

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perioperatif

1. Definisi Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Perawat kamar bedah (*operating room nurse*) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien yang akan mengalami pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (AORN, 2013 dalam Hipkabi, 2014).

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu preoperative phase (fase pra operasi), intraoperative phase (fase intraoperasi) dan post operative phase (fase pasca operasi). Masing-masing fase ini dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Majid, Judha & Istianah, 2009).

2. Fase Keperawatan Perioperatif

a. Fase Pre Operatif

Fase preoperatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Brunner & Suddarth, 2010). Tujuan diberikan asuhan keperawatan preoperatif untuk mencegah kegagalan operasi akibat ketidakstabilan kondisi pasien.

b. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

c. Fase Post Operatif

Fase pasca operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau ruang perawatan bedah atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan meliputi rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen atau obat anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan pasien (Majid, Judha & Istianah, 2009).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan perioperatif pada praktiknya akan dilakukan secara berkesinambungan, dimulai dari praoperatif, intraoperatif, dan post operatif.

1. Proses Asuhan Keperawatan Praoperatif

a. Pengkajian Praoperatif

1) Pengkajian Umum

Pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, dan bagian bedah sehari atau IGD. Berikut ini adalah hal – hal yang harus diidentifikasi pada saat melakukan pengkajian umum : Identitas pasien, jenis pekerjaan, asuransi kesehatan, dan persiapan umum.

2) Pengkajian Fokus

Pengkajian difokuskan pada optimalisasi pembedahan sectio caesarea. Pengkajian riwayat kesehatan diperlukan untuk menghindari komplikasi pada intraoperative dan post operatif. Pasien yang mempunyai riwayat peningkatan kadar glukosa darah dan hipertensi perlu dikoreksi sebelum pembedahan. Kaji adanya riwayat alergi obat, bahan-bahan yang berhubungan dengan intrabedah, seperti bahan lateks, beberapa desinfektan, dan lainnya.

Lakukan pengkajian di ruang prabedah (ruang sementara), perawat melakukan pengkajian ringkas, sebagai berikut :

- (a) Validasi : perawat melakukan konfirmasi kebenaran identitas pasien sebagai data dasar untuk mencocokkan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan.
- (b) Kelengkapan administrasi: status rekam medik, data penunjang (laboratorium, radiologi, hasil USG, EKG) dan kelengkapan *informed consent*.
- (c) Kelengkapan alat & sarana: sarana pembedahan seperti benang, cairan intravena, dan obat antibiotic profilaksis sesuai dengan kebijakan institusi
- (d) Pemeriksaan fisik: terutama tanda-tanda vital, pemeriksaan head to toe
- (e) Tingkat kecemasan dan pengetahuan pembedahan

b. Diagnosa Keperawatan Praoperatif

Diagnosis keperawatan menurut SDKI (2016) yang sering muncul pada pasien pra bedah, meliputi:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (his)
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

c. Intervensi Keperawatan Praoperatif

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (his)

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil:

- a) Klien melaporkan nyeri berkurang atau hilang
- b) Skala nyeri berkurang (0-3)
- c) Klien relaks
- d) TTV dalam batas normal (120/80-130/90)

Intervensi :

Managemen Nyeri

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- b) Identifikasi respon nyeri non verbal
- c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- d) Berikan kompres hangat
- e) Control lingkungan yang memperberat nyeri
- f) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam

2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas dapat terkontrol, dengan kriteria hasil :

- a) Ansietas teratasi
- b) Tidak gelisah dan khawatir
- c) TTV dalam batas normal (TD : 120/80 mmHg)

Intervensi :

Observasi :

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stressor)
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Teraupetik :

- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- a) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih tehnik relaksasi

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit pengetahuan dapat teratasi, dengan kriteria hasil:

- a) Mengerti tentang penyuluhan yang diberikan
- b) Dapat menjelaskan kembali tentang materi yang diberikan

Intervensi :

Observasi :

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Teraupetik :

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

- a) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

2. Proses Asuhan Keperawatan Intraoperatif

a. Pengkajian Intraoperatif

Asuhan keperawatan yang menjadi fokus perawat dan tim bedah lainnya pada optimalisasi pembedahan *sectio caesarea*, baik dukungan psikologis praoperasi diruang sementara sampai pasien selesai pembedahan keruang pulih sadar. Dukungan psikologis pada pasien sadar dilakukan dengan pemberian dukungan emosional dan informasional. Dukungan emosional meliputi pemberian semangat, memberikan perhatian, mendengarkan keluhan dan bersikap empati. Sedangkan dukungan informasional meliputi nasehat, saran serta pemberian informasi tentang prosedur medis yang akan atau sedang dijalani.

Pengkajian kelengkapan pembedahan sangat penting diperhatikan. Terutama persiapan transfusi darah, dimana bedah biasanya terjadi kehilangan darah. Observasi TTV berdasarkan data pra operasi, pemeriksaan status respirasi, kardiovaskuler, dan perdarahan perlu diperhatikan dan segera dikolaborasi apabila terdapat perubahan yang mencolok.

b. Diagnosa Keperawatan Intraoperatif

Diagnosis keperawatan intraoperatif bedah *sectio caesarea* menurut SDKI 2016 adalah sebagai berikut :

- 1) Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan
- 2) Resiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan

c. Intervensi Keperawatan Intraoperatif

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

- 1) Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko perdarahan tidak terjadi, dengan kriteria hasil : Tidak ada tanda-tanda perdarahan hebat.

Intervensi :

- a) Posisikan pasien dalam posisi yang aman sesuai dengan indikasi
- b) Lindungi sekitar kulit dan anatomi yang sesuai seperti kasa
- c) Pantau pemasukan dan pengeluaran cairan selama pembedahan
- d) Pastikan keamanan alat yang digunakan selama prosedur operasi

2) Resiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cedera tidak terjadi, dengan kriteria hasil : Tubuh pasien bebas dari cedera

Intervensi untuk pasien SC abdomen:

- a) Pastikan posisi pasien yang sesuai dengan tindakan operasi
- b) Cek integritas kulit
- c) Cek daerah penekanan pada tubuh pasien selama operasi
- d) Hitung jumlah kasa, jarum, bisturi, depper, dan hitung instrumen bedah
- e) Lakukan time out
- f) Lakukan sign out

3. Proses Asuhan Keperawatan Pascaoperatif

a. Pengkajian Keperawatan pascaoperatif

Pengkajian pascabedah *sectio caesarea* dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada keselamatan jiwa pasien fokus pengkajian meliputi : pengkajian respirasi, sirkulasi, status neurologis, suhu tubuh, kondisi luka, nyeri, cairan dan elektrolit, psikologi dan keamanan peralatan.

b. Diagnosa Keperawatan Pascaoperatif

Diagnosa keperawatan menurut SDKI (2016) yang sering muncul pada post operasi adalah :

- 1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik
- 2) Hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

c. Intervensi Keperawatan Postoperatif

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

- 1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang/teratasi, dengan kriteria hasil:

- a) Pasien melaporkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-0
- b) Ekspresi wajah pasien tenang
- c) Pasien dapat istirahat dan tidur dengan nyaman

Intevensi :

Observasi :

- a) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- c) Identifikasi skala nyeri
- d) Identifikasi nyeri non verbal
- e) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- f) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- g) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- h) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Teraupetik :

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)

b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)

c) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian analgetik , *jika perlu*

2) Hipotermia b.d terpapar suhu lingkungan rendah

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermi dapat teratasi dengan

kriteria hasil : Suhu tubuh dalam batas normal $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$

Intervensi :

Observasi :

a) Monitor suhu tubuh

b) Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)

c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

a) Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)

b) Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)

c) Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)

d) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

C. Konsep Preeklampsia

1. Definisi

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah \geq 140/90 MmHg disertai dengan edema dan proteinuria (Faiqoh, 2014).

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah, tingginya kadar protein dalam urine serta edema. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (*new onset hypertension with proteinuria*). Meskipun kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, beberapa wanita lain menunjukkan adanya hipertensi disertai gangguan multisistem lain yang menunjukkan adanya kondisi berat dari preeklampsia meskipun pasien tersebut tidak mengalami proteinuri. Sedangkan, untuk edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

2. Klasifikasi

Menurut (Sukarni, 2017) dalam bukunya menjelaskan hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

a. Preeklampsia Ringan

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 140/90 MmHg atau lebih dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik duduk maupun telentang. Protein Uria 0,3 gr/lit atau +1/+2. Edema pada ekstermitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan $>$ 1 Kg/per minggu.

b. Preeklampsia Berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110 MmHg atau lebih. Protein Uria 5 gr/lit atau lebih, terdapat oliguria (Jumlah urine kurang dari 500 cc per 2 jam) serta adanya edema pada paru serta cyanosis. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium.

3. Etiologi

Sampai dengan saat ini penyebab utama preeklamsia masih belum diketahui secara pasti. Beberapa ahli percaya bahwa preeklamsia diawali dengan adanya kelainan pada plasenta, yaitu organ yang berfungsi menerima suplai darah dan nutrisi bagi bayi selama masih di dalam kandungan.

Teori lain menjelaskan preeklamsia sering terjadi pada Primigravida, Kehamilan Post Matur /Post Term serta Kehamilan Ganda. Berdasarkan teori-teori tersebut preeklamsia sering juga disebut "*Diseases Of Theory*". Beberapa landasan teori yang dapat dikemukakan diantaranya adalah (Nuraini, 2011) :

a. Teori Genetik

Berdasarkan pada teori ini preeklamsia merupakan penyakit yang dapat diturunkan atau bersifat heriditer, faktor genetik menunjukkan kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklamsi pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklamsia, serta peran Renin-AngiotensinAldosteron-System (RAAS) dimana enzim renin merupakan enzim yang dihasilkan oleh ginjal dan berfungsi untuk meningkatkan tekanan darah bekerja sama dengan hormon aldosteron dan angiotensin lalu membentuk sistem.

b. Teori Immunologi

Preeklamsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan jarang timbul pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat diterangkan bahwa pada kehamilan pertama pembentukan blocking antibodies terhadap antigen plasenta tidak sempurna.

c. Teori Prostaglandin Dan Tromboksan

Pada preeklamsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostaglandin yang pada kehamilan normal meningkat, aktifitas penggumpalan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin. Trombin akan mengkonsumsi antitrombin mentebabkan pelepasan tromboksan dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel.

Menurut Marianti (2017) selain Primigravida, Kehamilan Ganda serta Riwayat Preeklamsia, beberapa faktor lainnya yang bisa meningkatkan resiko preeklamsia antara lain adalah :

- 1) Malnutrisi Berat.
- 2) Riwayat penyakit seperti : Diabetes Mellitus, Lupus, Hypertensi dan Penyakit Ginjal.
- 3) Jarak kehamilan yang cukup jauh dari kehamilan pertama.
- 4) Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 5) Obesitas.
- 6) Riwayat keluarga dengan preeklampsia.

4. Manifestasi Klinis

Tanda klinis utama dari preeklampsia adalah tekanan darah yang terus meningkat, peningkatan tekanan darah mencapai 140/90 mm Hg atau lebih atau sering ditemukan nilai tekanan darah yang tinggi dalam 2 kali pemeriksaan rutin yang terpisah.

Selain hipertensi, tanda klinis dan gejala lainnya dari preeklampsia adalah:

- 1) Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama.
- 2) Trombositopenia : trombosit < 100.000 / mikroliter.
- 3) Nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen.
- 4) Edema Paru.
- 5) Didapatkan gejala neurologis : stroke, nyeri kepala, gangguan visus.
- 6) Oligohidramnion

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urin terhadap luaran preeklampsia, sehingga kondisi protein urin masif (lebih dari 5 g) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan preeklampsia (preeklampsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat (POGI, 2016).

5. Patofisiologi

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah

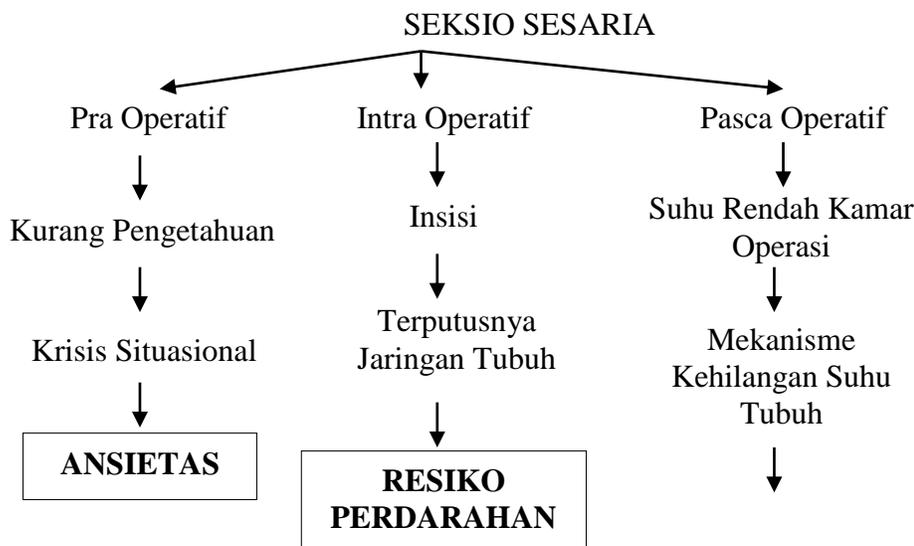
akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus.

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia yang dapat menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Adanya vasokonstriksi juga akan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriola disertai perdarahan mikro tempat endotel.

Pada preeklampsia serum antioksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak. Sedangkan pada wanita hamil normal, serumnya mengandung transferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat.

Peroksidase lemak beredar dalam aliran darah melalui ikatan lipoprotein. Peroksidase lemak ini akan sampai ke semua komponen sel yang dilewati termasuk sel sel endotel tersebut. Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain ; adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, thromboksen dan serotonin sebagai akibat rusaknya trombosit. Produksi tetrasiklin terhenti, terganggunya keseimbangan prostasiklin dan thromboksen, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen dan peroksidase lemak (Nuraini, 2011).

6. Pathway Keperawatan



HIPOTERMI

Gambar 2.1 Pathway Sectio Caesarea

7. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut (Abiee, 2012) :

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah : Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr %), Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37 – 43 vol %), Trombosit menurun (nilai rujukan 150 – 450 ribu/mm³).
- 2) Urin Analisis : Ditemukan protein dalam urine.
- 3) Pemeriksaan Fungsi hati : Bilirubin meningkat (N = <1 mg/dl), LDH (laktat dehidrogenase) meningkat, Aspartat aminotransferase (AST) >60 ul, Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N = 15-45 u/ml), Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT) meningkat (N = <31 u/l), Total protein serum menurun (N = 6,7-8,7 g/dl).
- 4) Tes Kimia Darah : Asam urat meningkat (N = 2,4-2,7 mg/dl).

b. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Ultrasonografi : Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.
- 2) Kardiotografi :Diketahui denyut jantung janin lemah.

8. Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari preeklampsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut (Marianti, 2017) :

a. Bagi Ibu

- 1) Sindrom HELLP (Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
- 2) Eklamsia, preeklamsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.
- 3) Penyakit kardiovaskular, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklamsia.
- 4) Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti, paru, ginjal, dan hati.
- 5) Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
- 6) Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan perdarahan serius dan kerusakan plasenta, yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.
- 7) Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami perdarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah, dan juga karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.

b. Bagi Janin

- 1) Prematuritas.
- 2) Kematian Janin.
- 3) Terhambatnya pertumbuhan janin.
- 4) Asfiksia Neonatorum.

9. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2017) penatalaksanaan pada preeklamsi adalah sebagai berikut :

- a. Tirah Baring miring ke satu posisi
- b. Monitor tanda-tanda vital, refleks dan DJJ
- c. Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam
- d. Pemenuhan kebutuhan cairan : Jika jumlah urine < 30 ml/jam pemberian cairan infus Ringer Laktat 60-125 ml/jam.
- e. Pemberian obat-obatan sedative, anti hipertensi dan diuretik.
- f. Monitor keadaan janin (Aminoscopy, Ultrasografi).
- g. Monitor tanda-tanda kelahiran persiapan kelahiran dengan induksi partus pada usia kehamilan diatas 37 minggu.

D. Dasar Teori Seksio Sesaria

1. Definisi

Seksio Sesaria adalah suatu tindakan pembedahan guna melahirkan anak melalui insisi dinding perut abdomen dan uterus (Oxorn & Forte, 2010). Sedangkan menurut Sarwono, (2011) Seksio Sesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

2. Jenis

Menurut Oxorn & Forte, (2010) tipe – tipe Seksio Sesaria yaitu :

- a. Segmen bawah : insisi melintang

Tipe Sectio Caesaria ini memungkinkan abdomen dibuka dan uterus disingskapkan. Lipatan vesicouterina (bladder flap) yang terletak dengan sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih di dorong ke bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapang pandang. Keuntungan tipe ini adalah otot tidak dipotong tetatpi dipisah kesamping sehingga dapat mengurangi perdarahan, kepala janin biasanya dibawah insisi sehingga mudah di ekstraksi. Kerugiannya adalah apabila segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dilakukan.

- b. Segmen bawah : insisi membujur

Insisi membujur dibuat dengan skalpel den dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi. Keuntungan tipe ini yaitu dapat memperlebar

insisi keatas apabila bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau adanya anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu. Kerugiannya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot.

c. Seksio Sesaria secara klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skalpel ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting berujung tumpul. Indikasi pada tindakan ini bila bayi tercekam pada letak lintang, kasus placenta previa anterior serta malformasi uterus tertentu. Kerugiannya perdarahan lebih banyak karena myometrium harus dipotong, bayi sering diekstraksi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan ketuban lebih besar serta insiden ruptur uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi.

d. Sectio Caesaria Extraperitoneal

Pembedahan ini dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Tehnik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam cavum peritoneal dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat.

e. Histerectomi Caesaria

Pembedahan ini merupakan Sectio Caesaria yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Indikasinya adalah perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal, perdarahan akibat placenta previa dan abruption placenta, ruptur uteri yang tidak dapat diperbaiki serta kasus kanker servik dan ovarium.

3. Indikasi

Tindakan *Sectio Caesaria* dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam disebabkan adanya resiko terhadap ibu atau janin dengan pertimbangan proses persalinan normal yang lama atau kegagalan dalam proses persalinan normal. Menurut Hartati & Maryunani, (2015) indikasi persalinan *Sectio Caesaria* dibagi menjadi :

a. Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan dalam proses persalinan.

Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan beresiko menyebabkan kekeringan air ketuban yang mempengaruhi kehidupan bayi. Sehingga tindakan pembedahan *sectio caesaria* menjadi pilihan yang tepat untuk penanganan segera.

b. Kondisi panggul sempit.

Panggul sempit adalah suatu kondisi dimana kepala atau tubuh janin terlalu besar dan tidak muat untuk melewati panggul. *Sectio caesaria* dilakukan agar bayi dapat keluar dan diselamatkan.

c. Plasenta menutupi jalan lahir

Plasenta previa adalah kondisi ketika ari-ari atau plasenta berada dibagian bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. *Sectio caesaria* dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan hebat baik sebelum maupun saat persalinan.

d. Komplikasi preeklampsia berat

Preeklampsia merupakan gangguan kehamilan yang sangat serius karena dapat membahayakan ibu maupun janin. Kondisi preeklampsia berat menjelang persalinan menjadi salah satu indikasi dilakukannya *sectio caesarea*. Persalinan merupakan keadaan yang pasti terjadi dan kontraksi uterus akan terus berlangsung. Apabila hal ini dibiarkan tanpa melakukan tindakan pembedahan maka resiko kematian ibu dan bayi meningkat akibat adanya peningkatan tekanan darah dan kejang. *Sectio caesaria* dipilih sebagai tindakan cepat untuk menurunkan resiko angka kematian ibu dan bayi.

e. Kelainan letak

Kelainan letak dalam kehamilan merupakan keadaan patologis yang erat kaitannya dengan kematian ibu atau janin. Kelainan letak dapat berupa letak lintang dan letak sungsang. Persalinan pervaginam hampir mustahil dilakukan oleh ibu. Kelainan letak pada trimester awal dapat diatasi dengan berbagai terapi, namun kelainan letak yang baru diketahui menjelang persalinan akan direncanakan tindakan pembedahan *sectio caesaria*.

4. Komplikasi

Komplikasi *Sectio Caesaria* menurut Oxorn & Forte, (2010) yaitu sebagai berikut :

- a. Perdarahan yang terjadi karena adanya atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum.

- b. Infeksi Sectio Caesaria bukan hanya terjadi di daerah insisi saja, tetapi dapat terjadi di daerah lain seperti traktus genitalia, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratori atas.
- c. Berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga dapat menyebabkan ruptur uterus.
- d. Ileus dan peritonitis

5. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien preeklampsia sebelum dilakukan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut (Abiee, 2012) :

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah : Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr %), Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37 – 43 vol %), Trombosit menurun (nilai rujukan 150 – 450 ribu/mm³).
- 2) Urin Analisis : Ditemukan protein dalam urine.
- 3) Pemeriksaan Fungsi hati : Bilirubin meningkat (N = <1 mg/dl), LDH (laktat dehidrogenase) meningkat, Aspartat aminotransferase (AST) >60 ul, Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N = 15-45 u/ml), Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat (N = <31 u/l), Total protein serum menurun (N = 6,7-8,7 g/dl).
- 4) Tes Kimia Darah : Asam urat meningkat (N = 2,4-2,7 mg/dl).

b. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Ultrasonografi : Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.
- 2) Kardiotografi : Diketahui denyut jantung janin lemah