

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. *Sectio caesarea* (SC)

a. Definisi

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan persalinan janin melalui sayatan terbuka pada perut (laparotomi) dan sayatan pada rahim (histerotomi). Persalinan secara SC merupakan tindakan akhir untuk berbagai komplikasi persalinan seperti riwayat persalinan sebelumnya, persalinan terhambat, ketuban pecah dini, ukuran janin yang terlalu besar, letak sungsang, bayi kembar, gawat janin, perdarahan prenatal dan preeklamsia berat (PEB) (Putrianingsih *et al.*, 2022).

b. Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma, (2015) menyatakan etiologi yang harus dilakukan tindakan SC antara lain yaitu:

1) Etiologi yang berasal dari ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu antara lain disebabkan karena panggul sempit, riwayat persalinan SC sebelumnya, preeklampsia berat, keterlambatan proses kelahiran, ketuban pecah dini, dan kelainan penyakit pada ibu seperti penyakit hipertensi, penyakit jantung dan diabetes melitus.

2) Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu gawat janin, letak janin sungsang, janin yang besar, mal presentasi, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil.

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ibu yang mengalami tindakan operasi *sectio caesarea* menurut Harsa, (2022) antara lain yaitu:

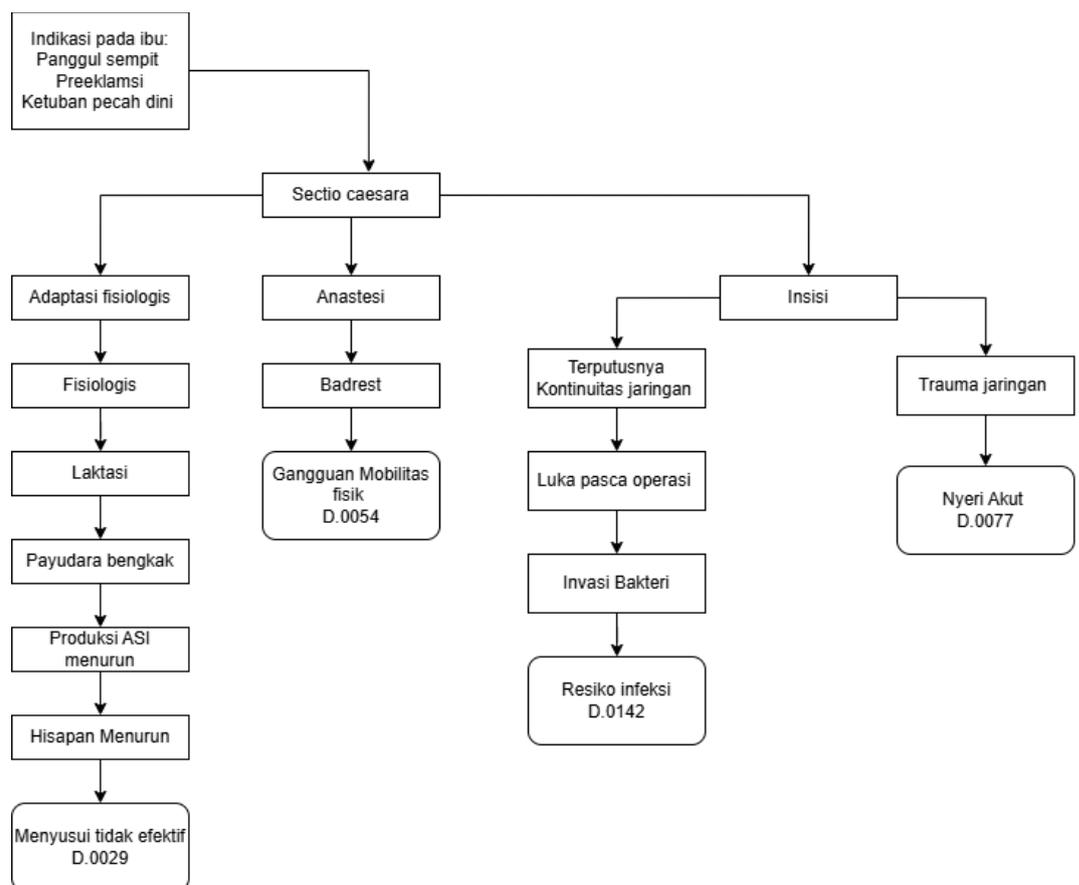
1) Timbul bekas luka dan rasa nyeri

2) Aktivitas terbatas setidaknya 6 minggu setelah dilakukan tindakan operasi

- 3) Terjadi keluhan (mual, mengantuk, pusing, sakit kepala, hingga kerusakan saraf)

d. Patofisiologi/pathway

SC merupakan tindakan persalinan buatan yang melalui proses pembedahan insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan yang utuh untuk mengeluarkan bayi dengan berat janin yang diatas 500 gram. Tindakan pembedahan SC dilakukan ketika ditemukan adanya indikasi medis yang menghambat dalam proses persalinan yang berasal dari janin (*passenger*), jalan lahir (*passage*), dan kekuatan (*power*). Indikasi secara medis yang paling banyak dilakukannya persalinan SC yaitu adanya riwayat persalinan secara SC, gawat janin, posisi janin abnormal, gagalnya induksi, tidak majunya partus, dan ketuban pecah dini (Misrina, M., & Lestari, F., 2024).



Gambar 2.1 Pathway

Sumber: (Syaiful & Fatmawati, 2020)

e. **Klasifikasi SC**

Ada beberapa jenis-jenis tindakan SC menurut Misrina, M., & Lestari, F. (2024) diantaranya yaitu:

1) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

SC *transperitonealis profunda* ini yaitu tindakan pembedahan dengan insisi di bagian segmen uterus. Insisi pada bagian bawah rahim, bisa dengan teknik memanjang atau melintang. Kelebihan tindakan ini yaitu:

- a) Tidak banyak perdarahan pada bagian luka insisi
- b) Kecilnya resiko peritonitis
- c) Kemungkinan kecil terjadinya kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka *post* SC dapat sembuh sempurna

2) *Sectio caesarea* korporal/klasik

Pada tindakan ini pembedahan dilakukan dengan membuat insisi dibagian tengah korpus uteri ukuran 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plica vasio uterine. Tindakan ini dilakukan apabila adanya kendala untuk dilakukannya SC transperitonealis profunda, misalnya karena adanya riwayat SC sebelumnya dengan masalah melekatnya uterus pada dinding perut.

3) *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

Tindakan ini dahulunya digunakan untuk mengurangi bahaya infeksi peripureal, tetapi dengan adanya kemajuan dari pengobatan terhadap adanya infeksi, tindakan pembedahan ini jarang lagi dilakukan, karena sulitnya proses pembedahan.

4) *Sectio caesarea histerektomi*

Yaitu tindakan pembedahan dengan pengangkatan rahim. Tindakan ini dilakukan dengan kasus perdarahan yang sulit ditangani atau dengan plasenta tidak dapat dipisahkan dengan rahim.

f. **Faktor resiko *sectio caesarea*.**

Terdapat beberapa faktor resiko yang terjadi setelah dilakukannya tindakan SC diantaranya yaitu menimbulkan bekas luka dan rasa nyeri, proses penyembuhan luka yang lama bisa sampai berminggu-minggu

bahkan berbulan-bulan, aktivitas terhambat selama kurang lebih 6 minggu dari setelah dilakukan tindakan pembedahan. Ada juga komplikasi yang terjadi akibat anestesi seperti: mual, pusing, mengantuk, sakit kepala hingga kerusakan saraf (Misrina, M., & Lestari, F., 2024).

g. Komplikasi.

Komplikasi yang terjadi pada ibu *post* SC akan mengalami resiko lebih besar dari ibu yang melahirkan secara normal. Faktor resiko yang paling banyak yaitu terdapat pada faktor anestesi, pengeluaran darah yang cukup banyak dialami oleh ibu selama tindakan operasi berlangsung, radang endometrium (*endometritis*), pembekuan darah (*tromboplebitis*), penyumbatan pada pembuluh darah (*embolisme*), dan pemulihan letak bentuk rahim menjadi tidak sempurna (Sapitri & Septiana, 2023).

h. Penatalaksanaan.

Penatalaksanaan SC dengan pemantauan di ruang pemulihan dan di ruang rawat inap menurut Cunningham dalam Wahyuni *et al.*, (2020).

- 1) Penatalaksanaan di ruang pemulihan, yaitu monitor perdarahan secara pervaginam, pastikan kontraksi uterus tetap lancar dengan melakukan palpasi tinggi fundus uteri. Pada saat dilakukan palpasi pasien akan mengalami nyeri yang sangat hebat sehingga perlu diberikan obat analgetik untuk mengurangi rasa nyeri.
- 2) Penatalaksanaan di ruang rawat inap, yaitu setelah pasien selesai tindakan operasi dan keluar dari kamar operasi, evaluasi tanda-tanda vital terus dilakukan setidaknya empat kali sehari.
- 3) Makan dan terapi cairan, pada pasien yang telah melakukan tindakan SC memerlukan 3 liter cairan dalam 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan operasi. Pasien juga harus segera di evaluasi jika pasien mengalami penurunan urine hingga di bawah 30 ml/jam.
- 4) Fungsi kandung kemih yaitu kateter dilepas dua belas jam setelah dilakukan tindakan pembedahan.
- 5) Mobilisasi dini di hari pertama setelah operasi minimal miring kanan dan miring kiri, pasien biasanya bisa bangkit dari tempat tidur. Lalu di hari kedua, pasien bisa berjalan dengan di bantu oleh keluarga atau

orang lain. Mobilisasi ini juga dapat membantu pencegahan terjadinya trombosis vena dan emboli paru.

2. Menyusui Tidak efektif

a. Definisi Menyusui Tidak Efektif

Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan dalam proses menyusui. Menyusui tidak efektif disebabkan oleh ketidakadekuatan suplai ASI, hambatan pada bayi neonatus (misalnya prematuritas, sumbing), ketidakwajaran payudara ibu (puting yang masuk kedalam). Ketidakadekuatan reflek oksitosin, ketidakmampuan reflek menghisap pada bayi, adanya riwayat operasi payudara, dan kelahiran kembar. Kondisi klinis yang terkait yaitu abses pada payudara ibu, mastitis, dan *carpal tunnel syndrome* (Sukmawati & Prasetyorini, 2022).

b. Etiologi Menyusui Tidak Efektif

Penyebab dari ibu mengalami menyusui tidak efektif (Tim prokja SDKI DPP PPNI, 2016).

- 1) Ketidakadekuatan suplai ASI
- 2) Hambatan pada neonatus (misalnya prematuritas dan sumbing)
- 3) Anomali payudara ibu (putting masuk kedalam)
- 4) Ketidakadekuatan reflek oksitosin
- 5) Ketidakadekuatan reflek menghisap bayi
- 6) Payudara ibu bengkak
- 7) Riwayat operasi payudara
- 8) Kelahiran kembar

3. *Breast Care*

a. Definisi *Breast Care*

Breast Care atau perawatan payudara merupakan salah satu teknik untuk merawat payudara pada ibu yang dilakukan pada saat mengalami kehamilan atau masa nifas yang berfungsi untuk membantu kelancaran produksi ASI, selain itu teknik perawatan payudara *breast care* juga untuk membantu kebersihan payudara dan puting susu yang masuk

kedalam atau datar. Perawatan payudara merupakan suatu tindakan untuk merawat payudara pada ibu yang mengalami masalah menyusui tidak efektif yang bertujuan untuk membantu pengeluaran produksi ASI. (Putrianingsih *et al.*, 2022).

b. Manfaat *Breast Care*

Salah satu manfaat dari tindakan *breast care* adalah untuk membantu reflek pengeluaran ASI, membantu melancarkan aliran darah pada payudara, atau cara yang efektif untuk meningkatkan volume ASI peras/perah, serta untuk mencegah adanya bendungan pada payudara ibu atau payudara yang bengkak (Putry A, 2024).

c. Frekuensi *Breast Care*

Tindakan *breast care* biasanya dilakukan pada hari pertama dan hari kedua setelah ibu melakukan persalinan, perawatan payudara ibu dilakukan 2x sehari dengan durasi selama 30 menit setiap tindakan.

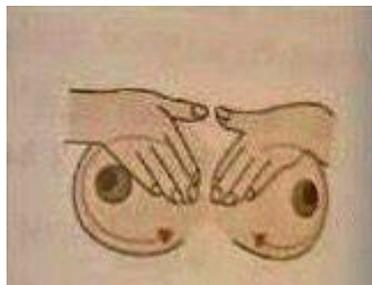
d. Prosedur Pemberian *Breast Care*

Prosedur pemberian *breast care* menurut Putrianingsih *et al.*, (2022)

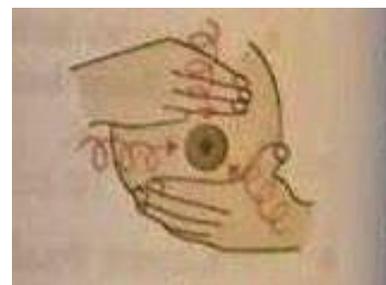
- 1) Mencuci tangan
- 2) Mengompres kedua putting susu menggunakan kapas yang telah diberi *baby oil* selama 3-5 menit.
- 3) Ambil kapas kemudian putting susu dibersihkan dengan gerakan memutar dari arah dalam keluar.
- 4) Ganti dengan kapas yang baru untuk membersihkan area putting susu di bagian tengah dari arah dalam ke arah luar. Lakukan penarikan putting susu yang tenggelam (*inverted*) agar bisa menonjol dengan gerakan lembut.
- 5) Basahi telapak tangan menggunakan *baby oil* secukupnya.
- 6) Letakkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara dengan ujung-ujung jari menghadap ke bawah. Pijat dari arah tengah ke atas melingkari kedua payudara sambil mengangkat payudara serta melepaskan payudara secara perlahan bisa dilihat pada gambar 2.2 teknik pijatan payudara pada langkah 1.

- 7) Mengurut payudara dari pangkal payudara ke arah puting memakai genggam tangan menyeluruh atau ruas-ruas jari. Sanggalah payudara kiri ibu menggunakan tangan kiri. Gerakan ini dilakukan sebanyak 20-30 kali. Bisa dilihat seperti pada gambar 2.2 teknik pemijatan payudara pada langkah 2.
- 8) Mengangga payudara dengan satu tangan, dan tangan yang lain mengurut payudara dengan bagian samping jari kelingking dari arah pangkal payudara menuju puting susu. Gerakan ini dilakukan sebanyak 20-30 kali. Bisa dilihat seperti pada gambar 2.2 teknik pemijatan payudara pada langkah 3.
- 9) Mengompres dan membersihkan payudara dari bekas minyak dengan menggunakan waslap air hangat bergantian air dingin, kemudian diakhiri dengan air hangat selama 5 menit.
- 10) Mengeringkan payudara dengan handuk kering dan basah. Bisa dilihat seperti pada gambar 2.2 teknik pemijatan payudara pada langkah 4.
- 11) Mencuci tangan.

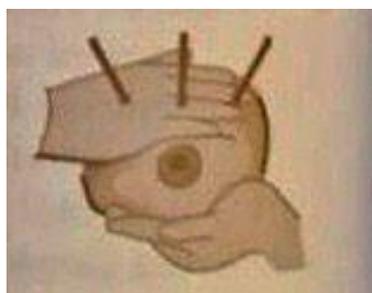
Gambar 2.2 Teknik Pemijatan Payudara



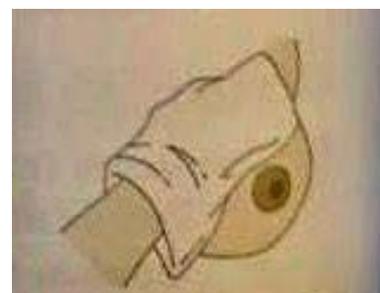
Langkah (1)



Langkah (2)



Langkah (3)



Langkah (4)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian *Post Partum*

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Fokus utama dalam pengkajian klien adalah memahami respon yang nyata maupun potensial yang ditunjukkan oleh klien terhadap masalah-masalah yang berkaitan dengan aktifitas sehari-hari. Proses ini sebagai langkah pertama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi hingga evaluasi (Sinulingga, 2019).

Data-data yang dikumpulkan adalah:

a. Data subjektif

Data subjektif terdiri dari identitas, status perkawinan, keluhan utama, riwayat maternitas, riwayat kesehatan hingga data sosial budaya.

- 1) Identitas meliputi: nama, umur, agama, suku bangsa, pekerjaan dan pendidikan.
- 2) Status perkawinan digunakan untuk mengetahui umur ibu saat menikah, sudah berapa lama ibu menikah, dan kemungkinan dengan resiko yang terjadi.
- 3) Keluhan utama digunakan untuk mengetahui apa saja yang dirasakan ibu saat ini.
- 4) Riwayat maternitas digunakan untuk mengetahui bagaimana riwayat maternitasnya, sudah pernah hamil apa belum, jika pernah hamil bagaimana riwayatnya, ada penyulit atau tidak.

5) Riwayat Kesehatan

Klien dengan *post SC* akan mengalami penyakit yang sama sebelumnya (Hipertensi/plasenta previa), sehingga pada kehamilan berikutnya dilakukan SC.

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga memiliki penyakit yang sama dengan pasien atau keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti diabetes, Hipertensi, penyakit jantung dan sebagainya, sehingga pasien dilakukan operasi SC.

7) Pola kebiasaan sehari-hari

Data ini digunakan untuk mengetahui kegiatan ibu sehari-hari di rumah seperti pola makan, eliminasi, istirahat, aktivitas, dan *personal hygiene*.

a) Pola makan

Kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan sakit (saat ini) yang meliputi: jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan dan makanan pantangan.

b) Pola eliminasi

Eliminasi BAK dan BAB menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai saat ini salit, yang meliputi: frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah dan lain-lain.

c) Pola istirahat

Tidur mencakup tidur malam: waktu dan lama, dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan SC.

d) Pola aktivitas

Merupakan kegiatan dalam pekerjaan atau aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat dirawat di rumah sakit.

b. Data psikososial

1) Adaptasi psikologi

Ada 3 periode dalam adaptasi pada post partum yaitu *Taking in*, *Taking hold*, *Letting Go*.

- a) Fase *Taking In* ini yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus, terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal hingga akhir.

- b) Fase *Taking Hold* yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi dan ketidakefektifan performa peran. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.
- c) Fase *Leting Go* yaitu periode dimana sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, serta menerima tanggung jawab dan peran barunya.

2) Konsep diri

- a) Gambaran diri
- b) Sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar
- c) Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana klien harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau personal tertentu

d) Harga diri

Penilaian akhir terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri

e) Peran diri

Sikap dan perilaku, nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi di masyarakat

f) Identitas diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai satu kesatuan yang utuh.

3) Data sosial budaya

Data ini digunakan untuk mengetahui tentang adat istiadat disekitar lingkungan tempat tinggal klien.

a) Pemeriksaan fisik umum

Pemeriksaan fisik ini digunakan untuk mengetahui keadaan umum klien, seperti kesadaran, postur tubuh, cara berjalan, raut

wajah, dan tanda-tanda vital seperti tensi, nadi, respirasi, dan suhu tubuh.

b) Pemeriksaan fisik khusus

Pemeriksaan ini dilakukan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dimulai dari ujung rambut hingga ujung kaki:

- (1) Muka: odema, pucat/tidak, bentuk mata, konjungtiva, sklera.
- (2) Dada: Ibu pertama kali melahirkan (primipara) biasanya mengalami kesulitan untuk mengeluarkan ASI, saat dipalpasi terdapat bendungan ASI pada payudara, ada pembekakan, ASI tidak memancar/menetes, ada nyeri tekan pada puting payudara.
- (3) Perut: bentuk, bekas luka operasi, nyeri tekan, dan bising usus.
- (4) Ekstremitas: bentuk tangan, kelainan, odema, gangguan gerak.

c) Pemeriksaan dalam (jika perlu)

d) Pemeriksaan penunjang jika perlu seperti: HB, golongan darah, reduksi, albumin.

2. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari proses keperawatan sebagai arahan untuk merencanakan tindakan keperawatan dalam membantu, meringankan, memecahkan masalah dan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Tampubolon, 2020).

Tahapan dari perencanaan keperawatan yaitu:

- a. Identifikasi tujuan
- b. Menetapkan hasil
- c. Memilih tindakan keperawatan
- d. Mendelegasikan tindakan
- e. Menulis rencana asuhan keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Menyusui tidak efektif (D.0029)	(L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4. Tetesan/pancaran ASI meningkat 5. Suplai ASI adekuat meningkat 6. Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 7. Kepercayaan diri ibu meningkat 8. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat 9. Hisapan bayi meningkat 10. Lecet pada putting menurun 11. Frekuensi miksi bayi membaik	Edukasi menyusui (1.12393) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi: 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa. 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

Hasil penelitian dari Wiesha dan Elsera (2024) kepada Ny. A di Ruang Melati 1 RS Soeradji Tirtonegoro Klaten, mengatakan bahwa implementasi yang diberikan di hari pertama yaitu penulis melakukan tindakan *breast care* selama 15-30 menit. Implementasi hari ke dua penulis mengajarkan serta melibatkan suami dan keluarga agar dapat melakukan tindakan *breast care* secara mandiri. Selanjutnya implementasi hari ke tiga penulis melakukan edukasi terkait pentingnya menyusui yang bertujuan untuk menambah wawasan atau mengulang pengetahuan klien tentang menyusui. Dari hasil evaluasi yang di dapatkan bahwa ASI klien sudah dapat keluar dengan lancar.

Hasil penelitian dari Putrianingsih *et al.*, (2022) terhadap Ny. M di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo. Pada hasil implementasi yang telah dilakukan pada pasien *post SC* sebelum dilakukannya tindakan *breast care*, produksi kelancaran ASI sedikit dan setelah dilakukan tindakan *breast care* di hari ke tiga kelancaran produksi ASI meningkat secara signifikan.

Penelitian dari Utami *et al.*, (2024) terhadap Ny. I dan Ny. E di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Berdasarkan implementasi tindakan *breast care* terdapat peningkatan produksi ASI yang ditandai dengan: sebelum dilakukan tindakan, produksi ASI terhadap kedua responden berada pada kategori tidak lancar dan setelah dilakukan tindakan *breast care*, produksi ASI pada kedua responden mengalami peningkatan dan masuk dalam kategori lancar. Pada catatan perkembangan hari ke dua, responden menunjukkan produksi ASI mengalami peningkatan setiap setelah dilakukan implementasi.

3. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk menentukan apakah tindakan keperawatan efektif dan bagaimana tindakan rencana keperawatan dilanjutkan, menghentikan atau merevisi tindakan keperawatan. Penilaian evaluasi adalah tahap yang

akan menentukan apakah tujuan sudah tercapai. dalam implementasi yang dilakukan dengan SOAP: *Subjective* (subjektif), *Objective* (objektif), *Assesment* (penilaian), *Plan* (rencana) (Tampubolon, 2020).

Tahapan evaluasi diantaranya yaitu:

- a. Membandingkan respon klien dengan kriteria hasil
- b. Menganalisis alasan untuk menetapkan hasil
- c. Memodifikasi rencana asuhan keperawatan
- d. Syarat untuk dokumentasi keperawatan