

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. *Sectio Caesarea***

##### **1. Definisi**

SC merupakan suatu pembedahan yang tujuannya untuk melahirkan janin mealalui insisi pada dinding abdomen dan uterus. Sehingga janin di lahirkan (Oktami (2018) melalui perut, dinding perut dan dinding Rahim agar bayi lahir dalam keadaan sehat dan utuh (Anjarsari (2019 dalam (Sri Agustina (2020). SC merupakan persalihan buatan dimana janin dilahirkan melalui sayatan yang dibuat pada dinding depan perut dan dinding Rahim dengan syarat berat janin di atas 500 gram dan janin dalam keadaan utuh (Sagita (2019) dalam Agustina.S (2020).

*sectio caesarea* berasal dari kata “caedere” yang artinya memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetri istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang tujuannya untuk melahirkan bayi dengan membuka dinding perut ibu (Anggorowati & Sudiharjani (2017) dalam Kosanke. L (2019).

##### **2. Etiologi**

Seorang ibu yang ingin melahirkan dengan proses SC harus berdasarkan penyebab tertentu. Penyebab tersebut dapat berasal dari ibu maupun janin yang beresiko tinggi bila dilakukan persalihan pervagina (Viandika & Septiasari (2020).

Menurut Palentina (2019) dalam Saidati (2022) penyebab dilakukannya SC yaitu sebagai berikut:

- a. Panggul sempit judul dibawah huruf s
- b. Preeklamsia
- c. Bayi lebih dari satu atau bayi kembar
- d. Gangguan pada jalan lahir
- e. Kelainan letak jantung
  - 1.) Kelainan pada letak kepala bayi
  - 2.) Letak bayi sungsang
  - 3.) Kelainan letak lintang
- f. Premature rupture of membranes atau ketuban pecah dini

### 3. Indikasi

Menurut Herwandi, et al (2023) faktor yang dapat memengaruhi persalinan SC yaitu faktor ibu, faktor janin dan jalan lahir:

#### a) Faktor ibu

Antara lain umur, paritas (jumlah kelahiran hidup/mati) dan his (kontraksi uterus)

#### b) Faktor janin

Posisi atau letak janin, janin besar, kelainan kongenital, malposisi, dan malpresentasi

#### c) Faktor jalan lahir

Tumor panggul, panggul sempit, kelainan serviks dan vagina

### 4. Klasifikasi

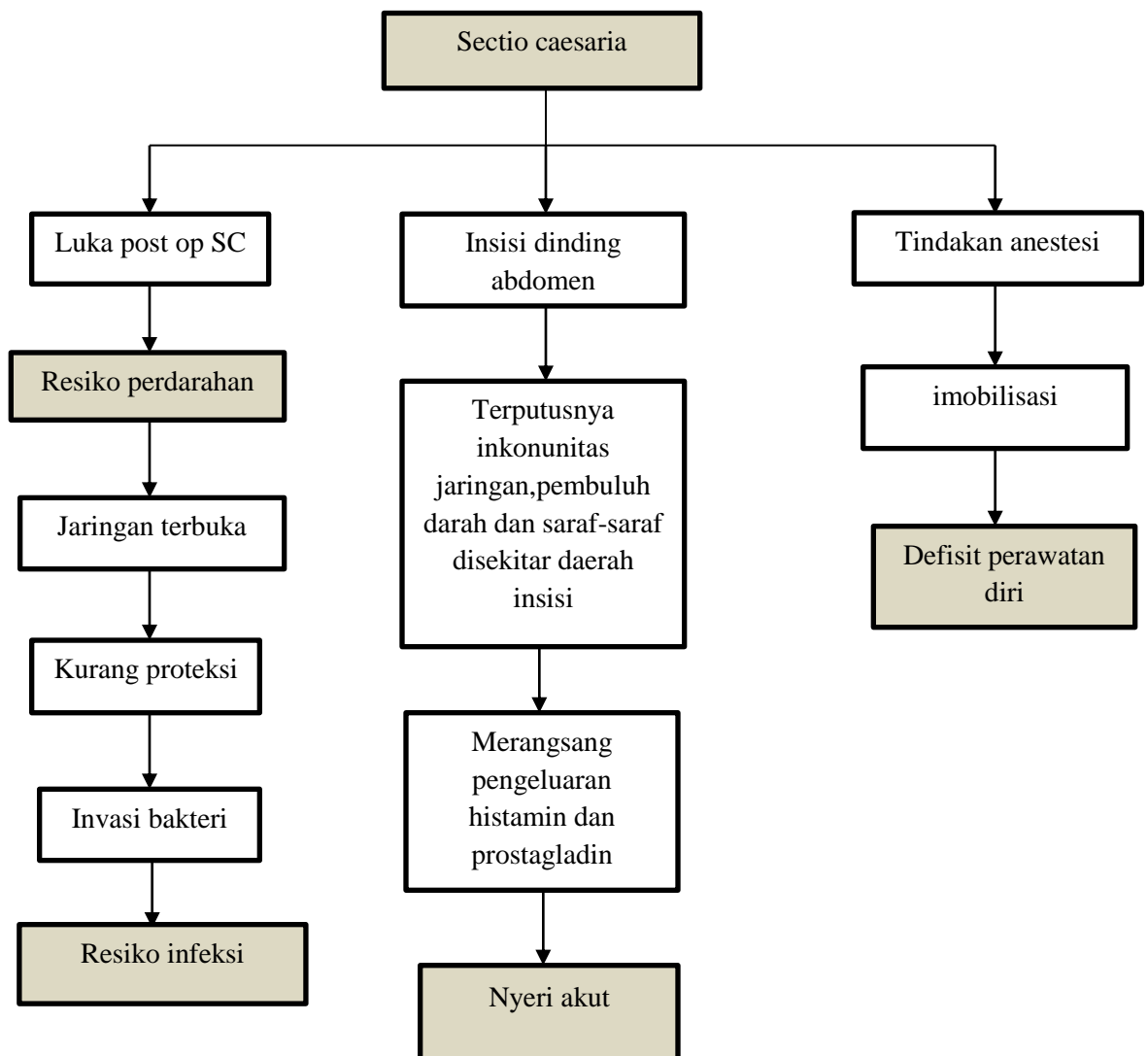
Klasifikasi SC menurut Sagita (2019) dalam Agustina.S (2020) antara lain :

- 1) SC *transperitonealis* profunda
- 2) SC *corporal*/klasik
- 3) SC ekstra *peritoneal*.
- 4) SC *hysterectomy*

Setelah SC, maka dilakukan *hysterectomy* dengan indikasi sebagai berikut:

- a) *Atonia uteri*
- b) *Plasenta accrete*
- c) *Myoma uteri*
- d) Infeksi intra uteri berat.

## 5. Pathway SC



Gambar 2.1

*Pathway Sectio Caesarea*

Sumber : (Samsider Sitorus (2021) ; Susanto (2018) ; SDKI, (2017) dalam Noveralin (2022).

## 6. Komplikasi

Menurut Nurjaya (2022) dalam B. Noveralin (2022) komplikasi SC yaitu:

1. Nyeri pada daerah insisi
2. Pendarahan primer akibat kegagalan mencapai homeostatis karena insisi Rahim atau akibat atonia uteri
3. Sepsis setelah pembedahan, komplikasi dan frekuensi ini lebih besar bila terdapat infeksi dalam Rahim atau bila SC dilakukan selama persalinan
4. Kamtung kemih yang lebar dan ureter, cedera pada sekeliling usus besar
5. Infeksi akibat luka pasca operasi
6. Bengkak pada ekstremitas bawah
7. Gangguan laktasi
8. Penurunan elastisitas perut dan panggul

## 7. Penatalaksanaan

Menurut Ramadanty (2019) dalam Agustina.S (2020), penatalaksanaan SC antara lain:

- 1.) Pemberian cairan
- 2.) Diet
- 3.) Mobilisasi
- 4.) Kateterisasi
- 5.) Pemberian obat-obatan
  - a. Antibiotik
  - b. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan.
  - c. Obat-obatan lainnya
- 6.) Perawatan luka
- 7.) Pemeriksaan rutin
- 8.) Perawatan payudara

## **B. Perawatan Luka**

Luka terjadi karena rusaknya struktur dan fungsi anatomi yang normal akibat dari proses patologis yang berasal dari internal, maupun eksternal yang mengenai organ tertentu, efek yang akan muncul ketika timbulnya luka yaitu perdarahan dan pembekuan darah, kontaminasi bakteri hingga kematian sel, luka yang tidak sembuh dalam waktu yang cukup lama dikhawatirkan akan mengalami komplikasi (Setyarini EA et al (2013) dalam Amir et al (2023)).

Perawatan pasca operasi merupakan perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dengan cara merawat luka serta memperbaiki asupan makanan yang tinggi protein dan vitamin (Riyadi & Harmoko (2012) dalam Dianti (2017)). Perawatan luka pada ibu nifas yang tidak sesuai dengan standar serta prinsip aseptik akan menyebabkan infeksi pada luka yang berujung kematian perawatan luka dilakukan tujuan agar menjaga luka tetap bersih , mencegah infeksi dan dapat mempercepat penyembuhan luka, serta meningkatkan kenyamanan fisik maupun psikologis (Smeltzer & Bare (2001) dalam Tampilang, Rambli, & Gansalangi (2018)). Perawatan luka pada pasien diawali dengan membersihkan luka terlebih dahulu yang selanjutnya dilakukan tindakan merawat luka dengan melakukan pembalutan yang tujuannya untuk mencegah infeksi silang serta mempercepat proses penyembuhan luka (Lusianah, Indaryani, & Suratun (2012) dalam Dianti (2017)).

Menurut buku standar prosedur operasional tindakan keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar (2013) dalam Dianti (2017) dalam melakukan perawatan luka pasca SC dibagi menjadi tiga tahap yaitu:

### **a. Pra interaksi**

Dalam tahap ini yang dilakukan adalah mengkaji kebutuhan ibu dalam perawatan luka operasi SC serta menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan.

b. Interaksi

Tahap interaksi ini dapat dibagi menjadi tiga tahap diantaranya :

1) Tahap orientasi

Pada tahap ini yang dilakukan adalah mengucapkan salam, memperkenalkan diri serta menyampaikan maksud dan tujuan dilakukannya perawatan luka.

2) Tahap kerja

Tindakan yang dilakukan pada tahap ini adalah mulai dari mencuci tangan, menggunakan alat pelindung diri (APD), membersihkan luka operasi dengan NaCl, sampai dengan tindakan terakhir yaitu merapikan pasien.

3) Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan fase dimana perawat mengakhiri tindakan, yang dilakukan perawat pada saat ini adalah mengevaluasi perasaan ibu serta membuat kontrak pertemuan selanjutnya.

c. Post interaksi

Pada tahap ini hal yang dilakukan yaitu membersihkan alat dan bahan yang sudah digunakan, mencuci tangan serta melakukan pendokumentasian tindakan yang sudah dilakukan

Penyembuhan luka merupakan penggantian fungsi jaringan yang rusak, yang melibatkan integrasi proses insisi bedah yang bersih contoh luka dengan sedikit jaringan yang hilang. Luka bedah akan mengalami penyembuhan primer (primary intentions) dengan cara merapatnya tepi-tepi mempunyai tingkat infeksi yang rendah dan terjadi penyembuhan dengan cepat (Sukmawati (2018)). Pada usia 35 tahun keatas termasuk kedalam Kehamilan resiko tinggi (KRT). kehamilan dengan resiko tinggi memiliki ancaman *morbiditas* atau *mortalitas* ibu dan janin baik dalam kehamilan, persalinan maupun nifas. Seiring dengan bertambahnya usia usia kulit akan mengalami perubahan pada frekuensi penggunaan sel *epidermis*, respon *inflamasi* terhadap cedera, *persepsi sensoris*, proteksi mekanis

dan fungsi barrier kulit. Perbaikan sel berlangsung sejalan dengan pertumbuhan dan kematangan usia seseorang, dan proses penuan dapat menurunkan system perbaikan sel sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan luka (Hariyani et al. (2023). Menurut Potter & Perry (2005), teknik pembalutan luka dengan pembalutan dengan menggunakan cairan fisiologis lebih tepat untuk perawatan luka bersih pada post operasi, untuk meningkatkan proses terbentuknya jaringan baru pada luka.

### C. Resiko Infeksi

#### Definisi

Resiko infeksi merupakan dimana seseorang rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan (Herman 2018) dalam Lestari et al. (2021). Asuhan keperawatan maternitas pada pasien post operasi SC merupakan salah satu pelayanan perawatan dalam mencegah terjadinya infeksi setelah pembedahan dinding abdomen (Wardhani (2016).

Tanda dan gejala yang terjadi pada infeksi luka menurut Smeltzer (2002) dalam Dianti (2017) yaitu :

a. Rubor (kemerahan)

Merupakan hal pertama yang akan terlihat ketika mengalami peradangan. Saat reaksi peradangan timbul maka akan terjadi pelebaran *arteriola* yang mensuplai darah ke tempat dimana terjadi peradangan. Sehingga darah akan lebih banyak mengalir ke mikrosirkulasi local serta kapiler mengembang dengan cepat terisi penuh dengan darah keadaan ini disebut juga dengan *hyperemia* yang menyebabkan warna merah karena peradangan akut.

b. Kalor (panas)

disebabkan oleh sirkulasi darah yang meningkat. Sebab darah yang memiliki suhu 37°C akan disalurkan ke permukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak dari pada ke daerah yang normal.

c. Dolor (nyeri)

Pengeluaran zat seperti histamin atau bioaktif dapat merangsang suatu saraf. Rasa sakit pula disebabkan oleh suatu tekanan meninggi akibat pembengkakan jaringan yang meradang.

d. Tumor (bengkak)

Pembengkakan disebabkan oleh hiperemi dan juga sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan serta sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringa interstitial.

e. *Functio Laesa*

Merupakan rekasi dari peradangan, tetapi secara mendalam belum diketahui mekanisme terganggunya fungsi jaringan yang meradang.

Faktor resiko terjadinya infeksi pada luka operasi SC yaitu status gizi, kadar hemoglobin, dan perawatan luka. Anemia merupakan salah satu faktor resiko yang tinggi yang menyebabkan infeksi luka SC, perawatan luka yang memperhatikan SOP sebagai upaya dalam memberikan pelayanan bedah yang aman kepada pasien maka akan meminimalisir resiko terjadinya infeksi luka operasi post operasi SC (Rina & Nelly (2020). Proses penyembuhan luka diharapkan berada pada batas ideal dengan regenerasi yang cepat akan mengurangi resiko terjadinya infeksi, tetapi terkadang hal ini sulit untuk dicapai karena terdapat 2 faktor penyembuhan luka yaitu faktor intrisik (usia, paritas, status gizi dan mobilisasi dini) dan faktor ektrisik (perawatan luka), (Nuraini et al (2015) dalam Kartikasari & Apriningrum (2020).

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional seseorang pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan respon pasien saat ini



dan waktu sebelumnya (Potter and Perry (2009) dalam Hadinata & Abdillah (2021). Meliputi : Nama, umur, suku, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

2. Keluhan utama

Untuk mengetahui apakah yang ibu hamil rasakan, yang meliputi keluhan saat pertama masuk rumah sakit dan saat dilakukan pengkajian. Untuk mengetahui alasan utama klien datang ke fasilitas kesehatan dan mendukung data diagnosa.

3. Riwayat kesehatan pasien

a) Penyakit masa lalu

Apakah klien pernah mempunyai penyakit terdahulu atau pernah masuk rumah sakit sebelumnya.

b) Riwayat dirawat di RS

Apakah pasien sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit.

c) Riwayat penyakit keluarga

Apakah keluarga ada yang mempunyai riwayat penyakit yang bersifat turun-temurun seperti diabetes militus, hipertensi dll.

4. Keadaan umum

Meliputi pemeriksaan kesadaran, GCS.

5. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum klien

b) Tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan

c) Pemeriksaan kepala dan leher meliputi, bentuk, benjolan, keadaan rambut, warna rambut, bau, mata, hidung, mulut, tenggorokan dan leher apakah terdapat gangguan

d) Pemeriksaan thorax

e) Pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi

f) Pemeriksaan ekstremitas yang meliputi pemeriksaan pada alat gerak seperti pada tangan dan kaki.

- g) Lakukan pemeriksaan payudara meliputi inspeksi kesimetrisan, bentuk dan ukuran payudara. Bentuk dan ukuran payudara tidak mempengaruhi produksi ASI.
6. Pemeriksaan penunjang
- Apabila klien memiliki hasil pemeriksaan laboratorium maupun radiologi.

**Table 2.2**  
**Rencana Keperawatan**  
**Menurut SDKI, SLKI, SIKI**

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
3.	Resiko infeksi b.d efek prosedur infasif D0142	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Bengkak menurun 3. Kadar sel darah putih membaik	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda gejala local dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara memeriksa luka</li> <li>3. Anjurkan cara meningkatkan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>

#### 8. Evaluasi

Menurut ( Suarni & Apriani, 2017:73) evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan dengan tujuan untuk menilai tindakan keperawatan yang sudah dilakukan , untuk mengetahui kebutuhan klien secara optimal, dan mengukur dari hasil proses keperawatan yang sudah

dilakukan. Untuk mengetahui masalah yang teratasi atau tidak teratasinya masalah menggunakan cara membandingkan SOAP dengan tujuan kriteria hasil yang sudah ditentukan SOAP memiliki penjelasan sebagai berikut :

S:subjek merupakan informasi yang berupa ungkapan langsung dari klien setelah dilakukannya tindakan

O:objectif merupakan informasi yang didapat dari hasil pemeriksaan, pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat

A:assessment merupakan suatu penilaian membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian kesimpulan masalah teratasi atau tidak

P: planning merupakan rencana keperawatan yang akan dilakukan selanjutnya