

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Muttaqin, 2009).

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). Keperawatan perioperatif dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperatif (pre, intra, dan post operasi) (Muttaqin, 2009).

Perawat kamar bedah bertanggung jawab mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan tujuan bersama pasien dan mengimplementasikan intervensi keperawatan. Selanjutnya, perawat kamar bedah melakukan kegiatan keperawatan untuk mencapai hasil akhir pasien yang optimal (Hipkabi, 2014). Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi spiritual, dan sosial-budaya (AORN, 2013).

2. Fase Pelayanan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah

gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu pre operatif, intra operatif, dan post operatif (Hipkabi, 2014).

Keahlian seorang perawat kamar bedah dibentuk dari pengetahuan keperawatan profesional dan keterampilan psikomotor yang kemudian diintegrasikan kedalam tindakan keperawatan yang harmonis. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang sifatnya resiko atau aktual pada setiap fase perioperatif akan membantu penyusunan rencana intervensi keperawatan (Muttaqin, 2009).

a. Fase Pre Operatif

Fase pre operatif 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 anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014).

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (*one day care*), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin, 2009).

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 anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra

operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktualakan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin, 2009).

c. Fase Post Operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

3. Peran Perawat Peroperatif

Peran perawat perioperatif sangat luas, mulai dari praoperatif, intraoperatif, sampai ke perawatan pasien pasca anestesi. Peran perawat di kamar berdasarkan fungsi dan tugasnya

1) Peran Perawat Administratif

Perawat administratif berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Tanggung jawab dari perawat administratif dalam kamar operasi diantaranya adalah perencanaan dan pengaturan staf, manajemen penjadwalan pasien, manajemen perencanaan material dan manajemen kinerja. Kemampuan manajemen, perencanaan dan kepemimpinan diperlukan oleh seorang perawat administratif di kamar operasi (Muttaqin & Sari, 2009).

2) Peran Perawat Instrument

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau

instrumen operatif selama tindakan dilakukan. Optimalisasi dari hasil operatif akan sangat di dukung oleh peran perawat instrumen. Adapun beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen dalam mempersiapkan instrument bedah, yaitu bahan jaitan, jarum jahit bedah, persiapan bahan insisi, teknik penyerahan alat, fungsi instrument, dan perlakuan jaringan (Muttaqin & Sari, 2009).

3) Peran Perawat Sirkuler

Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Majid, 2011).

4) Peran Perawat Anestesi

Mempunyai wewenang dan tanggung jawab dalam tim anestesi untuk kelancaran pelaksanaan pembiusan adalah peran perawat anestesi. Peran perawat anestesi mulai dari tahap pra operasi, intraoperasi dan pasca operasi. Pada tahap praoperasi, perawat anestesi berperan untuk melakukan sign-in bersama dengan dokter anestesi. Tahap intra operatif, perawat anestesi bertanggung jawab terhadap kesiapan instrumen anestesi, manajemen pasien termasuk posisi pasien yang aman bagi aktivitas anestesi dan efek yang ditimbulkan dari anestesi (Muttaqin & Sari, 2009).

4. Proses Asuhan Keperawatan Perioperatif

Periode perioperatif menurut (Black & Hawks. 2014) yaitu periode sebelum pembedahan atau periode praoperatif, periode selama prosedur pembedahan atau periode intraoperative, dan periode setelah pembedahan atau periode pascaoperatif.

a. **Pengkajian Praoperatif**

Pengkajian difokuskan pada optimalisasi pembedahan herniorafi inguinal atau femoral. 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, serta kaji adanya riwayat alergi obat-obatan.

Selama melakukan pengkajian psikososial, perlu diperhatikan tingkat kecemasan pasien, persepsi dan kemampuan untuk memahami diagnosis, operasi yang direncanakan, dan prognosis; perubahan citra tubuh; tingkat coping dan teknik menurunkan kecemasan. Kaji pasien terhadap tanda dan gejala cemas (rentang perhatian sempit, tegang, ekspresi muka khawatir, gelisah, insomnia, takikardi, pucat, diaphoresis, iritabilitas, tidak mampu mempertahankan kontak mata, dan tidak mematuhi rencana pengobatan). Kaji pemahaman pasien tentang intervensi bedah yang direncanakan, rasa takut dan kesalah pahaman mengenai prognosis, pengalaman sebelumnya dengan operasi dan dirawat di rumah sakit; perasaan harga diri menurun dan keputusasaan; dan putusnya hubungan dengan orang terdekat.

b. Diagnosis Keperawatan Praoperatif

Diagnosis keperawatan menurut SDKI (2018) yang sering muncul pada pasien pra bedah, meliputi:

- 1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional
- 2) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

c. Intervensi Keperawatan pre operatif

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

1) Ansietas b.d Krisis Situasional

a) Defisini:

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi

ancaman.

b) DS dan DO yang mendukung :

DS:

- (a) Merasa bingung
- (b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- (c) Sulit berkonsentrasi

DO :

- (a) Tampak gelisah
- (b) Tampak tegang
- (c) Sulit tidur
- (d) Frekuensi napas meningkat
- (e) Frekuensi nadi meningkat
- (f) Tekanan darah meningkat
- (g) Tremor
- (h) Muka tampak pucat

c) Tujuan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:

- (a) Verbalisasi kebingungan menurun
- (b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- (c) Perilaku gelisah menurun
- (d) Frekuensi nadi membaik
- (e) Tekanan darah membaik

d) Intervensi :

Berdasarkan standar intervensi indonesia (2018) intervensi yang dilakukan pada diagnosa ansietas adalah :

- (a) Intervensi utama
 - Reduksi ansietas
 - Terapi relaksasi
- (b) Intervensi Pedukung
 - Persiapan pembedahan

- Intervensi krisis
- konseling

2) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

a) Definisi:

Keadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

b) DS dan DO yang mendukung:

DS:

(a) Menanyakan masalah yang dihadapi

DO :

(a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

(b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

(c) Menjalani pemeriksaan tidak tepat

(d) Menunjukkan perilaku berlebih (misalnya apatis, bermusuhan, agitasi, histeris).

c) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil:

(a) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat

(b) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun

(c) Perilaku membaik

d) Intervensi :

(a) Edukasi Kesehatan

(b) Edukasi perioperatif

d. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Saat implementasi intervensi akan dilakukan tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan

ketikan melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

e. **Evaluasi Praoperatif**

Kriteria yang diharapkan pada pembedahan meliputi: kelancaran persiapan (identitas , status rekam medik, data penunjang, informed consent) pembedahan optimal dilaksanakan, terdapat penurunan tingkat nyeri, terpenuhinya dukungan pra bedah dan pemenuhan informasi, serta kelengkapan alat dan sarana (seperti benang, cairan intravena).

2. Proses Asuhan keperawatan Intraoperatif

a. **Pengkajian**

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang diberi anaestesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anaestesi umum dan anasthesi lokal ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah :

- 1) Pengkajian mental, bila pasien diberi anaestesi lokal dan pasien masih sadar atau terjagamaka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan terhadapnya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi prosedur tersebut.
- 2) Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah).
- 3) Transfusi dan infuse, monitor flabot sudah habis apa belum.
- 4) Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam.

b. Diagnosa

Diagnosis keperawatan pada fase intra operasi yang sering muncul menurut SDKI (2018) adalah sebagai berikut :

- 1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan
- 2) Risiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah
- 3) Risiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan

c. Intervensi**1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan**

a) Definisi:

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

b) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

- (1) Kelembapan membran mukosa meningkat
- (2) Kelembapan kulit meningkat
- (3) Perdarahan menurun
- (4) Tekanan darah membaik

c) Intervensi:

- (1) Pencegahan pendarahan
- (2) Pemantauan cairan
- (3) Pemantauan tanda vital

2) Risiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

a) Definisi:

Berisiko mengalami kegagalan termoregulasi yang

dapat mengakibatkan suhu tubuh berada di bawah rentang normal.

b) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termogulasi membaik dengan kriteria hasil:

- (1) Menggigil menurun
- (2) Pucat menurun
- (3) Suhu tubuh membaik
- (4) Suhu kulit membaik
- (5) Pengisian kapiler membaik

c) Intervensi:

- (1) Manajemen hipotermia
- (2) Pemantauan hemodinamik in vivo
- (3) Induksi hipotermia

d. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Saat implementasi intervensi akan dilakukan tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknis, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan hasil perkembangan ibu dan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak di capai didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil (Mitayani, 2011).

3. Proses keperawatan pascaoperatif

a. Pengkajian pascaoperatif

Pengkajian pascabedah herniorafi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. pengkajian dilakukan saat memindahkan pasien yang berada di atas brankar, perawat mengkaji dan melakukan intervensi tentang kondisi jalan nafas, tingkat kesadaran, status vaskuler, sirkulasi, perdarahan, suhu tubuh dan saturasi oksigen. Posisi kepala pada saat pemindahan sangat penting dilakukan untuk menjaga kepatenan jalan nafas.

Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada keselamatan jiwa pasien fokus pengkajian meliputi : pengkajian respirasi, sirkulasi, status neurologis, suhu tubuh, kondisi luka dan drainase, nyeri, gastrointestinal, genitourinari, cairan dan elektrolit, psikologi dan keamanan peralatan.

b. **Diagnosis Keperawatan Post Operasi**

Diagnosa yang sering muncul pada post operasi adalah :

- 1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik
- 2) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

c. **Rencana Intervensi Keperawatan**

Menurut SDKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

- 1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik

a) Definisi:

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.

b) DS dan DO yang mendukung:

DS :

- (1) Mengeluh nyeri

DO :

- (1)Tampak meringis
- (2)Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)
- (3)Gelisah
- (4)Frekuensi nadi meningkat
- (5)Sulit tidur
- (6)Tekanan darah meningkat

c) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- (1) Keluhan nyeri menurun
- (2)Meringis menurun
- (3)Sikap protektif menurun
- (4)Frekuensi nadi membaik
- (5)Tekanan darah membaik

d) Intervensi :

- (1)Manajemen Nyeri
- (2)Pemberian Analgetik
- (3)Latihan pernapasan
- (4)Terapi relaksasi
- (5)Pemberian obat

2) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

a) Definisi:

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

b) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi

membaik dengan kriteria hasil:

- (1) Menggigil menurun
- (2) Pucat menurun
- (3) Suhu tubuh membaik
- (4) Suhu kulit membaik
- (5) Pengisian kapiler membaik

c) Intervensi :

- (1) Manajemen hipotermia
- (2) Pemantauan hemodinamik invasif
- (3) Induksi hipotermi

d. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

e. Evaluasi keperawatan pascaoperatif

Evaluasi yang diharapkan pada pasien pasca operatif meliputi :

1. Kembalinya fungsi fisiologis pada seluruh sistem secara normal
2. Tidak terjadi komplikasi pasca bedah
3. Pasien dapat beristirahat dan memperoleh rasa nyaman
4. Tidak terjadi luka operasi
5. Hilangnya rasa cemas
6. Meningkatnya konsep diri pasien

B. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Porwoastuti, 2015)

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Wiknjosastro, 2005 dikutip dalam Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2. Etiologi *Sectio Caesarea*

a) Indikasi yang berasal dari ibu (etiologi)

Adalah pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (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 yang preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kata ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b) Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi. (Oxorn, Harry & Forte, & R. William, 2010) dalam (Hasandianasari, 2017).

2) Kontra Indikasi Bedah *Sectio Caesarea*

(a) Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan.

(b) Kalau janin lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk caesarea extrapertoneal tidak tersedia.

(c) Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman. Kalau keadaanya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia

tenaga asisten yang memadai (Oxom & Forte, 2010 dikutip dalam Anwar, 2017).

3) Jenis - Jenis Operasi *Sectio Caesarea*

a) Abdomen (*sectio caesarea abdominalis*)

(1) SC klasik atau corporal (dengan insisi memanjang pada corpus uteri) Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada corpus uteri kira- kira 10 cm.

Kelebihan:

- (a) Mengeluarkan janin dengan cepat
- (b) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
- (c) Sayatan blas diperpanjang proksimal atau distal Kekurangan:
- (d) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik
- (e) Untuk persalinan yang berikutnya lebih sering terjadi ruptur uteri spontan

(2) SC ismika atau profunda (low servical dengan insisi pada segmen bawah rahim)

Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (low servical transversal) kira-kira 10 cm.

Kelebihan:

- (a) Penjahitan luka lebih mudah
- (b) Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- (c) Tumpang tindih dari peritoneal flap baiksekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
- (d) Perdarahan tidak begitu banyak
- (e) Kemungkinan ruptur uteri spontan berkurang atau lebih kecil

3. Vagina (*Sectio Caesarea Vaginalis*)

Menurut sayatan pada rahim, section caesarea dapat dilakukan sebagai

berikut:

- a. Sayatan memanjang (longitudinal)
- b. Sayatan melintang (transversal)
- c. Sayatan huruf T (T insiction) (Padila, 2015)

4. Komplikasi

Kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini antara lain:

- a. Infeksi Puerperal (Nifas)
 - 1) Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari
 - 2) Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - 3) Berat, peritonealis, sepsis dan usus parolitik
- b. Perdarahan
 - 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
 - 2) Perdarahan pada plasenta bed
 - 3) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi
 - 4) Kemungkinan rupture tinggi spontan pada kehamilan berikutnya. (padila, 2015)

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

- a. Pemantauan EKG
- b. JDL dengan diferensial
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Golongan dan pencocokan silang darah

- f. Urinalisis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai pesanan

(Tucker,Susan Martin,1998 dikutip dalam Indriyani, 2018)

6. Penatalaksanaan Medis

a. Perawatan Pre Operasi *Sectio Caesarea*

- 1) Persiapan Kamar Operasi
- 2) Kamar operasi telah dibersihkan dan siap untuk dipakai
- 3) Peralatan dan obat-obatantelah siap semua termasuk kain operasi

b. Persiapan Pasien

- 1) Pasien telah dijelaskan tentang prosedur operasi
- 2) Informed consent telah ditanda tangani oleh pihak keluarga pasien
- 3) Perawat memberi support kepada pasien
- 4) Daerah yang akan di insisi telah dibersihkan (rambut pubis di cukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan antiseptik)
- 5) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah di derita oleh pasien
- 6) Pemeriksaan laboratorium (darah, urine)
- 7) Pemeriksaan USG
- 8) Pasien puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi

c. Perawatan Post Operasi *Sectio Caesarea*

- 1) Analgesia
 - (a) Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg

Meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10mg morfin.

- (b) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 50 mg.
- (c) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin.
- (d) Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik.

2) Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

3) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian, jika output urine jauh di bawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

4) Vesika Urinarius dan Usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurang 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

6) Perawatan Luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternative ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangandarah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

8) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi nyeri.

9) Memulangkan Pasien Dari Rumah Sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan ke lima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

(Jatowiyono, S & Kristiyanasari, 2010)

C. Konsep Letak Sungsang

1. Definisi

Letak sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentase bokong). Letak sungsang dibagi sebagai berikut :

- a. Letak sungsang murni yaitu bokong saja yang menjadi bagian depan sedangkan kedua tungkai lurus keatas.
- b. Letak bokong kaki

- c. Letak lutut
- d. Letak kaki

2. Etiologi

Penyebab letak sungsang :

- a. Fiksasi kepala pada pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada, misalnya pada panggulsempit, hidrosefalus, plasenta previa, tumor – tumor pelvis dan lain – lain.
- b. Janin mudah bergerak, seperti pada hidramnion, multipara, janin kecil (prematuur).
- c. Gemeli (kehamilan ganda)
- d. Kelainan uterus, seperti uterus arkuatus ; bikornis, mioma uteri.
- e. Janin sudah lama mati.

3. Tanda & Gejala

- a. Pergerakan anak terasa oleh ibu dibagian perut bawah dibawah pusat dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.
- b. Pada palpasi teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri.
- c. 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.
- d. Bunyi jantung janin terdengar pada punggung anak setinggi pusat.

4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Tes pranatal : dapat memastikan polihidramnion, janin besar atau gestasi multiple seperti melakukan diantaranya adalah:
 Palpasi , Kepala teraba di fundus, bagian bawah bokong ,dan punggung dikiri atau kanan.
 Auskultasi : DJJ paling jelas terdengar pada tempat yang lebih tinggi dari pusat. Ddj X djj X
- b. Pemeriksaan dalam : Dapat diraba os sakrum, tuber ischii, dan anus, kadang kadang kaki (pada letak kaki)

- c. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosa letak sungsang menurut Maryunani (2013) yaitu: USG (Ultrasonografi) untuk mengetahui keadaan letak janin.

5. Penatalaksanaan Medis

a. Sewaktu Hamil

Yang terpenting ialah usaha untuk memperbaiki letak sebelum persalinan terjadi dengan versi luar. Tehnik :

Sebagai persiapan :

- 1) Kandung kencing harus dikosongkan
 - 2) Pasien ditidurkan terlentang
 - 3) Bunyi jantung anak diperiksa dahulu
 - 4) Kaki dibengkokkan pada lutu dan pangkal paha supaya dinding perut kendor.
- b. Mobilisasi : bokong dibebaskan dahulu
 - c. Sentralisasi : kepala dan bokong anak dipegang dan didekatkan satusama lain sehingga badan anak membulat dengan demikian anak mudah diputar.
 - d. Versi : anak diputar sehingga kepala anak terdapat dibawah. Arah pemutaran hendaknya kearah yang lebih mudah yang paling sedikit tekanannya. Kalau ada pilihan putar kearah perut anak supaya tidak terjadi defleksi. Setelah versi berhasil bunyi jantung anak diperiksa lagi dan kalau tetap buruk anak diputar lagi ketempat semula.
 - e. Setelah berhasil pasang gurita, observasai tensi, DJJ, serta keluhan.

6. Prosedur Tindakan Operasi

- a. Klien diposisikan duduk untuk dilakukan prosedur anestesi spinal
- b. Klien kembali ke posisi supinasi
- c. Dipasang penghalang pada bagian atas Klien
- d. Dilakukan tindakan desinfeksi area operasi

- e. Dilakukan drapping
- f. Melakukan time out
- g. Melakukan insisi kulit dengan acpел secara mediana atau panenstil pada abdomen
- h. Membuka lapisan subkutis
- i. Membuka lapisan fascia dengan pisau bedah dan kemudian dilebarkan dengan gunting fascia dengan bantuan haak langen back
- j. Membuka lapisan otot rektus
- k. Membuka rongga peritoneum dengan menjepit 2 klem dan di gunting
- l. Pisahkan vesika urinaria dan miometrium dengan diseksi tumpul pada ruang antara vesikouterina
- m. Agar uterus terlihat, gunakan haak
- n. Lakukan insisi miometrium dengan hati-hati menggunakan pisau bedah secara horizontal
- o. Membuka uterus dengan gunting
- p. Setelah akses ke dalam rongga uterus didapat, lebarkan secara tumpul dengan tangan operator atau gunting.
- q. Selipkan tangan ke dalam rongga uterus di antara simfisis dan kepala bayi untuk mengeluarkan kepala
- r. Lakukan traksi ke atas secara perlahan untuk melahirkan bahu posterior. Lanjutkan traksi ke luar secara perlahan sampai seluruh bagian tubuh bayi lahir
- s. Dilakukan penjepitan tali pusat dengan menggunakan klem dan digunting
- t. Mengeluarkan plasenta
- u. Setelah bayi dan plasenta lahir, pastikan tidak terdapat jaringan yang tertinggal dan tangani perdarahan sebelum melakukan reparasi uterus.
- v. Uterus dipegang dengan 4 klem kocher

- w. Menutup insisi uterus dengan menggunakan benang PGA no. 2 dan lapisan miometrium dengan benang plain no. 2.0
- x. Sebelum menutup abdomen, operator dan asisten operasi harus memastikan bahwa seluruh instrumen operasi sudah lengkap dan tidak ada yang tertinggal di dalam rongga abdomen.
- y. Membersihkan darah dan cairan amnion dengan *suction*. Irigasi dapat dilakukan.
- z. Memegang lapisan periotnium pada 4 sudut dengan kocher dan jahit dengan benang plain no. 2.0
 - aa. Jahit otot rectus dengan benang plain 2.0
 - bb. Tutup lapisan fascia dengan benang PGA no. 2
 - cc. Lapisan subkutis dijahit dengan plain 2.0
 - dd. Kulit dapat ditutup dengan jahitan subkutikuler dengan benang polypropilene 2.0
 - ee. Bersihkan area insisi dan dilakukan penutupan luka

D. Jurnal Terkait

1. Abulyatama (2019), dengan penjelasan informasi pre operasi akan membantu mengurangi kecemasan, stress, persepsi buruk tentang operasi sehingga pasien mengerti tentang tindakan yang akan dilakukan kepadanya. Kemudian dapat memenuhi kebutuhan pasien tentang pengetahuan operasi, meningkatkan keamanan pada pasien, meningkatkan kenyamanan psikologis dan fisiologis, meningkatkan kepatuhan terhadap interuksi yang dijelaskan. Sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan pada pasien sebelum melakukan tindakan operasi.
2. Ilmiah Bidan (2018), terdapat dua jenis intervensi untuk mencegah dan menangani penurunan suhu tubuh pasien yaitu penggunaan mesin penghangat udara dan selimut, matras hangat, penggunaan Fluid Warmer dan cairan hangat, serta pengaturan suhu ruangan adalah contoh dari pemanasan metode aktif, sedangkan penggunaan Isolating Heat Blankets, selimut hangat dan baju hangat adalah contoh dari metode pasif.

3. Inayati (2017) tentang Hubungan Tingkat kecemasan dengan Peningkatan Tekanan Darah pada Pasien Praoperasi Elektif di Ruang Bedah, dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden dengan rata-rata pasien berusia 50,2 tahun. Hasil yang didapatkan dari penelitian tersebut adalah 13 responden dengan cemas ringan sampai sedang dan 17 responden dengan cemas berat sampai berat sekali. Dan terdapat 18 responden dengan kenaikan tekanan darah serta 12 responden dengan tekanan darah normal selama fase preoperasi.
4. Ansyori & Tori (2012) Tidak ada perbedaan efektifitas preloading dan coloadng dalam pencegahan hipotensi pada anastesi spinal (p value 0,210). Kesimpulannya preloading dan coloadng cairan kristaloid bagi pasien yang akan dilakukan operasi dengan menggunakan spinal anastesi dapat direkomendasikan.