

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. 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 pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (HIPKABI, 2014). 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).

2. Tahap Dalam 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 & Suddrath, 2015). 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 anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer & Bare, 2015).

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 anestesi 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 et al., 2017).

3. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensi maka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. *Kedaruratan/Emergency*, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa ditunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas.
- b. *Urgent*, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal 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 dibagi menjadi :

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

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pre operatif

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 intra operatif 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. Intra operatif
- 1) Pengkajian Intraoperatif

Asuhan keperawatan yang menjadi fokus perawat dan tim bedah lainnya pada optimalisasi pembedahan *sectio caesarea*, baik dukungan psikologis pra induksi di ruang sementara sampai pasien selesai pembedahan ke ruang 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 operatif, pemeriksaan status respirasi, kardiovaskuler, dan perdarahan perlu

diperhatikan dan segera dikolaborasikan apabila terdapat perubahan yang mencolok.

c. Post operatif

1) 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.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Pre operatif

Diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) 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

b. Intra operatif

Diagnosis keperawatan intraoperatif bedah *sectio caesarea* menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah sebagai berikut :

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

c. Post operatif

Diagnosa keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yang sering muncul pada post operasi adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 2) Hipotermi perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

3. Intervensi Keperawatan

a. Pre operatif

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017) 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) Pasien melaporkan nyeri berkurang atau hilang
- b) Skala nyeri berkurang (0-3)
- c) Pasien relaks
- d) TTV dalam batas normal (120/80-130/90)

Intervensi :

Manajemen 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 :

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

Teraupetik :

- a) Ciptakan suasana teraupetik 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

b. Intra operatif

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017) 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

c. Post operatif

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

1) Nyeri akut berhubungan dengan 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

Intervensi :

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 berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Suhu tubuh dalam batas normal 36,5 °C - 37,5 °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)

4. Implementasi

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2016). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi coping.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan . Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2016).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Kehamilan Letak Sungsang

a. Definisi

Posisi sungsang adalah letak janin di dalam rahim memanjang dengan kepala berada di bagian atas rahim, sedangkan yang dimaksud dengan “posisi” adalah keadaan bagian terendah bayi (Kasdu, 2022).

b. Etiologi

Menurut Julianto Witjaksono, Dokter Spesialis Kandungan dan Kebidanan, Siloam Hospitals Kebon Jeruk, Jakarta, beberapa hal yang menyebabkan posisi bayi sungsang sampai masa akan dilahirkan, adalah (Fajar, 2019) :

1) Faktor janin

- a) Usia janin prematur atau masih kurang dari 38 minggu.
- b) Berat badan janin kurang dari 2500 gram meskipun janin sudah cukup bulan.
- c) Kehamilan kembar, sehingga menyebabkan janin sulit bergerak dan menyebabkan salah satu atau semua janin berada dalam posisi sungsang.
- d) Janin memiliki tali pusat yang pendek sehingga menghalangi perputaran janin dalam kandungan.
- e) Janin memiliki kelainan cacat fisik, seperti kepala janin kecil atau kelainan tulang panggul.
- f) Kelebihan atau kekurangan cairan ketuban, sehingga memudahkan atau menyulitkan perputaran janin.

2) Faktor ibu

- a) Plasenta terletak di bagian bawah rahim.
- b) Kekakuan otot rahim yang menyebabkan rongga rahim tidak cukup elastis, sehingga menyulitkan perputaran janin. Biasanya terjadi pada kehamilan pertama.

- c) Kehamilan paritas tinggi atau kehamilan yang terlalu sering, menyebabkan rahim sangat elastis sehingga janin menjadi sangat mudah berputar pada setiap pergerakan dalam kandungan.
- d) Panggul sempit, sehingga menyebabkan kepala janin tidak dapat memasuki jalan lahir saat sudah cukup bulan.
- e) Kelainan bentuk anatomi rahim.
- f) Adanya tumor rahim seperti mioma dalam otot rahim atau rongga rahim. Ukuran tumor yang cukup besar dapat menyebabkan penyempitan rongga rahim.
- g) Usia ibu hamil yang terlalu muda, yaitu berusia kurang dari 20 tahun, atau terlalu tua, yaitu berusia lebih dari 40 tahun.
- h) Memiliki riwayat kelahiran dengan posisi bayi sungsang.

c. Tanda dan Gejala

- 1) Pergerakan anak terasa oleh ibu di bagian perut bawah di bawah pusat dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.
- 2) Pada palpasi teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri.
- 3) Punggung anak dapat teraba pada salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil pada pihak yang berlawanan. Diatas *symphysis* teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.
- 4) Bunyi jantung janin terdengar pada punggung anak setinggi pusat.

d. Klasifikasi

Berdasarkan komposisi dari bokong dan kaki dapat ditentukan beberapa bentuk letak sungsang (Sutrisminah, 2014) :

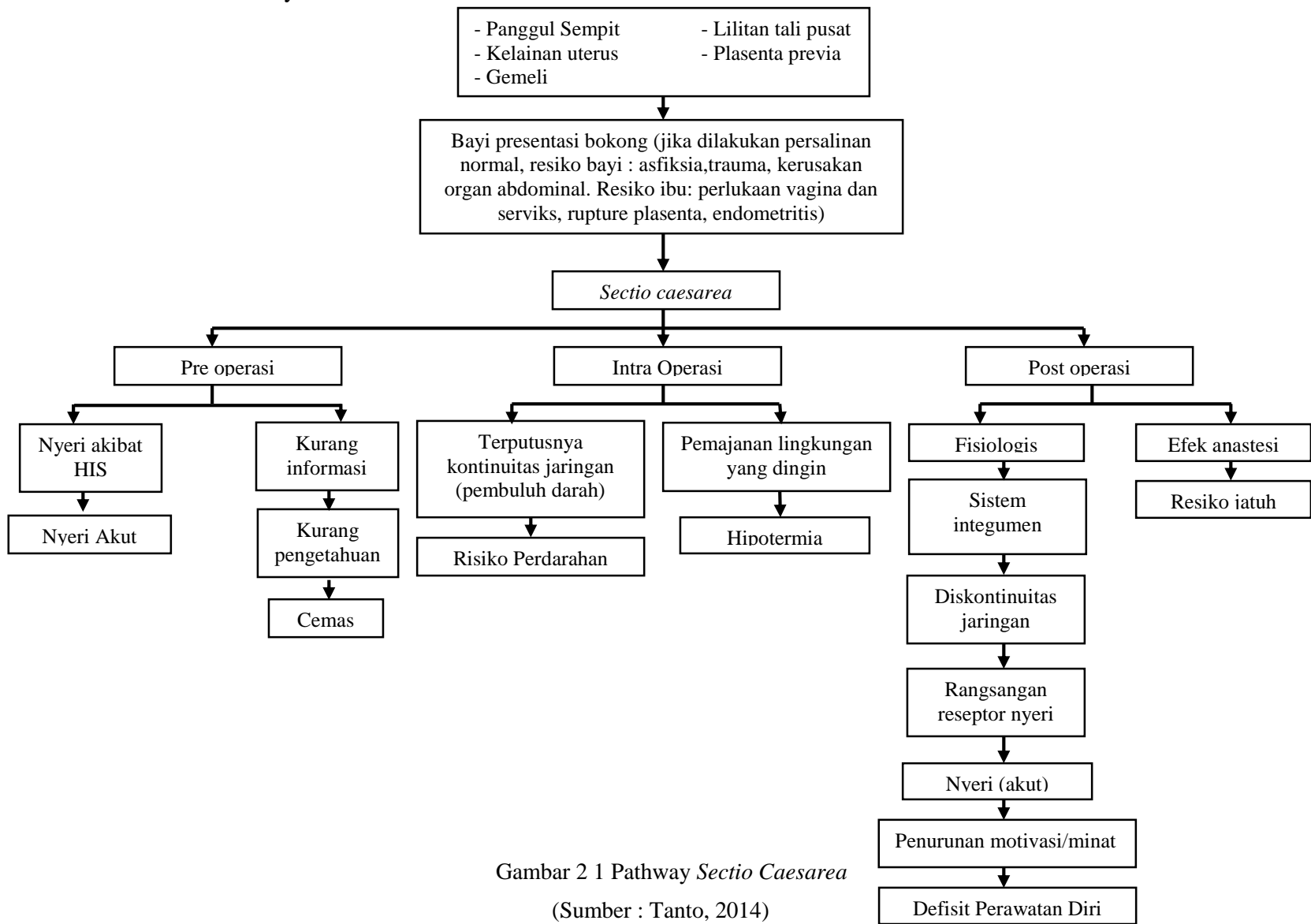
- 1) Letak bokong murni
 - a) Teraba bokong
 - b) Kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi

- c) Kedua kaki bertindak sebagai spalk
 - 2) Letak bokong kaki sempurna
 - a) Teraba bokong
 - b) Kedua kaki berada disamping bokong
 - 3) Letak bokong tak sempurna
 - a) Teraba bokong
 - b) Disamping bokong teraba satu kaki
 - 4) Letak kaki
 - a) Bila bagian terendah teraba salah satu dan kedua kaki atau lutut
 - b) Dapat dibedakan : letak kaki, bila kaki terendah, letak lutut bila lutut terendah
- e. Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau lintang (Tanto, 2014).

Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relative berkurang. Bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. Presentasi bokong yang menetap dapat disebabkan oleh abnormalitas dari bayi, volume cairan amnion, lokasi plasenta, kelainan uterus, tonus otot uterus yang lemah dan prematuritas (Tanto, 2014).

Pathway



Gambar 2 1 Pathway *Sectio Caesarea*
(Sumber : Tanto, 2014)

f. Diagnosa

Diagnosa kehamilan letak sungsang menurut (Marmi, 2017), dapat ditegakkan melalui beberapa pemeriksaan yaitu :

1) Pemeriksaan abdominal

- a. Letaknya adalah memanjang
- b. Diatas panggul teraba massa lunak, *irreguler* dan tidak terasa seperti kepala, dicurigai adalah bokong. Pada presentasi bokong murni otot-otot paha terentang di atas tulang-tulang di bawahnya, memberikan gambaran keras menyerupai kepala dan menyebabkan kesalahan diagnosa.
- c. Punggung ada di sebelah kanan dekat garis tengah. Bagian-bagian kecil ada disebelah kiri. Jauh dari garis tengah dan belakang.
- d. Kepala teraba di fundus uteri, mungkin kepala sukar di raba bila kepala ada di bawah hepar atau iga-iga. kepala lebih keras dan lebih bulat dari pada bokong dan kadang- kadang dapat dipantulkan (*ballotement*). Kalau di fundus uteri teraba massa yang dapat dipantulkan, harus dicurigai presentasi bokong.
- e. Benjolan kepala tidak ada dan bokong tidak dapat dipantulkan.

2) Denyut jantung janin

Denyut janin terdengar paling keras pada atau diatas umbilikus dan pada sisi yang sama dengan punggung pada RSA (Right Sacrum Anterior) denyut jantung janin terdengar paling keras di kuadran kanan atau perut ibu. Kadang-kadang denyut jantung janin terdengar di bawah umbilikus, dalam hal ini banyak diagnosa yang dibuat dengan palpasi jangan dirubah oleh sebab itu denyut jantung janin terdengar tidak ditempat biasa.

3) Pemeriksaan dalam

- 1) Bagian terendah teraba tinggi
- 2) Tidak teraba kepala yang keras, rata dan teratur dengan garis-garis *sutura* dan *fontanella*. Hasil pemeriksaan negatif ini menunjukkan adanya mal presentasi.
- 3) Bagian terendahnya teraba lunak dan irreguler. Anus dan tuber ishiadicum terletak pada satu garis. Bokong tidak teraba, yang teraba hanya bagian muka.
- 4) Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik di bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksian, hanya dapat teraba bagian kepala seperti tulang yang keras.
- 5) Sacrum ada di kuadran kanan dan panggul dan diameter bitrochanteria ada pada diameter obliqua kanan.
- 6) Kadang-kadang teraba kaki dan harus dibedakan dengan tangan.

4) Pemeriksaan Sinar X

Sinar X berguna baik untuk menegakkan diagnosa maupun untuk menentukan perkiraan ukuran dan konfigurasi panggul ibu. Pemeriksaan sinar X harus dikerjakan pada semua primigravida dan pada multipara yang mempunyai riwayat persalinan sukar atau bayi-bayi yang dilahirkan sebelum kecil semua, sinar X menunjukkan dengan tepat sikap dan posisi janin, demikian pula kelainan-kelainan seperti hydrocephalus.

5) Ultrasonografi

Pemeriksaan seksama dengan ultrasonografi akan memastikan letak janin yang tidak normal. Letak sungsang dikenal pula dengan istilah kelahiran bokong dengan empat kemungkinan. Kemungkinan pertama, ditemukan bokong sempurna atau bokong kaki, jika kedua tungkai terlipat di depan perut. Kedua, bokong murni, kalau kedua tungkai menekuk lurus ke arah depan tubuh hingga bekerja sebagai badai mengurangi kebebasan gerak lahir.

g. Komplikasi

Posisi janin sungsang tentunya dapat mempengaruhi proses persalinan. Proses persalinan yang salah jelas menimbulkan resiko, seperti hipoksia sebagai penyebab tersering kematian bayi sungsang dan prolaps tali pusat insiden 3,7% pada bayi sungsang, lebih sering pada primigravida daripada multigravida (6% dan 3%). Lebih umum pada persalinan prematur terjadi pada presentasi inkomplit (tipe kaki menumbung presentasi bokong) (Wiknjosastro, 2017).

2. *Sectio caesarea*

a. Definisi

Istilah Caesar berasal dari bahasa Latin caedere yang artinya memotong atau menyayat. *Sectio caesarea* berarti tindakan yang dilakukan yang bertujuan untuk melahirkan bayi melalui tindakan pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding Rahim (Kasdu, 2022).

b. Etiologi

Alasan persalinan harus dilakukan dengan operasi untuk keselamatan ibu dan janin yaitu (Kasdu, 2022) :

1) Bayi terlalu besar

Berat bayi lahir sekitar 4.000 gram atau lebih (giant baby), menyebabkan bayi sulit keluar dari jalan lahir.

2) Kelainan letak bayi

Ada dua kelainan letak janin dalam rahim, yaitu letak sungsang dan letak lintang. Letak sungsang apabila letak janin didalam rahim memanjang dengan kepala berada di bagian atas rahim, sementara pantat berada di bagian bawah rongga rahim. Letak lintang yang menyebabkan poros janin tidak sesuai dengan arah jalan lahir, bahu berada pada bagian atas panggul.

3) Ancaman gawat janin (fetal distress)

Diagnosis gawat janin berdasarkan pada denyut jantung janin yang abnormal.

- 4) Janin abnormal
- 5) Faktor plasenta
- 6) Kelainan tali pusat
- 7) Bayi kembar

c. Jenis-jenis Operasi *Sectio caesarea*

Ada beberapa jenis operasi *sectio caesarea* yaitu (Purwoastuti & Walyani, 2015) :

- 1) Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Jenis ini sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
- 2) Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan sekarang ini. Metode ini meminimalkan resiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhannya.
- 3) Histerektomi Caesar yaitu bedah Caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- 4) Bentuk lain dari bedah Caesar seperti extraperitoneal CS atau Porro CS.

d. Komplikasi

Komplikasi *Sectio Caesarea* menurut Oxorn & Forte, (2015) yaitu sebagai berikut :

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

- 2) Infeksi *Sectio Caesarea* bukan hanya terjadi di daerah insisi saja, tetapi dapat terjadi di daerah lain seperti traktus genitalia, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratori atas.
- 3) Berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga dapat menyebabkan rupture uterus.

e. Pemeriksaan Diagnostik

Pemantauan janin terhadap kesehatan janin (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2015)

- 1) Pemantauan EKG
- 2) JDL dengan diferensial
- 3) Elektrolit
- 4) Hemoglobin/Hematokrit
- 5) Golongan dan pencocokan silang darah
- 6) Urinalisis
- 7) Amniosentesis terhadap maturasi paru janin sesuai indikasi
- 8) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- 9) Ultrasound sesuai pesanan

D. Jurnal Terkait

1. Studi kasus Aniesah (2019) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan *Sectio Caesarea* Indikasi Preeklamsi Berat Di Kamar Operasi Instalasi Gawat Darurat Rsud Dr. Moewardi Surakarta” disimpulkan pre operasi pada tindakan *sectio caesarea* diagnosa yang sering didapatkan adalah Risiko infeksi, ansietas, dan nyeri akut. Lalu untuk intra operasi didapatkan diagnosa Risiko infeksi, Risiko kekurangan volume cairan dan Risiko Penurunan *cardiac output*. Diagnosa post operasi yaitu Hipotermi dan Risiko infeksi. Dilakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah disusun diantaranya penulis melakukan implementasi yaitu menggunakan teknik komunikasi terapeutik

dalam memberikan pengetahuan kesehatan yang berguna untuk menurunkan kecemasan klien.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Sesilia Bouka dan Ni Luh Widani pada tahun 2019 didapatkan hasil terdapat pengaruh intervensi Penkes terhadap ansietas (OR = 0,015), pengaruh RA (OR = 0,023), jenis kelamin (OR = 0,242), klasifikasi operasi (OR = 0,254) terhadap ansietas dengan nilai $p < 0,05$; sedangkan usia (OR = 0,401), tingkat pendidikan (OR = 3,303) dengan nilai $p > 0,05$. Secara simultan terdapat pengaruh PenKes 48,5 % dan RA 52,4 % terhadap penurunan ansietas pasien pre operasi (Bouka & Widani, 2019).
3. Pada penelitian Yunita Kris Santi (2020) yang berjudul Pengaruh Kombinasi Dzikir Dan Relaksasi Nafas dalam Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Ibu Preoperasi *Sectio caesarea* Di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta didapatkan nilai p-value 0,000 > taraf signifikan 0,05 sehingga menunjukkan bahwa ada pengaruh kombinasi dzikir dan relaksasi nafas dalam terhadap tingkat kecemasan pada ibu pre operasi *sectio caesarea* di Bangsal Firdaus RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta.
4. Studi kasus yang dilakukan oleh Eli Hartati (2021) dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Ibu Inpartu Indikasi Preeklampsia Berat Dengan Tindakan *Sectio caesarea* Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2021” didapatkan diagnosa pre operatif yaitu nyeri akut berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan (his) dan ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, diagnosa intra operatif yaitu risiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan, dan diagnosa post operatif yaitu hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah. Sedangkan diagnosa yang didapat pada ruang perawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
5. Penelitian yang dilakukan oleh (Maulana et al., 2018) menunjukkan bahwa dari 20 responden yang diteliti sebelum diberikan selimut penghangat suhu tubuh seluruh responden $< 36,5^{\circ}\text{C}$ dengan kategori hipotermia dan setelah diberikan selimut penghangat, sebagian besar suhu tubuh responden mengalami

peningkatan dengan suhu tubuh di antara 36,5°C-37,5°C dengan kategori normotermia sebanyak 6 orang (70%) dan sebagian kecil dengan suhu tubuh <36,50C dengan kategori hipotermia sebanyak 14 orang (35,0%).

6. Penelitian yang dilakukan oleh Chandra Kristianto Patasik, Jon Tangka dan Julia Rottie pada tahun 2015 didapatkan hasil tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado sebagian besar mengalami nyeri hebat sampai sangat hebat, tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado sebagian besar mengalami penurunan ke kategori nyeri ringan selebihnya ke kategori nyeri sedang, dan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* efektif terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* (Patasik et al., 2015).