

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sectio Caesaria

1. Pengertian

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 (Prawirohardjo, 2016). Sectio Caesarea merupakan cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan uterus melalui dinding depan perut (Solihati & Kosasih, Ali, 2015).

2. Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) dan (Kristiyanasari & Jitowiyono, 2012) jenis-jenis operasi sectio caesarea:

- a. Abdomen (sectio caesarea abdominalis) Sectio caesarea secara transperitonealis meliputi SC Klasik atau corporal (dengan insisi memanjang pada corpus uteri). Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm dan SC ismika porfundal (low servical dengan insisi pada segmen bawah rahim). Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm.
- b. Vagina (sectio caesarea vaginalis) Menurut sayatan pada rahim, sectio caesarea dapat dilakukan yaitu sayatan memanjang (longitudinal), sayatan melintang (transversal) dan sayatan huruf T (T insicion)

3. Indikasi

Indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* yaitu:

- a. Indikasi yang berasal dari ibu, yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak, ada disproporsi sefalo pelfik (disproporsi janin / panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I - II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-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 talu pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi (Kristiyanasari & Jitowiyono, 2010)

4. Patofisiologi

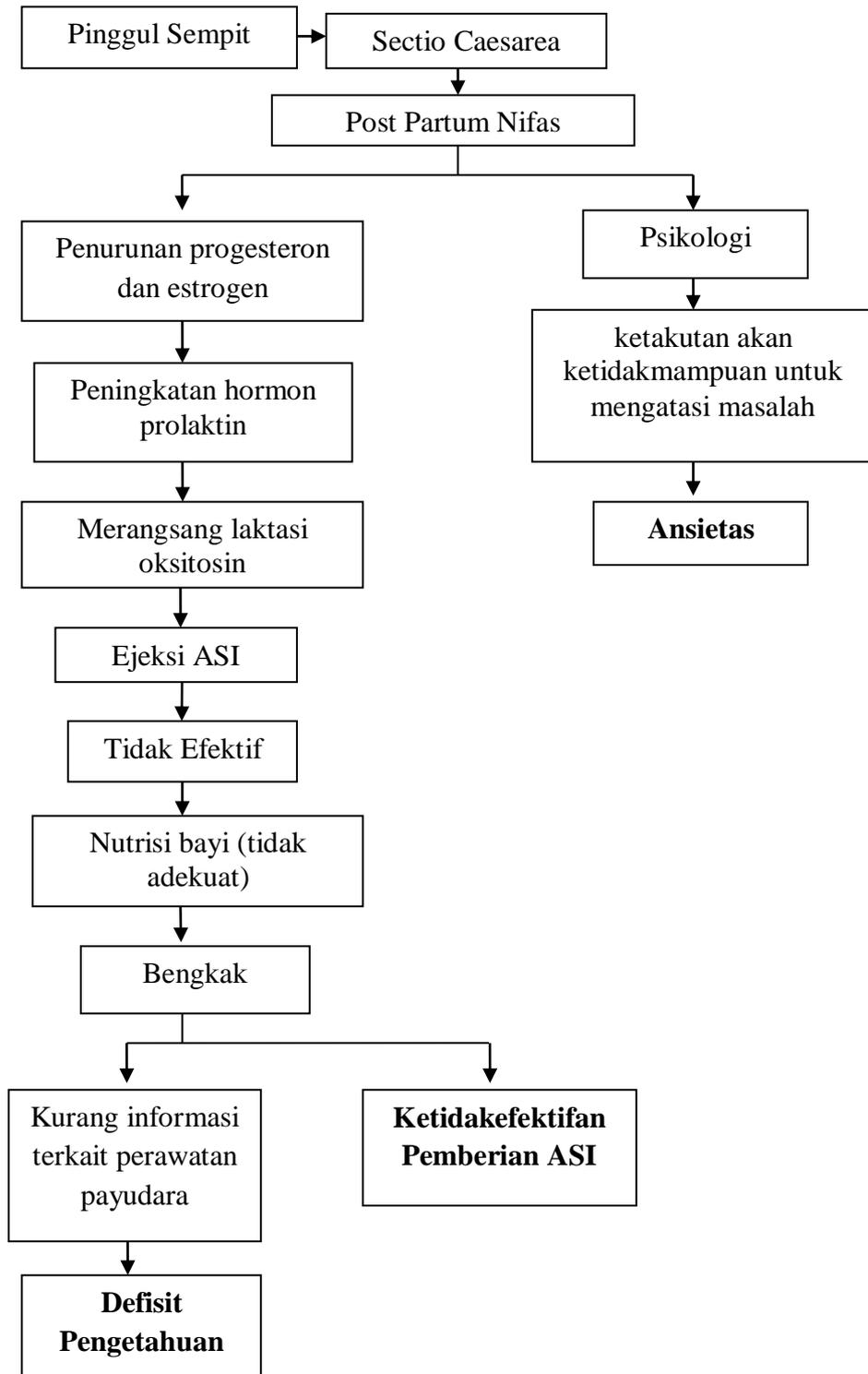
Prosedur SC membuat ibu akan mengalami adaptasi post partum dengan terjadi penurunan progesteron dan estrogen dan aspek fisiologis yaitu produk oxytosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka pada insisi akan menjadi port de entri kuman (sebelum seseorang terinfeksi), maka perlu diberikan antibiotic dan perawatan luka dengan prinsip steril.

Hal yang dilakukan sebelum operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum, namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu. Pengaruh anestesi terhadap janin sehingga bayi lahir dalam keadaan apnoe, sedangkan pengaruh anestesi terhadap ibu yaitu tonus uteri berupa atonia uteria sehingga darah banyak keluar dan proses pengeluaran lochea yang terkadang mempengaruhi jumlah Hb didalam tubuh menurun, ibu akan

mengalami kelemahan dan keengganan akan perawatan diri, sedangkan pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja nafas silia menutup.

Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan ibu dengan menurunkan mobilitas usus, akibatnya peristaltik juga menurun. Peristaltik menurun menyebabkan perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi. Pada ibu post op *Sectio Caesarea* terjadi permasalahan pada ASI atau yang sering di sebut menyusui tidak efektif karena ibu mengalami bengkak pada payudara yang di sebabkan oleh ASI tidak memancar/menetes. (Nurarif & Kusuma, 2015)

6. Pathway Gangguan Kebutuhan Nutrisi Pada Neonatus



(Nurarif & Kusuma, 2013) dan (Rahmadani et al., 2020)

B. Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia mempunyai kebutuhan yang harus dipenuhi, baik fisiologis maupun psikologis, banyak ahli fisiologis dan psikologis yang menguraikan kebutuhan manusia dari berbagai segi salah satunya Abraham Maslow, seorang psikologis mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia. Menurut Abraham Maslow kita perlu memahami bahwa manusia selalu berkembang, kebutuhan yang lebih tinggi tidak akan terpenuhi dengan baik sampai kebutuhan terbawahnya terpenuhi. Kebutuhan dasar Abraham Maslow lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow . Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni :



Gambar 2.2 Hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow

1. Kebutuhan Fisiologis (Physiologic Needs).
2. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (Safety and Security Needs).
3. Kebutuhan Rasa Cinta, memiliki dan Dimiliki (Love and Belonging Needs).
4. Kebutuhan Harga Diri (Self-Esteem Needs).

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri (Need for Self Actualization).

Berdasarkan teori Abraham Maslow diatas , pada klien dengan pasien post Sectio Caesarea mengalami gangguan kebutuhan rasa nyaman, dimana ibu post partum dengan sectio caesarea tentunya akan mengalami ketidaknyamanan terutama luka insisi yang menimbulkan rasa nyeri. Keadaan tersebut menyebabkan ibu akan mengalami kesulitan untuk menyusui karena kalau ibu bergerak akan merubah posisi maka nyeri yang dirasakan akan bertambah berat. Rasa sakit yang dirasakan oleh ibu akan menghambat produksi oksitosin sehingga akan mempengaruhi pengaliran ASI. (Mangunsong, 2016)

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat, 2015) dalam (Sukesi Niken, 2019)

Peran perawat dalam mengurangi dan mengatasi nyeri yang dirasakan post operasi antara lain dengan memberikan atau mengajarkan manajemen pengendalian nyeri secara mandiri dan melakukan kolaborasi dengan tenaga medis yang lain untuk pengendalian rangsangan nyeri ibu yang muncul pada post operasi dapat berkurang atau terkontrol. (Afrillia, 2018)

Upaya untuk mengatasi nyeri pada ibu post sectio caesarea dapat menggunakan metode non farmakologi antara lain teknik relaksasi napas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana melakukan pernapasan dalam, yaitu napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, tehnik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenisasi darah (Dwixhikari, 2010) dalam (Widia Lidia, 2016)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Post Sectio Caesarea

Proses keperawatan adalah suatu cara menyelesaikan masalah yang sistematis dan dinamis serta bersifat individual untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan klien sebagai manusia yang bersifat unik, dan menekankan pada kemampuan pengambilan keputusan oleh perawat sesuai dengan kebutuhan klien. 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 & Apriyani, 2017)

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian merupakan proses Pengumpulan data yang dilaksanakan dengan berbagai cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll) untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar. (Suarni & Apriyani, 2017)

Pengkajian di fokuskan pada pengkajian Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman :

a. Data Subyektif

- 1) Mengeluh nyeri
- 2) Tampak meringis
- 3) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- 4) Kelelahan maternal
- 5) Kecemasan maternal

b. Data Obyektif

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (menghindari nyeri)
- 3) Frekuensi nadi meningkat
- 4) Sulit tidur
- 5) Tampak gelisah
- 6) Tampak bingung
- 7) Sulit tidur
- 8) Klien tampak gelisah
- 9) Kekuatan otot menurun
- 10) Rentang gerak (ROM) menurun
- 11) ASI tidak menetes atau memancar

2. 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. (PPNI, 2016)

Sesuai dengan data pada tahap pengkajian penulis mengambil diagnosa yang berfokus pada efek anestesi dan insisi abdomen, karena post Sectio Caesarea lebih berfokus pada kedua hal tersebut, maka diagnosa mungkin muncul pada ibu dengan post Sectio Caesarea. (Hartati & Maryunani, 2015), Data yang diperoleh dari pengkajian ditegakkanlah diagnosa keperawatan untuk pasien Post Sectio Caesarea, kemungkinan diagnosa yang muncul adalah:

Tabel 2.1
Diagnosa keperawatan pada pasien post operasi
Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016)

NO	DATA	DIAGNOSA SDKI
1.	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	Nyeri Akut
2.	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit mneggerakan ekstremitas <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun 	Gangguan Mobilitas Fisik
3.	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASI tidak menetes atau memancar 	Menyusui Tidak Efektif

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan didefinisikan sebagai semua penanganan (treatment), yang didasarkan pada penilaian dan keilmuan pada tatanan klinik, dimana perawat melakukan (tindakan) untuk meningkatkan hasil/outcome pasien. (Bulechek, 2013). Rencana tindakan keperawatan yang dapat disusun awal dengan diagnosa keperawatan yang telah teridentifikasi adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan Pada Pasien Dengan Persalinan Sectio Caesarea

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Tingkat Nyeri : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri : 1. Identifikasi lokasi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik non farmokologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)
Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri saat bergerak	Mobilitas Fisik : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun	Dukungan Mobilisasi : 1. Identifikasi keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi 3. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6. Anjurkan mobilisasi dini 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
Menyusui tidak efektif b.d	Status Menyusui :	Edukasi Menyusui :

payudara bengkak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi ada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Tetesan/pancaran ASI meningkat 4. Suplai ASI adekuat meningkat 5. Kepercayaan diri ibu meningkat 6. Kelelahan maternal menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 2. Berikan konseling menyusui 3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4. Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat payudara)
------------------	--	--

4. 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. Dalam melakukan implementasi, perawat dapat melakukan sesuai dengan rencana keperawatan. (Suarni & Apriyani, 2017)

1. Evaluasi

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)