunyai indikasi persalinan *sectio caesarea*. Sedangkan pada ibu bersalin yang umurnya >35 tahun, biasanya pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan dan alat-alat kandungan serta jalan lahir tidak lentur lagi (pontoh, 2016).

3. Patofisiologi

Dalam proses operasi *sectio caesarea* dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami kelemahan dan sulit menggerakkan ekstremitas sehingga menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Akibat dari intoleransi aktivitas akan terjadi kelemahan pada abdomen sehingga menyebabkan motilitas cerna mengalami penurunan yang menyebabkan kontipasi. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menyebabkan nyeri (nyeri akut), akibat nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan sering terbangun saat tidur dan terjadi masalah gangguan pola tidur, setelah proses pembedahan daerah insisi akan menutup dan menimbulkan luka post operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah risiko infeksi. (Jitowiyono & Kristiyanasari).

- a. Anestesi Pada Sectio Caesaria
Pembiusan adalah upaya untuk menghilangkan rasa sakit dan nyeri pada waktu menjalani operasi. Seperti pada tindakan pembedahan lainnya, bedah *sectio caesaria* juga memerlukan pembiusan atau anesthesia. Ada 2 macam pembiusan yang biasa dilakukan dalam operasi *sectio caesaria* yaitu :

1) Anestesi Lokal Bius lokal merupakan alternative yang aman namun anestesi ini tidak dianjurkan pada ibu hamil yang menderita eklamsia, obesitas, atau alergi terhadap lignokain (obat bius lokal). Pada pemberian obat anestesi, oleh dokter dilakukan pada bagian lokal sekitar jaringan yang akan dilakukan sayatan pada sectio caesaria, sehingga tidak mempengaruhi keadaan bagi ibu dan bayi.

2) Anestesi regional / block spinal Pembiusan dengan metode block spinal saat ini paling banyak dilakukan untuk kasus sectio caesaria, sebab relative aman dan ibu tetap terjaga kesadarannya. Pembiusan ini dilakukan dengan cara memasukkan obat anestesi pada daerah lumbal dengan jarum functie yang dosisnya telah diatur oleh tim anestesi.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis Persalinan dengan Sectio Caesaria, memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu perawatan post operatif dan post partum, manifestasi klinis Sectio Caesarea menurut Dongoes 2010 yaitu :

- a. Nyeri akibat ada luka pembedahan
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus terletak di umbilicus
- d. Aliran loekhea sedang bebas membeku yang tidak berlebihan
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 750 – 1000
- f. Menahan batuk akibat rasa nyeri yang berlebihan
- g. Biasanya terpasang kateter urinarius
- h. Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah
- i. Akibat nyeri terbatas untuk melakukan pergerakan
- j. Bonding attachment pada anak yang baru lahir

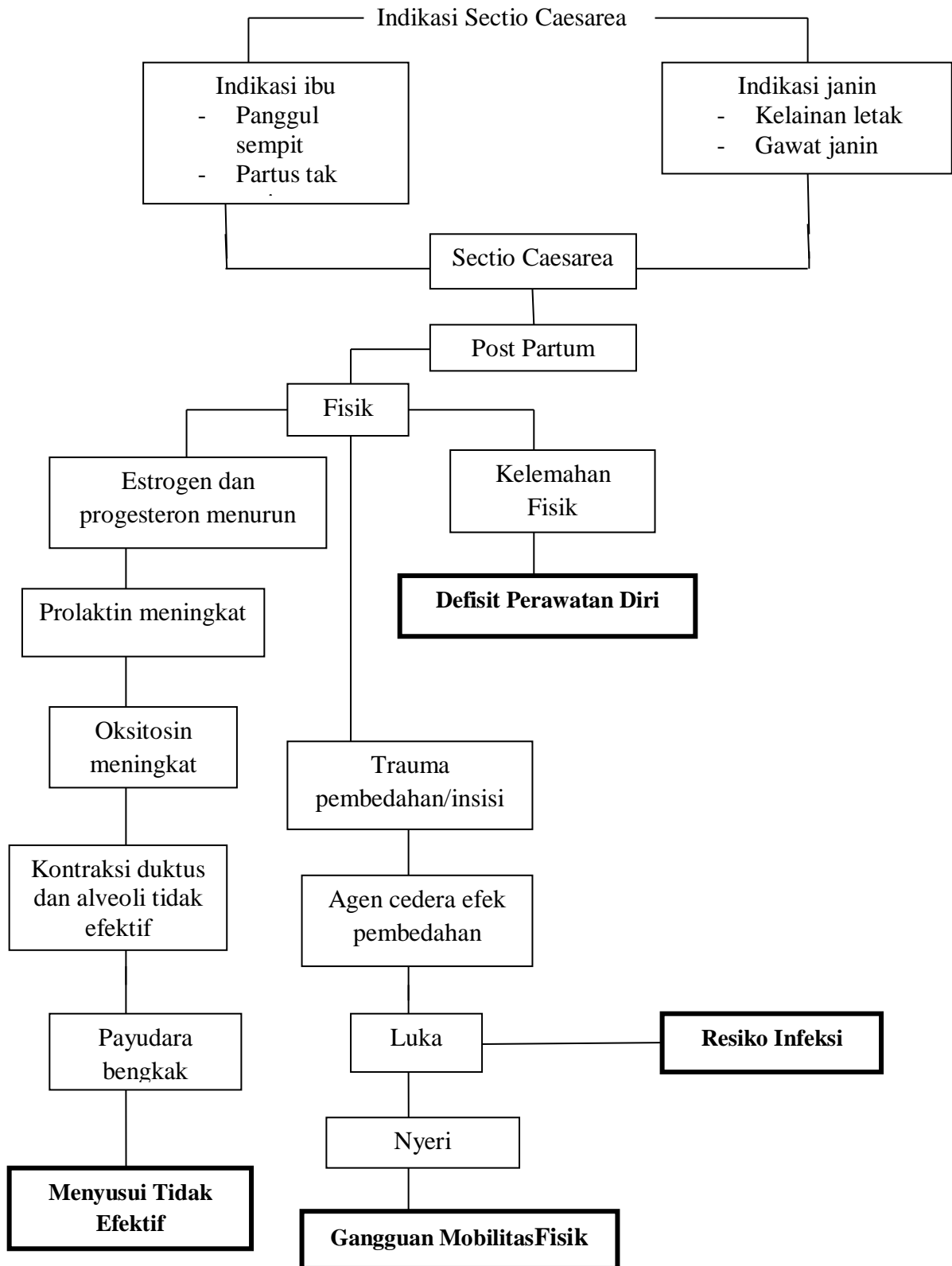
5. Komplikasi

Berikut adalah beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *post sectio caesarea* yaitu: infeksi, perdarahan dan komplikasi lanjutan, infeksi komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti peritonitis, sepsi.

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka komplikasi-komplikasi lain, seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru. Komplikasi lanjutan, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* klasik (Jitowiyono & Kritiyanasari).

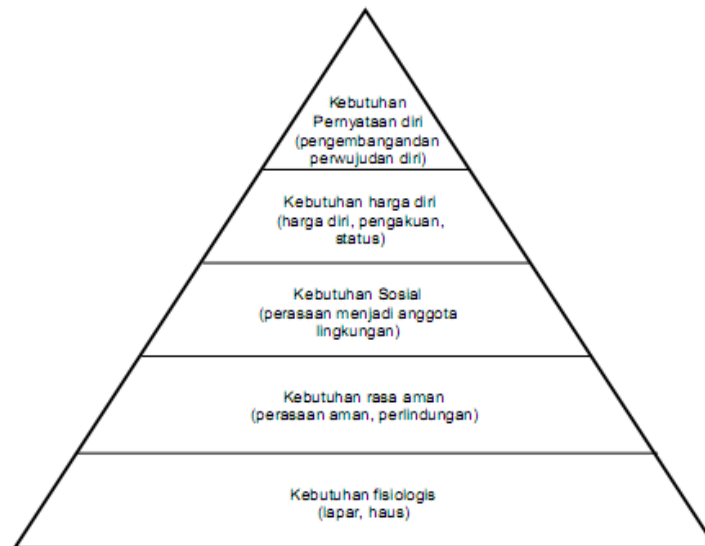
Bagan 2.1

PATHWAY POST SECTIO CAESAREA



B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Gambar 2.2
Hirarki Konsep Kebutuhan Dasar Manusia



(sumbu.com)

Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow

Berdasarkan teori Abraham Maslow di atas, pada individu yang mengalami sectio caesarea mengalami gangguan kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

Pada kasus post sectio caesareap pasien akan mengalami gangguan mobilisasi karena nyeri pada luka insisi abdomen efek pembedahan. Hal ini disebabkan karena adanya luka setelah operasi menimbulkan nyeri dan biasanya dirasakan setelah sadar dari pengaruh anastesi, adanya luka yang menimbulkan nyeri tersebut membuat pasien merasa takut dan cemas untuk melakukan mobilisasi sehingga pasien cenderung untuk berbaring, mempertahankan seluruh tubuh kaku dan tidak menyebabkan daerah pembedahan.

Pada kasus post sectio caesareap pasien akan mengalami gangguan kebersihan diri hal ini disebabkan karena adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri secara mandiri.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017). Pengkajian pada klien dengan gangguan rasa nyaman data yang sering ditemukan adalah mengeluh tidak nyaman, gelisah, mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh lelah, menunjukkan gejala distress, tampak merintih/meringis, pola eliminasi berubah, iritabilitas (PPNI, 2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga maupun komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Tabel 2.1

Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Kasus *Section Caesarea* Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

No	Data	Diagnosa
1.	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengeluh tidak nyaman b. Klien tampak meringis c. Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas d. Klien mengatakan nyeri diperut bekas luka operasi saat bergerak e. Fisik klien tampak lemah 	Gangguan Mobilitas Fisik
2.	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien tidak mampu BAB/BAK ke toilet secara mandiri b. Klien tidak mampu mandi secara mandiri c. Klien tidak mampu menggunakan pakaian secara mandiri 	Defisit Perawatan Diri
3.	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengeluh sulit tidur b. Klien mengeluh istirahat tidak cukup c. Klien mengeluh tidak puas tidur 	Gangguan Pola Tidur
4.	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan perban luka berdarah b. Luka post sc tampak mulai kering c. Tampak luka post op di bagian bawah abdomen 	Risiko Infeksi

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan proses di mana masalah yang telah terkumpul diurutkan berdasarkan skala prioritasnya dan kemudian dilakukan perencanaan tindakan apa saja yang harus dilakukan kepada pasien untuk menangani masalah kesehatan yang dialaminya (Ainun, n.d, 2018). Perencanaan keperawatan pada kasus post section caesarea menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada table 2.2.

TABEL 2.2
Rencana Keperawatan Kasus Post Sectio Caesarea

Diagnosa (SDKI)	SLKI	SIKI
1	2	3
Gangguan Mobilitas Fisik	Mobilitas Fisik: Dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Rentang gerak meningkat 3. Kecemasan menurun 4. Kelemahan fisik menurun 	Dukungan Mobilisasi : Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teraupetik <ol style="list-style-type: none"> d. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) e. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi <ol style="list-style-type: none"> f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan g. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukakan (duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)
Menyusui Tidak Efektif	Status menyusui : Dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tetesan/pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat 3. Kepercayaan diri ibu meningkat 	Pijat laktasi : Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kondisi mammae dan puting b. Identifikasi keinginan ibu untuk menyusui Teraupetik <ol style="list-style-type: none"> c. Posisikan ibu dengan nyaman d. Pijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung, payudara e. Pijat dengan lembut f. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui g. Libatkan suami dan keluarga

1	2	3
		Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan b. Jelaskan manfaat tindakan
Defisit Perawatan Diri	Perawatan Diri : Dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 2. Kemampuan mandi meningkat 3. Melakukan perawatan diri 	Dukungan Perawatan Diri : Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia b. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri c. Monitor tingkat kemandirian Teraupetik <ol style="list-style-type: none"> d. Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi, sabun mandi) e. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri f. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri g. Fasilitasi untuk menerima ketergantungan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> h. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan yang berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat. Dan bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan hasil perkembangan ibu dan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak di capai didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil (Mitayani, 2016).

Untuk memudahkan dalam pengevaluasian pasien, digunakan komponen SOAP sebagai berikut :

1. S (Data Subjektif). Perawat mengetahui dan menuliskan keluhan pasien yang dirasakan setelah diberi tindakan keperawatan.
2. O (Data Objektif). Berdasarkan hasil pengukuran ataupun observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan setelah diberi tindakan keperawatan.
3. A (Analisis). Suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah diagnosis baru akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam subjektif dan objektif.
4. P (Planning). Perencanaan keperawatan yang bisa saja dilanjutkan, berhentikan, ubah, tambahkan dari rencana yang sudah yang telah dipersiapkan sebelumnya.