

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah tindakan pembedahan dengan menginsisi dinding perut dan uterus yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Persalinan ini digunakan jika kondisi ibu menimbulkan distress pada janin (Prawiharo, 2016). *Sectio caesarea* merupakan cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan uterus melalui dinding depan perut (Solihati & Kosasih, Ali, 2015).

Kehamilan dan persalinan memerlukan proses yang fisiologis, namun keadaan patologis atau komplikasi dapat saja muncul pada saat kehamilan sampai dengan proses persalinan. Salah satu persalinan yang sering terjadi adalah persalinan dengan *sectio caesarea*. *Sectio caesaria* adalah tindakan pembedahan dengan menginsisi dinding perut dan uterus yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Persalinan ini digunakan jika kondisi ibu menimbulkan distress pada janin atau jika telah terjadi distress pada janin (Prawiharjo, 2016).

2. Etiologi

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingakt I-II komplikasi kehamilan, kehamilan yang di sertai penyakit (jantung, DM) gangguan perjalanannya persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya) selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio saesaria antarlain CPD (Chepalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre-Eklamsi Berat,) KPD (Ketuban Pecah Dini) faktor hambatan jalan lahir.

b. Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

Sectio caesarea yang direncanakan meliputi bayi tidak dalam posisi dekat turunnya kepala dengan tanggal jatuh tempo persalinan, penyakit jantung, yang dapat diperburuk karena stres kerja, infeksi yang dapat menular ke bayi selama kelahiran pravaginaan, ibu yang lebih dari satu bayi memiliki riwayat SC sebelumnya (Prawiroharjo, 2010).

3. Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus dilakukan tindakan *sectio caesarea* adanya beberapa hambatan ada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, ruptur sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju, (partus lama), preeklamsi. Kondisi tersebut menyebabkan perlu pasien mengalami mobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan *post* operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan luka insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi (Sugeng, 2014).

Dampak apabila ibu nifas mengalami infeksi luka *post sectio caesarea* dan tidak segera ditangani akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada

jaringan epidermis maupun dermis, gangguan pada sistem persarafan, dan kerusakan jaringan seluler (Hasanah and Wardayanti, 2015).

4. Komplikasi

Berikut adalah beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *post sectio caearea* yaitu :

a. Infeksi peureferal (nifas)

- 1) Berat dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung
- 2) Ringan dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
- 3) Berat dengan prioritas, sepsis dan ileus paralitik, infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.
- 4) Perdarahan karena:
 - a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - b) Atonia uteri
 - c) Perdarahan pada placentar bed
- 5) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila repertionalisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) faktor risiko terjadinya infeksi adalah:

- 1) Efek prosedur invasif
- 2) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 3) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit, ketuban pecah sebelum waktunya,
- 4) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder penurunan hemoglobin, imunosupresi.

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan post *sectio caesarea* menurut antara lain: kehilangan darah selama pembedahan 600-800 ml, terpasang kateter: urin jernih dan pucat, abdomen lunak dan tidak ada distensi, ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru, balutan abdomen tampak sedikit noda, aliran lochea sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak (Aspiani, 2017).

Persalinan dengan *sectio caesarea* memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu perawatan post operatif dan perawatan post partum.

- a. Nyeri akibat ada luka pembedahan
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak)
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml
- f. Emosi labil/ perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru
- g. Biasanya terpasang kateter urinarius
- h. Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar
- i. Pengaruh ansietas dapat menimbulkan mual dan muntah
- j. Pada kelahiran *sectio caesarea* tidak direncanakan maka biasanya kurang paham prosedur (Doenges, 2010).

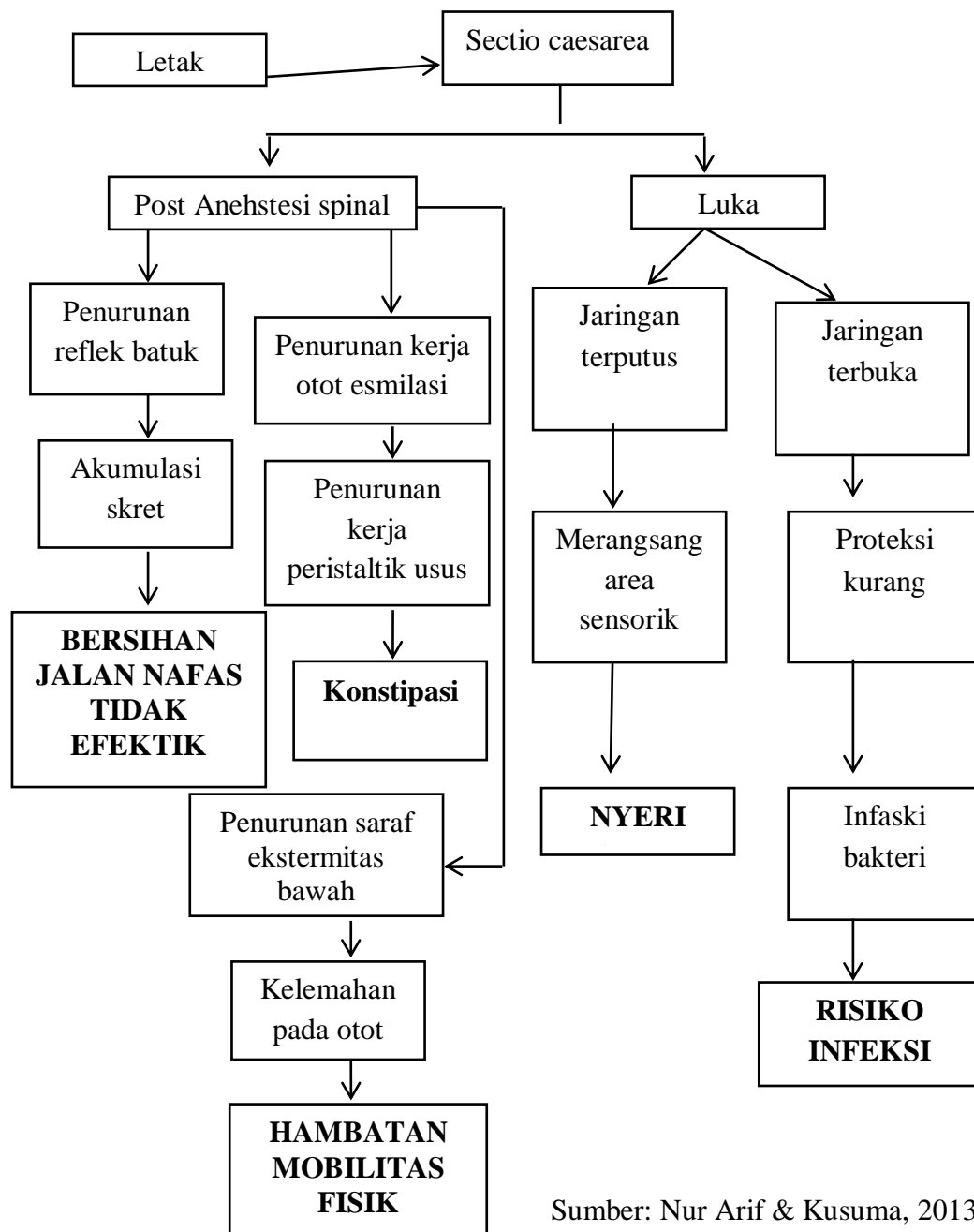
6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* adalah: hitung darah lengkap, golongan darah (ABO) dan percocokan silang, tes combs.Nb, Urinalisis: menentukan kadar albumin/glukosa, palpimetri: menentukan CPD, kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II ultrasonografi melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin, amniosintesis: mengkaji malnutrisi paru janin, tes stress kontraksi atau tes non-stres: mengkaji respon janin terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola

abnominal, penentuan elektronik selanjutnya: memastikan status janin/aktivitas uterus (Aspiani, 2017).

Pathway Gangguan Kebutuhan Keamanan

Gambar 2.1
Pathway Gangguan Kebutuhan Keamanan



Sumber: Nur Arif & Kusuma, 2013 .

B. Konsep Dasar Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Hidayat, dkk., 2014).

Gambar 2.2
Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow



Dalam buku Uliyah dan Hidayah (2011), menurut Abraham Maslow terdapat 5 tingkatan kebutuhan manusia yaitu :

1. Kebutuhan fisiologis
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman
3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki
4. Kebutuhan harga diri
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Berdasarkan kasus yang saya temukan yaitu tentang kebutuhan rasa aman dengan klien tentang risiko infeksi pada pasien *post sectio caesarea* kita harus mengetahui dulu apa itu konsep keamanan berikut hal penting tentang risiko infeksi yang dialami pasien *post sectio caesarea* :

1. Konsep dasar keamanan

Keamanan merupakan kondisi ketika seseorang atau suatu kelompok terhindar dari segala bentuk bahaya atau ancaman. Keamanan juga dapat

kita simpulkan yaitu kondisi bebas dari ancaman atau bahaya. Menurut Nancy Roper (2002) terdapat tiga faktor yang berhubungan dengan keamanan, yaitu tingkat pengetahuan dan kesadaran individu, kemampuan fisik yang membahayakan dan berpotensi menimbulkan bahaya.

2. Lingkungan kebutuhan keamanan atau kesehatan

Lingkungan klien mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien. Di sini menyangkut kebutuhan fisiologis juga. Kebutuhan fisiologis kita yang terdiri dari kebutuhan terhadap oksigen, kelembaban yang optimum, nutrisi, dan suhu yang optimum akan mempengaruhi kemampuan seseorang

3. Faktor yang mempengaruhi keamanan antara lain pengetahuan tentang keamanan, dan kondisi kesehatan

Dalam pengetahuan tentang keamanan bahwa pengetahuan sangat penting bagi kehidupan kita, dan pengetahuan tentang kesehatan dan masalah kesehatan sangat berpengaruh bagi klien dengan risiko infeksi mengenai tanda dan gejala post *sectio caesarea*.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Keamanan Pada Ibu Post SC

1. Pengkajian Post SC

Proses keperawatan adalah pendekatan sistematis dan terorganisir melalui enam langkah dalam mengenali masalah-masalah klien, namun merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik maupun linier. Kemudian dapat dirumuskan diagnosa keperawatannya dan cara pemecahan masalah.

Proses keperawatan merupakan 5 tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan berurutan dan berkesinambungan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Suarni & Apriani, 2017).

a. 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).

Pada pasien post SC hasil pengkajian yang didapat dijumpai adalah: klien mengatakan gatal dibagian luka operasi, klien mengatakan sulit bergerak karena adanya luka pada abdomen, klien tidak nyaman saat bergerak karena nyeri, klien tidak nafsu makan, kulit klien kemerahan, luka post op belum kering, luka terbuka dan basah.

b. Diagnosa Keperawatan

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

Data yang diperoleh dari pengkajian ditegakkanlah diagnosa keperawatan untuk pasien post *sectio caesarea*, kemungkinan diagnosa yang muncul adalah:

- 1) Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
- 2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas
- 3) Risiko pemulihan pasca bedah berhubungan dengan infeksi luka perioperative.
- 4) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik.

c. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Pertami, 2015).

Rencana keperawatan yang dapat disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah teridentifikasi, adalah sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *post sectio caesarea* dapat disusun berdasarkan NOC dan NIC

Tabel 2.1

Diagnosa Keperawatan pada Kasus *Post Sectio Caesarea*
Terhadap Ny. S

Diagnosa Keperawatan	NOC (<i>Nursing Outcome Classification</i>)	NIC (<i>Nursing Intervention Classification</i>)
1	2	3
Risiko infeksi	Keparahan infeksi a. Kulit tidak memerah b. Tidak ada nyeri c. Tidak mengalami demam d. Nafsu makan meningkat	Perawatan area sayatan a. Periksa darah sayatan terdapat kemerahan dan bengkak b. Bersihkan daerah sekitar sayatan dengan pembersih yang tepat c. Monitor sayatan untuk tanda dan gejala infeksi d. Ganti balutan luka sesuai jadwal
Gangguan integritas Kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas	Penyembuhan luka a. Melaporkan adanya gangguan rasa sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan b. Sensasi dan warna kulit normal c. Mampu melakukan perawatan luka alami	Perawatan luka tekan a. Memonitor warna, suhu, kelembapan dan kondisi area sekitar luka b. Memonitor tanda dan gejala infeksi di area luka c. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian longgar d. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih e. Oleskan <i>lotion</i> atau minyak <i>baby oil</i> pada daerah yang tertekan
Perlambatan pemulihan pasca bedah	Tingkat ketidaknyamanan a. Kemampuan perawatan diri b. Memperoleh kembali mobilitas pra pembedah	Bantuan perawatan diri a. Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka b. Berikan perawatan insisi pada luka pada bagian luka

1	2	3
	c. Kenyamanan nutrisi tercukupi.	d. Ubah posisi setiap 1-2 jam sekali untuk mencegah penekanan pada luka e. Status nutrisi terpenuhi
Nyeri akut	Tingkat nyeri a. Nyeri yang dilaporkan berkurang b. Ekspresi nyeri wajah tidak ada c. Tidak mengeluarkan kringat d. Frekuensi nafas normal e. Tekanan darah normal	Manajemen nyeri a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

d. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

e. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).