

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Ketuban Pecah Dini

a. Definisi

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8 - 10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Saifuddin, 2014).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu sebelum proses persalinan berlangsung dan dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm, ketuban yang pecah spontan terjadi pada sembarang usia kehamilan sebelum persalinan di mulai. KPD disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intra uterin atau oleh kedua faktor tersebut (Winarsih, 2012).

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan, hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Sujiyati, 2009 dalam Bella, 2016).

b. Etiologi

Menurut Manuaba (2013) dalam Ani (2019), penyebab ketuban pecah dini antara lain :

- 1) Servik inkompeten (penipisan servik) yaitu kelainan pada servik uteri dimana kanalis servikalis selalu terbuka.
- 2) Ketegangan uterus yang berlebihan, misalnya pada kehamilan ganda dan hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit

ketuban di atas ostium uteri internum pada servik atau peningkatan intra uterin secara mendadak.

- 3) Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetic).
- 4) Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten.
 - Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan infeksi
 - Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan morbiditas janin
 - Komplikasi ketuban pecah dini makin meningkat
- 5) Kelainan letak janin dalam rahim, misalnya pada letak sungsang dan letak lintang, karena tidak ada bagan terendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah.
- 6) Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

c. Manifestasi Klinis

Menurut Nugroho (2011) dalam Maruroh (2019), tanda dan gejala yang harus diwaspadai selama kehamilan adalah :

- 1) Keluarnya cairan merembes melalui vagina (kemaluan).
- 2) Timbul sebelum rasa mulas - mulas tanda dari awal persalinan.
- 3) Cairan ketuban menjadi berwarna putih keruh mirip air kelapa, mungkin juga sudah berwarna kehijauan.
- 4) Kontraksi $> 4x/jam$ (abdomen, rasa kencang, nyeri, kram menstruasi, atau rekaan pada vagina) (Sinclair, 2009)
- 5) Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- 6) Jika duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah.

- 7) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda - tanda infeksi yang terjadi.

d. Pemeriksaan Penunjang

Langkah pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini dapat dilakukan :

- a. Pemeriksaan spekulum, untuk mengambil sampel cairan ketuban di froniks *posterior* dan mengambil sampel cairan untuk kultur dan pemeriksaan bakteriologis.
- b. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, sehingga tidak banyak manipulasi daerah pelvis untuk mengurangi kemungkinan-kemungkinan infeksi asenden dan persalinan prematuritas (Manuaba, 2013).

Menurut Nugroho (2010), pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG) :

- a. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
- b. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.
- c. Pemeriksaan leukosit darah : $> 15.000/PL$ bila terjadi infeksi
- d. Test lakmus berubah menjadi biru
- e. Amniosintesis

e. Penatalaksanaan Medis

Menurut Manuaba (2013) dalam buku ajar patologi obstetrik, kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis. Kasus KPD yang kurang bulan jika menempuh cara - cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS dan jika menempuh cara konservatif dengan maksud untuk memberi waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin (Manuaba, 2013).

Dalam Jurnal Kedokteran Syiah Kuala (2019), pada kasus hamil aterm atau cukup bulan, bila ketuban pecah sudah melebihi 6 jam maka dilakukan terminasi kehamilan melalui induksi persalinan dengan oksitosin dengan monitoring ketat terkait kesejahteraan janin meliputi denyut jantung dan kontraksi rahim serta tanda-tanda infeksi pada ibu. Ketuban pecah dini dapat terjadi dikarenakan berbagai sebab, pada umumnya KPD dapat terjadi akibat melemahnya membran secara fisiologis yang ditambah dengan gesekan yang terjadi akibat adanya kontraksi uterus.

Pada kehamilan 34 - 36 minggu sebelum melakukan persalinan, berikan terlebih dahulu antibiotik menggunakan kombinasi ampicillin 2 gram + erithromycin 250 mg intravena setiap 6 jam selama 48 jam. Diikuti dengan amoxicillin 250 mg + erithromycin 333 mg setiap 8 jam selama 5 hari. Pada kehamilan 32 – 33 minggu pada pasien dapat diberikan kortikosteroid seperti betamethasone 12 mg setiap 24 jam selama 2 hari, atau dexamethasone 6 mg setiap 12 jam selama 2 hari untuk membantu kematangan paru fetus. Persalinan pada usia gestasi kurang dari 32 minggu memiliki risiko yang tinggi bagi janin. Oleh karena itu, kehamilan perlu dipertahankan minimal hingga usia gestasi 34 minggu. Persalinan pada usia gestasi kurang dari 32 minggu memiliki risiko yang tinggi bagi janin. Oleh karena itu, kehamilan perlu dipertahankan minimal hingga usia gestasi 34 minggu.

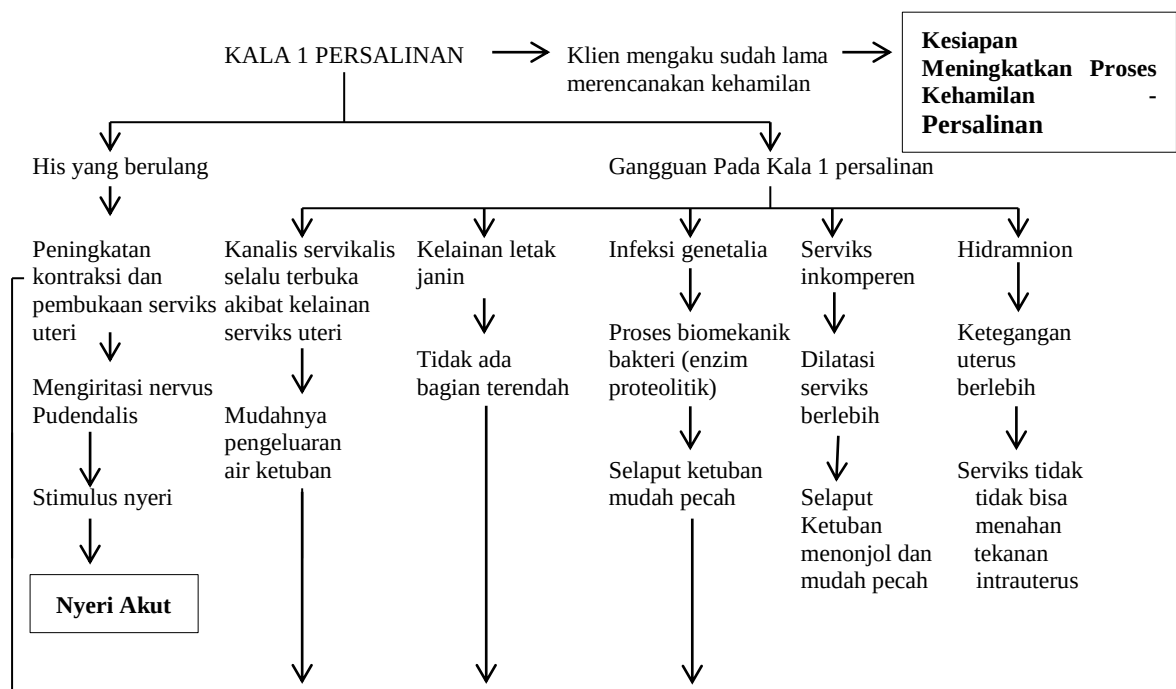
f. Patofisiologi

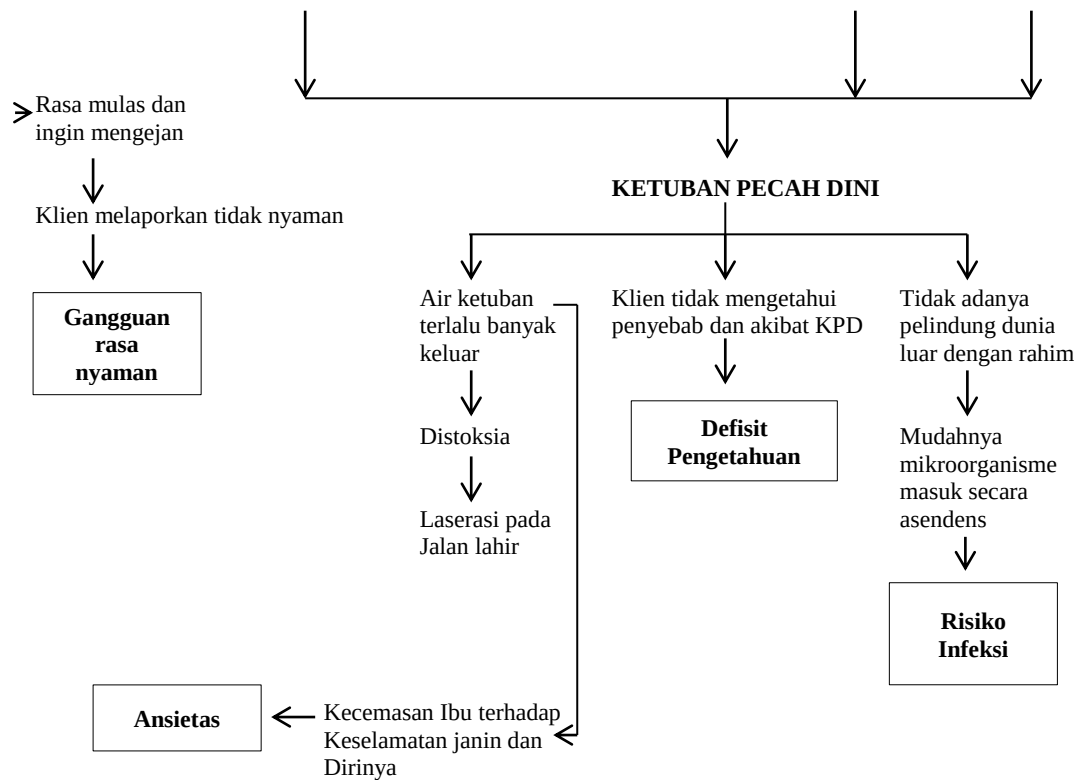
Infeksi dan inflamasi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dengan menginduksi kontraksi uterus dan atau kelemahan fokal kulit ketuban. Banyak mikroorganisme servikovaginal, menghasilkan fosfolipid C yang dapat meningkatkan konsentrasi secara lokal asam arakidonat, dan lebih lanjut menyebabkan pelepasan PGE2 dan PGF2 alfa dan selanjutnya menyebabkan kontraksi miometrium. Pada infeksi juga dihasilkan produk sekresi akibat aktivitas monosit/ makrofag, yaitu sitokrin, interleukin 1, faktor nekrosis tumor dan interleukin 6. *Platelet activating factor* yang

diproduksi oleh paru-paru janin dan ginjal janin yang ditemukan dalam cairan amnion, secara sinergis juga mengaktifasi pembentukan sitokin. Endotoksin yang masuk ke dalam cairan amnion juga akan merangsang sel-sel desidua untuk memproduksi sitokin dan kemudian prostaglandin yang menyebabkan dimulainya persalinan.

Adanya kelemahan lokal atau perubahan kulit ketuban adalah mekanisme lain terjadinya ketuban pecah dini akibat infeksi dan inflamasi. Enzim bakterial dan atau produk host yang disekresikan sebagai respon untuk infeksi dapat menyebabkan kelemahan dan rupture kulit ketuban. Banyak flora servikoginal komensal dan patogenik mempunyai kemampuan memproduksi protease dan kolagenase yang menurunkan kekuatan tenaga kulit ketuban. Elastase leukosit polimorfonuklear secara spesifik dapat memecah kolagen tipe III pada manusia, membuktikan bahwa infiltrasi leukosit pada kulit ketuban yang terjadi karena kolonisasi bakteri atau infeksi dapat menyebabkan pengurangan kolagen tipe III dan menyebabkan ketuban pecah dini.

Enzim hidrolitik lain, termasuk katepsin B, katepsin N, kolagenase yang dihasilkan netrofil dan makrofag, nampaknya melemahkan kulit ketuban. Sel inflamasi manusia juga menguraikan aktifator plasminogen yang mengubah plasminogen menjadi plasmin potensial, potensial menjadi penyebab ketuban pecah dini.



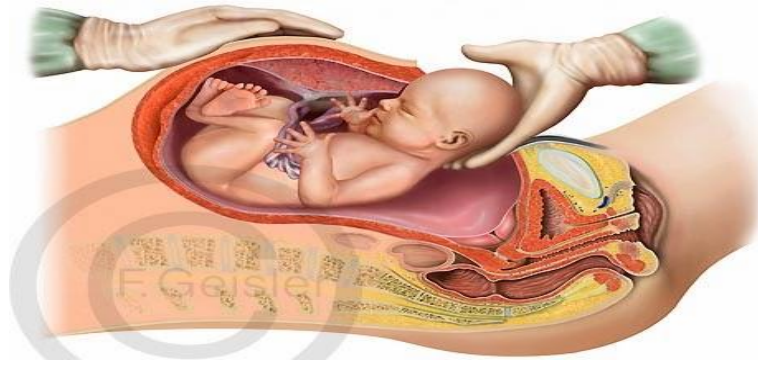


Gambar 2.1 Pathway Ketuban Pecah Dini

2. Sectio Caesarea

a. Definisi

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sarwono, 2009 dalam Fitria, 2018).



Gambar 2.2 Sectio Caesarea

b. Klasifikasi

Bentuk pembedahan *Sectio Caesarea* menurut Manuaba 2012, meliputi :

1) *Sectio Caesarea* Klasik

Sectio Caesarea Klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira - kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

2) *Sectio Caesarea* Transperitonel Profunda

Sectio Caesarea Transperitonel Profunda disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot -otot bawah rahim.

3) *Sectio Caesarea* Histerektomi

Sectio Caesarea Histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *Sectio Caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

4) *Sectio Caesarea* Ekstraperitoneal

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal, yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum

dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstrapéritoneum.

c. Etiologi

Indikasi ibu dilakukan *sectio caesarea* adalah rupture uteri iminen perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari faktor *sectio caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut : CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*), PEB, bayi kembar, kelainan letak, dan ketuban pecah dini (Manuaba, 2010 dalam Masrurroh, 2019).

d. Komplikasi

Komplikasi *sectio caesarea* mencakup periode masa nifas yang normal dan komplikasi setiap prosedur pembedahan utama. Komplikasi *sectio caesarea* (Hecker, 2001, dalam Fitria, 2018) yang sering terjadi pada ibu SC adalah :

1) Perdarahan

Perdarahan primer kemungkinan terjadi akibat kegagalan mencapai hemostasis ditempat insisi rahim atau akibat atonia uteri, yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan

2) Sepsis sesudah pembedahan

Frekuensi dan komplikasi ini jauh lebih besar bila *sectio caesarea* dilakukan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim.

3) Organ - organ sekitar rahim terlukai

Usus besar, kandung kemih, dan saluran kencing bisa saja terlukai pisau bedah saat operasi *caesar* karena organ - organ ini letaknya berdekatan.

4) Bayi terlukai

Saat dinding rahim dibuka, bayi bisa terlukai.

5) Perdarahan

Saat operasi perdarahan terjadi akibat sayatan atau tertinggalnya sisa plasenta, namun perdarahan dapat terjadi lebih lanjut jika kontraksi

rahim tidak baik setelah plasenta dilahirkan.

6) Problem buang air kecil

Karena saat pembedahan dokter melakukan manipulasi organ dengan alat - alat (misalnya mendorong kandung kencing supaya tidak ikut tersayat saat membuka dinding rahim), hal ini dapat menyebabkan otot-otot saluran kencing terganggu, akibatnya kandung kencing tidak sepenuhnya kosong setelah buang air kecil.

7) Infeksi

Infeksi dapat terjadi misalnya karena kurangnya sterilitas alat-alat operasi, adanya retensi urin, luka operasi yang terkontaminasi atau melalui transfusi darah.

8) Perlengketan

Resiko perlengketan plasenta pada rahim (plasenta akreta) meningkat pada ibu yang menjalani operasi *caesar*.

9) Trombus dan emboli

Obat bius membuat otot - otot berelaksasi selama operasi, demikian pula dengan otot - otot pembuluh darah. Hal ini membuat aliran darah melambat, konsekuensinya adalah resiko pembentukan trombus dan emboli meningkat. Trombus adalah bekuan darah yang dapat menyumbat aliran darah. Bekuan darah ini dapat terbawa aliran darah sehingga menyumbat pembuluh darah di kaki, paru-paru, otak atau jantung.

B. Tinjauan Konsep *Perioperatif*

1. Definisi

Keperawatan *perioperatif* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata *perioperatif* adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu *preoperatif*, *intraoperatif*, dan *postoperatif* (Hipkabi, 2014).

2. Etiologi

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner & Suddarth, 2013) :

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparatomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

3. Tahap dalam keperawatan *perioperatif*

a. Fase *preoperatif*

Fase *preoperatif* dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif, dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (Hipkabi, 2014). Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi, emosinya tidak stabil. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan - pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan

latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2) Persiapan Fisiologi

a) Diet (puasa)

Pada operasi dengan anaestesi spinal, 6 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan dan minum. Tujuannya agar tidak terjadi aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi, dan mengganggu jalannya operasi.

b) Persiapan Perut

Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.

c) Persiapan Kulit

Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut

d) Hasil Pemeriksaan

Hasil laboratorium, foto rontgen, ECG, USG, dan lain-lain.

e) Persetujuan Operasi atau *Informed Consent*

b. Fase *Intraoperatif*

Fase *intraoperatif* dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan, dan menjaga keselamatan pasien (Hipkabi, 2014).

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup :

- Ruang sementara (*Holding area*)

Perawat dapat menjelaskan tahap - tahap yang akan dilaksanakan untuk menyiapkan pasien menjalani pembedahan. Perawat di ruang sementara biasanya adalah bagian dari petugas ruang operasi yang menggunakan pakaian, topi, dan alas kaki khusus ruang operasi sesuai

dengan kebijakan pengontrolan infeksi rumah sakit. Di dalam ruangan sementara, perawat, anesthesi, atau ahli anesthesi memasang kateter infus ke tangan pasien untuk memberikan prosedur rutin penggantian cairan dan obat - obatan melalui intravena. Perawat juga memasang manset tekanan darah. Manset juga terpasang pada lengan pasien selama pembedahan berlangsung sehingga ahli anesthesi dapat mengkaji tekanan darah pasien

- Kedatangan ke ruang operasi

Perawat ruang operasi mengidentifikasi keadaan pasien, melihat kembali lembar persetujuan tindakan, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan berbagai hasil pemeriksaan. Pastikan bahwa barang berharga telah dilepas dan memeriksa kembali rencana perawatan *preoperatif* yang berkaitan dengan *intraoperatif*.

- Pemberian anesthesi

Pasien yang mendapat anesthesi umum akan kehilangan seluruh sensasi dan kesadarannya. Relaksasi mempermudah manipulasi anggota tubuh. Pasien juga mengalami amnesia tentang seluruh proses yang terjadi selama pembedahan yang menggunakan anesthesi umum melibatkan prosedur mayor, yang membutuhkan manipulasi jaringan yang luas. Ahli *anesthesi* memberi *anesthesi* umum melalui jalur intravena dan inhalasi melalui empat tahap *anesthesi*.

Pasien dengan *anesthesi* spinal akan kehilangan separuh anggota gerak atau tidak merasakan sensasi pada bagian pinggang kebawah. Dokter *anesthesi* akan menyuntikan obat *anesthesi* ke dalam cairan serebrospinal yang mengelilingi saraf tulang belakang. Dalam waktu 5 – 10 menit, pasien mulai merasa berat untuk menggerakkan kaki hingga akhirnya tidak bisa menggerakkan kaki sama sekali. Ini menandakan *anesthesi* spinal bekerja, sehingga area tubuh yang berada di bawah lokasi penyuntikan, mulai dari perut hingga kaki, juga sudah tidak dapat merasakan nyeri.

- Pengaturan posisi pasien selama pembedahan

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu

pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah letak bagian tubuh yang akan dioperasi, umur dan ukuran tubuh pasien, tipe *anestesi* yang digunakan, nyeri atau sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

- Pemajanan area pembedahan

Pemajanan area bedah adalah daerah mana yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang hal ini perawat dapat mempersiapkan daerah operasi dengan teknik *drapping*.

- Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

Posisi pasien di meja operasi selama prosedur pembedahan harus dipertahankan sedemikian rupa. Hal ini selain untuk mempermudah proses pembedahan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan pasien dengan memberikan posisi fisiologis dan mencegah terjadinya *injury*.

Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- 1) Anggota steril, terdiri dari : ahli bedah utama atau operator, asisten ahli bedah, *scrub nurse* atau perawat instrumen
- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari : ahli atau pelaksana anestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

c. Fase **Postoperatif**

Fase *Postoperatif* merupakan tahap lanjutan dari perawatan *preoperasi* dan *intraoperasi* yang dimulai ketika pasien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*) atau pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah (Hipkabi, 2014).

Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen *anestesi* dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Fase *postoperasi*

meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca *anestesi (recovery room)*

Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler, dan pemajanan. Pasien diposisikan head up 30° pada *post anestesi* spinal dan posisi yang tidak menyebabkan penyumbatan saluran pernapasan pada *post anestesi* umum. Proses pemindahan merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter *anestesi* yang bertanggung jawab.

2) Perawatan *post anestesi* di ruang pemulihan atau unit perawatan *pasca anestesi*

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room*) atau unit perawatan *pasca anestesi* (PACU) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi pasca operasi, dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan.

4. Klasifikasi Perawatan *Perioperatif*

Menurut urgensinya, tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. Kedaruratan atau *Emergency*, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh : perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas.
- b. *Urgen*, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24 - 30 jam. Contoh : infeksi kandung kemih akut, batuginjal, atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh :

Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid, dan katarak.

- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh : perbaikan Scar, hernia sederhana, dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi :

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh : *incisi* dan *drainage* kandung kemih, sirkumsisi
- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh : Total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain.

C. Konsep Asuhan Keperawatan *Perioperatif* pada *Sectio Caesarea*

1. *Preoperatif*

a. *Pengkajian preoperatif*

Pengkajian di ruang pra operasi, perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut berupa validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital, dan kondisi abdomen (Muttaqin, 2014). Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh. Pengkajian pasien *preoperatif* meliputi :

- 1) Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku atau bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa
- 2) Ringkasan hasil anamnesa pre operasi. Keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi

- 3) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien
- 4) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu
- 5) Sistem integumen meliputi apakah pasien pucat, sianosis, dan adakah penyakit kulit di area badan
- 6) Sistem kardiovaskuler meliputi apakah ada gangguan pada sistem kardiovaskular, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama, dan frekuensi jantung
- 7) Sistem saraf meliputi kesadaran pasien
- 8) Validasi persiapan fisik pasien meliputi apakah pasien puasa, tidak memakai perhiasan dan make up, mengenakan pakaian operasi, dan validasi apakah pasien alergi terhadap obat

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *preoperatif* dalam adalah :

1) Ansietas

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

a) Tanda dan gejala mayor

Tabel 2.1 Tanda Dan Gejala Mayor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

b) Tanda dan gejala minor

Tabel 2.2 Tanda Dan Gejala Minor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Orientasi pada masa lalu

2) Nyeri akut

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

a) Tanda dan gejala mayor

Tabel 2.3 Tanda Dan Gejala Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. Waspada, menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

b) Tanda dan gejala minor

Tabel 2.4 Tanda Dan Gejala Minor Nyeri Akut

Subjektif (tidak tersedia)	Objektif
	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

c. Rencana Keperawatan

Menurut SIKI (2018), rencana keperawatan yang dilakukan berdasarkan

2 diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan Preoperatif

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Ansietas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam, maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Konsentrasi membaik - Kontak mata membaik - Frekuensi napas membaik - TD membaik - Frekuensi nadi membaik - Pucat menurun	Reduksi Ansietas <u>Observasi</u> 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <u>Terapeutik</u> 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) Temani Pasien untuk mengurangi kecemasan 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <u>Edukasi</u> 1) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama Pasien 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif

		5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8) Latih teknik relaksasi <u>Kolaborasi</u> 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas
Nyeri Akut	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 - 3 jam, maka nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik	<u>Manajemen Nyeri</u> <u>Observasi</u> 1) Observasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi respon nyeri non verbal <u>Terapeutik</u> 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2) Fasilitasi istirahat dan tidur <u>Edukasi</u> 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri 2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <u>Kolaborasi</u> 1) Kolaborasi pemberian analgetik

2. Intraoperatif

a. Pengkajian intraoperatif

Pengkajian *intraoperasi* secara ringkas mengkaji hal - hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin, 2014).

b. Diagnosa Keperawatan

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian *anestesi*, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam SDKI (2017) adalah :

1) Risiko Cedera

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

2) Risiko Perdarahan

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

c. Rencana Keperawatan

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

Tabel 2.6 Rencana Keperawatan Intraoperatif

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Risiko Cedera	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam, maka tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil : - Kejadian cedera menurun - Luka atau lecet menurun - Perdarahan menurun	Manajemen Keselamatan Lingkungan <u>Observasi</u> 1) Identifikasi kebutuhan keselamatan 2) Monitor perubahan status keselamatan <u>Terapeutik</u> 1) Letakkan plate diatermi sesuai prosedur 2) Gunakan ESU sesuai prosedur 3) Pastikan dan catat jumlah pemakaian BHP dan alat
Risiko perdarahan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 – 3 jam, maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil : - Membran mukosa lembab - Gelisah menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Perdarahan pasca operasi menurun - Hemoglobin membaik - Tekanan darah dan denyut nadi membaik	Pencegahan Perdarahan <u>Observasi</u> 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah 3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4) Monitor koagulasi <u>Terapeutik</u> 1) Pertahankan bedrest selama perdarahan 2) Batasi tindakan invasif, jika perlu 3) Gunakan kasur pencegah dekubitus 4) Hindari pengukuran suhu rektal <u>Edukasi</u> 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi 4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan

		5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <u>Kolaborasi</u> 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja
--	--	--

2. *Postoperatif*

a. *Pengkajian postoperatif*

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi, dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan.

b. *Diagnosa Keperawatan*

Diagnosa *postoperatif* saat *post operatif* dalam SDKI (2017) adalah :

1) Risiko Hipotermia

Beresiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

2) Nyeri Akut

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

c. Rencana Keperawatan

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

Tabel 2.7 Rencana Keperawatan *Postoperatif*

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Risiko Hipotermia	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam, maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : - Menggigil menurun - Pucat menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik	Manajemen Hipotermia <u>Observasi</u> 1) Monitor suhu tubuh 2) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <u>Terapeutik</u> 1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan) 2) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaian tebal) 3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru) 4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
Nyeri Akut	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 - 3 jam, maka nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik	Manajemen Nyeri <u>Observasi</u> 1) Observasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi respon nyeri non verbal <u>Terapeutik</u> 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2) Fasilitasi istirahat dan tidur <u>Edukasi</u> 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri 2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <u>Kolaborasi</u> 1) Kolaborasi pemberian analgetik