

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP *SECTIO CAESAREA***

##### **1. Pengertian *Section Caesarea***

*Sectio caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer , 2000).

*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, 1994).

*Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau *sectio caesarea* adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 1998).

Jadi persalinan *sectio caesarea* adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin >1000 gr atau umur kehamilan >28 minggu (Manuaba, 1999).

## 2. Jenis Section Caesarea

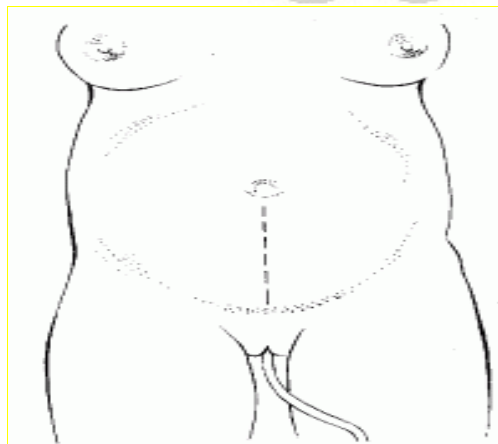
- a. *Sectio caesarea* primer (efektif)
- b. *Sectio caesarea* sekunder
- c. *Sectio caesarea* ulang (*repeat caesarean section*)
- d. *Sectio caesarea* histerektomi
- e. *caesarean section* (*hysterectomy*)
- f. Operasi Porro (*Porro operation*)

## 3. Etiologi

Tindakan operasi *sectio caesarea* dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginal disebabkan adanya resiko terhadap ibu atau janin, dengan pertimbangan hal-hal yang perlu tindakan *sectio caesarea* seperti proses persalinan normal lama / kegagalan proses persalinan normal (Dystasia) (Saifudin , 2002 ),

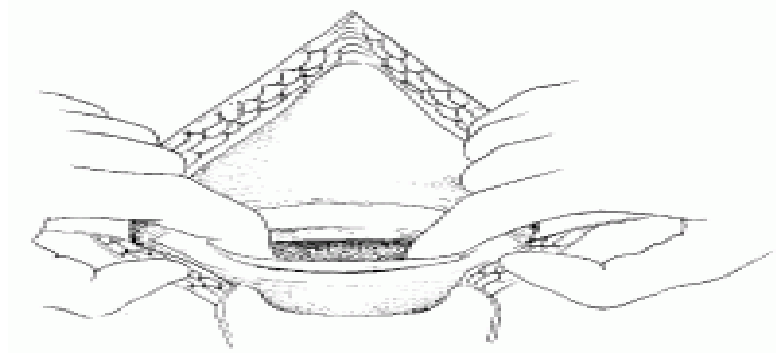
## 4. Anatomi dan Fisiologi

- a. anatomi



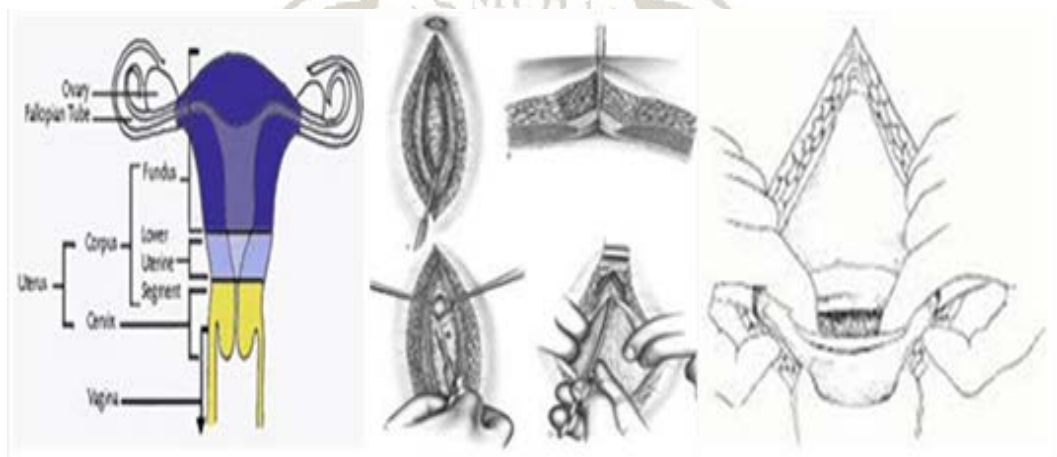
Gambar 2.1 : Teknik Klasik Dengan Sayatan Vertikal

Sumber : Wikipedia (2011)



Gambar 2.2 : Teknik *Transperitonealis Profunda* dengan sayatan melintang

Sumber : Wikipedia (2011)



Gambar 2.3 : SC Klasik Dan SC Transperitonealis Profunda

Sumber : Wikipedia (2011)

Macam – macam bedah *caesarea*

### 1. Teknik SC *corporal*/klasik

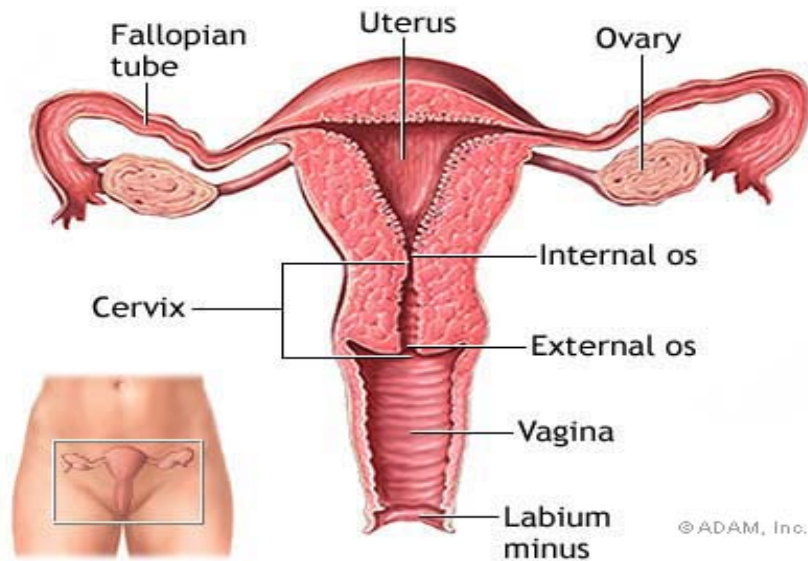
Dilakukan insisi (irisan/sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertikal.

## 2. Teknik SC *transperitonealis profunda*

Pembedahan ini paling banyak dilakukan. Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbukanya cabang-cabang pembuluh darah. Sehingga garis yang terbentuk adalah horisontal.

Tabel 2.1 : Perbandingan antara SC klasik dan SC *transperitonealis profunda*

<b>Pembeda</b>	<b>SC Klasik</b>	<b>SC <i>trans.profundis</i></b>
Teknik	Lebih mudah	Lebih sulit
Proses lahir bayi	Lebih cepat	Lebih lambat
Perdarahan	Banyak	Sedikit
Infeksi	Lebih besar	Sedikit
Penyembuhan	Kurang baik, banyak perlekatan antara rahim dan dinding perut.	Lebih baik, perlekatan sedikit
Gangguan kontraksi pada persalinan berikutnya	(+)	(-)
Ruptur uteri (robeknya rahim) pada persalinan berikutnya	Resiko besar	Jarang
Jahitan	3 lapis	2 lapis



Gambar 2.4 : Organ Reproduksi Internal Wanita (Wiknjosastro, (1999).

1) Alat genetalia dalam

a) Vagina

Tabung yang dilapisi membran dari jenis epitelium bergaris khusus, dialiri banyak pembuluh darah dan serabut saraf. Panjangnya dari vestibulum sampai uterus 7,5 cm, merupakan penghubung antara introitus vagina dan uterus. Pada puncak vagina menonjol, leher rahim (servik uteri) yang disebut porsio. Bentuk vagina sebelah dalam berlipat-lipat disebut rugae.

b) Uterus (rahim)

Organ yang tebal, berotot berbentuk buah pir, terletak di dalam pelvis antara rektum di belakang dan kandung kemih di depan, ototnya disebut miometrium.

Uterus terdiri dari :

- (1) Fundus uteri (dasar rahim), bagian uterus terletak antara kedua pangkal saluran telur.
- (2) Korpus uteri, bagian uterus yang terbesar pada kehamilan, bagian ini berfungsi sebagai tempat janin berkembang. Rongga yang terdapat pada korpus uteri disebut kavum uteri.
- (3) Servik uteri, ujung servik yang menuju puncak vagina disebut porsio, hubungan antara kavum uteri dan kanalis servikalis disebut ostium uteri internum.

c) Ovarium

Merupakan kelenjar berbentuk buah kenari terletak kiri dan kanan uterus di bawah tuba uterina dan terikat di sebelah belakang oleh ligamentum latum uterus.

b. Fisiologi

Menurut Farrer (2001) :

1) Vagina

Empat fungsi vagina antara lain :

- a) Lintasan bagi spermatozoa, spermatozoa biasanya akan tertimbun pada saat senggama.
- b) Saluran bagi janin dan produk pembuahan lainnya pada saat persalinan. Saluran keluar bagi darah haid.
- c) Dengan sekretnya yang asam, vagina mampu menghalangi perjalanan infeksi.

2) Uterus

- a) Menyediakan tempat yang sesuai bagi ovum yang sudah di buahi agar ovum tersebut dapat menanamkan diri.
- b) Memberikan perlindungan dan nutrisi kepada embrio sampai tercapai maturitas.
- c) Mendorong keluar janin dan plasenta pada persalinan.
- d) Mengendalikan perdarahan dari tempat pelekatan plasenta .

3) Tuba falopi

Tuba falopi merupakan saluran tempat lewatnya sperma untuk bertemu ovum dan pada tempat pertemuan ini terjadi fertilisasi atau pembuahan.

4) Ovarium

- a) Produksi penyimpanan serta pematangan ovarium dan pelepasan ovum
- b) Produksi hormon ovarium, yaitu estrogen dan progesterone

## 5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang muncul sehingga memungkinkan untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* adalah:

- a. Fetal distress
- b. His lemah / melemah
- c. Janin dalam posisi sungsang atau melintang
- d. Bayi besar ( BBL  $\geq$  4,2 kg )
- e. Plasenta previa

- f. Kalainan letak
- g. Disproporsi cevalo-pelvik ( ketidakseimbangan antar ukuran kepala dan panggul )
- h. Rupture uteri mengancam
- i. Hydrocephalus
- j. Primi muda atau tua
- k. Partus dengan komplikasi
- l. Panggul sempit
- m. Problema plasenta

## 6. Klasifikasi

Menurut Mochtar (1998)

### a. Abdomen (Seksio Sesarea Abdominalis)

- 1) *Sectio caesarea transperitonealis*
- 2) *Sectio caesarea* klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri
- 3) *Sectio caesarea* ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim
- 4) *Sectio caesarea ekstraperitonealis*

Yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan pada pasien dengan infeksi intra uterin yang berat. Sekarang jarang dilakukan.

b. Vagina (*Sectio caesarea Vaginalis*)

Menurut arah sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

- 1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig
- 2) Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr
- 3) Sayatan huruf T (T- incision)

c. *Sectio caesarea* klasik atau corporal

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (low cervical transversal) kira-kira 10 cm.

- a) Kelebihan
  - a) Mengeluarkan janin lebih cepat
  - b) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
  - c) Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal
- b) Kekurangan
  - (1) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik.
  - (2) Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi ruptura uteri spontan.

d. *Sectio caesarea* Ismika (Profunda)

- 1) Kelebihan
  - a) Penjahitan luka lebih mudah
  - b) Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik

- c) Tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus kerongga peritonium
  - d) Perdarahan kurang
  - e) Dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan ruptura uteri spontan kurang/ lebih kecil
- 2) Kekurangan
- a) Luka dapat melebar kekiri, kanan, dan bawah, sehingga dapat menyebabkan arteri uterina putus sehingga mengakibatkan perdarahan yang banyak
  - b) Keluhan pada kandung kemih post operatif tinggi
- e. *Sectio caesarea* Hysterectomy.

Setelah *sectio caesarea* dikerjakan hysterektomi dengan indikasi;

- 1) Atonia uteri
- 2) Placenta accrete
- 3) Myoma uteri
- 4) Infeksi intra uterin yang berat

Menurut Manuaba (1999), macam-macam bentuk operasi *sectio caesarea* adalah:

- 1) *Sectio caesarea* klasik menurut Sanger
- 2) *Sectio caesarea* transperitoneal profunda menurut Kehrer
- 3) *Sectio caesarea* histerektomi menurut Porro

4) *Sectio caesarea* ekstrapertinial

a) Menurut Water

b) Menurut Latzco

5) *Sectio caesarea* transvaginal

## 7. Komplikasi

Terdapat beberapa bahaya yang telah dikenal bagi fetus bila persalinan dilakukan dengan *sectio caesarea*, terlepas dari yang ditunjukkan oleh keadaan abnormal untuk mana diindikasikan *sectio* (*Rottgers*). Resiko ini meliputi:

- a. Hipoksia akibat sindroma hipotensi terlentang
- b. Depresi pernafasan karena anestesia
- c. Sindroma gawat pernafasan, jelas lebih lazim pada bayi yang dilahirkan dengan *sectio*

1) Komplikasi ibu:

a) Infeksi yang didapat dirumah sakit, terutama setelah dilakukan seksio pada persalinan

b) Fenomena tromboemboli, terutama pada multipara dengan varikosisitas

c) Ileus, terutama karena peritonitis dan kurang sering karena dasar obstruksi

d) Kecelakaan anestesi

(Martius, 1995).

Komplikasi menurut Mochtar (1998) yaitu :

a) Infeksi puerperal (nifas)

- (1) Ringan; dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
- (2) Sedang; dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung
- (3) Berat ; dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama

b) Perdarahan ,disebabkan karena:

- (1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
- (2) Atonia uteri
- (3) Perdarahan pada placentar bleed

c) Luka kandung kemih, emboli baru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi

d) Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang

Komplikasi yang bisa timbul

a) Ibu

(1) Infeksi puerperal

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi post operatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada

gejala- gejala infeksi intra partum atau ada faktor-faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya).

Bahaya infeksi sangat diperkecil dengan pemberian antibiotic akan tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali, terutama SC klasik dalam hal ini lebih berbahaya daripada SC transperitonealis profunda.

(2) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri uterina ikut terbuka.

(a) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru dan sebagainya tapi sangat jarang terjadi

(b) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah SC klasik.

b) Anak

Nasib anak yang dilahirkan dengan SC banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan SC.

## 8. Indikasi

Menurut Wiknjosastro (1994):

### a. Indikasi ibu

- 1) Panggul sempit absolute
- 2) Tumor–tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi
- 3) Stenosis serviks/ vagina
- 4) Plasenta previa
- 5) Disporposi sefalopelvik
- 6) Ruptura uteri membakat.

### b. Indikasi janin.

- 1) Kelainan letak
- 2) Gawat janin

Pada umumnya sectio sesarea dilakukan pada :

- 1) Janin mati
- 2) Syok, anemia berat sebelum diatasi
- 3) Kelainan congenital berat [monster]

Menurut Mansjoer [2000]

- 1) Disporposi sevalo pelvic.
- 2) Gawat janin
- 3) Plasenta previa
- 4) Pernah seksio sesarea sebelumnya
- 5) Kelainan letak
- 6) *Incoordinate uterine action*
- 7) Eklampsia
- 8) Hipertensi.

Menurut Mochtar (1998)

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
- 2) Panggul sempit.

Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin vias naturalis ialah CV = 8 cm, panggul dengan CV = 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin yang normal, harus diselesaikan dengan *sectio caesarea*. CV adalah 8–10 cm boleh dicoba dengan partus percobaan baru setelah gagal dilakukan *sectio caesarea* sekunder

- 3) Disporposi sefalo- pelvik yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul
- 4) Ruptura uteri mengancam
- 5) Partus lama (prolonged labor)
- 6) Partus tak maju (obstructed labor)

- 7) Distosia serviks
- 8) Pre- eklampsi dan hipertensi
- 9) Malpresentasi janin.

a) Letak lintang

Greenhill dan Eastman sependapat:

(1) Bila ada kesempitan panggul, maka *sectio caesarea* adalah cara yang terbaik dalam letak lintang dengan janin hidup dan besar biasa

(2) Semua primigravida dengan letak lintang dengan janin hidup dan besar biasa

(3) Semua primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan *sectio caesarea*, walau tidak ada perkiraan panggul sempit

(4) Multipara dengan letak lintang dapat lebih dulu ditolong dengan cara-cara lain.

b) Letak bokong .

*Sectio caesarea* dianjurkan pada letak bokong bila ada :

- (1) Panggul sempit
- (2) Primigravida
- (3) Janin besar dan berharga.

c) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil

d) Presentasi rangkap, bila reposisi tidak berhasil

e) Gemelli, menurut eastman *sectio caesarea* dianjurkan:

- (1) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (shoulder presentation)
- (2) Bila terjadi interlock (locking of the twins)
- (3) Distosia oleh karena tumor.
- (4) Gawat janin dan sebagainya

### **9. Pengertian Fetal Distress**

Gawat janin adalah denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 120 kali per menit atau lebih dari 160 kali per menit (Saifuddin, 2002). Ahli lain berpendapat bahwa fetal distress atau gawat janin yaitu apabila denyut jantung janin hanya berkisar 120 kali per menit atau kurang, yang berarti janin mengalami bradikardi (Basuki, 2005). Sedangkan menurut Mansjoer (1999) gawat janin terjadi apabila denyut jantung janin 120 kali per menit atau kurang.

Fetal distress adalah suatu keadaan gawat janin yang terjadi karena adanya gangguan suplai darah dan berkurangnya oksigen (Hamilton, 1995). Bila terdapat tanda-tanda fetal distress maka persalinan harus diakhiri dan dilakukan bedah caesar. Bila tidak segera dilakukan tindakan bedah caesarea, maka keadaan janin akan semakin gawat dan dapat menyebabkan kekurangan oksigen (asfiksia) ringan sampai berat

## 10. Etiologi

Etiologi fetal distress menurut Winkjosastro (1999), Sarwono Prawirohardjo (2005) yaitu : hipoksia janin yang menyebabkan asfiksia neonatorum terjadi karena gangguan pertukaran gas serta transpor oksigen dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan oksigen dan dalam menghilangkan karbondioksida. Serta menimbulkan faktor sebagai berikut : gangguan his (missal : hipertoni), hipotensi mendadak pada ibu karena pendarahan, hipertensi pada eklampsia, gangguan mendadak pada plasenta (misal : solusio plasenta).

Menurut Saifuddin (2001), gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila persalinan berlangsung lama, induksi persalinan dengan oksitosin, ada perdarahan atau infeksi serta insufisiensi plasenta (posterm dan pre-eklampsia).

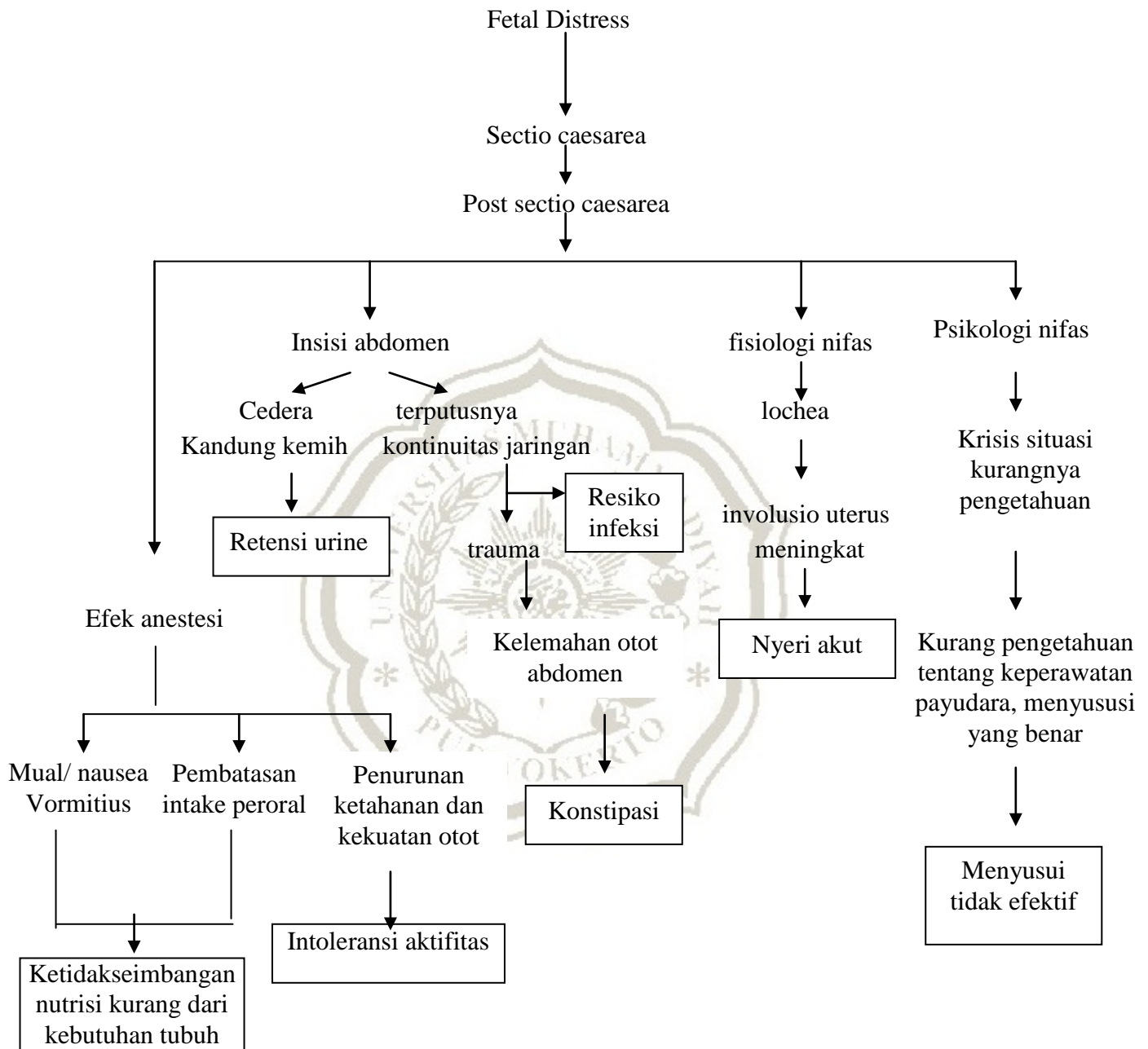
## 11. Patofisiologi

Patofisiologi gawat janin menurut Wiknjosastro (1991) yaitu :

- a. Dahulu diperkirakan hidup di lingkungan hipoksia dan asidosis yang kronik. Tetapi pemikiran itu tidak benar karena bila tidak ada tekanan (stress), janin hidup dalam lingkungan yang sesuai dan dalam kenyataannya konsumsi oksigen per gram berat badan sama dengan orang dewasa. Meskipun tekanan oksigen parsial ( $PO_2$ ) rendah, penyaluran oksigen pada jaringan tetap memadai.

- b. Afinitas (daya ikat) terhadap oksigen, kadar hemoglobin dan kapasitas angkut oksigen pada janin lebih besar dibandingkan dengan orang dewasa.
- c. Demikian juga halnya dengan curah jantung dan kecepatan aliran darah lebih besar daripada orang dewasa. Dengan demikian penyaluran oksigen melalui plasenta kepada janin dan jaringan perifer dapat terselenggara dengan relatif baik. Sebagai hasil metabolisme oksigen akan terbentuk asam piruvat, CO<sub>2</sub> dan air diekskresi melalui plasenta. Bila plasenta mengalami penurunan fungsi akibat dari perfusi ruang intervili yang berkurang maka penyaluran oksigen dan ekskresi CO<sub>2</sub> akan terganggu yang berakibat penurunan pH atau timbulnya asidosis. Pada umumnya asidosis janin disebabkan oleh gangguan aliran darah uterus atau aliran darah tali pusat.
- d. Bradikardia janin tidak harus berarti merupakan indikasi kerusakan jaringan akibat hipoksia karena janin mempunyai kemampuan redistribusi darah bila terjadi hipoksia sehingga jaringan vital (seperti otak dan jantung) akan menerima penyaluran darah yang lebih banyak dibandingkan jaringan perifer. Bradikardia mungkin merupakan mekanisme perlindungan agar jantung bekerja lebih efisien sebagai akibat hipoksia.

## 12. Pathways Keperawatan



Gambar 2.5 : Pathways Keperawatan

Sumber : Doengoes (2001), Mochtar (1998), Wiknjosastro (1999), Bobak (2000)

### 13. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ibu post partum sectio caesarea menurut Manuaba (1999), Saifuddin (2002), Hamilton (1998).

a) Kesadaran penderita

1) Pada anastesi lumbal :

Kesadaran penderita baik, oleh karenanya ibu dapat mengetahui hampir semua proses persalinan

2) Pada anastesi umum :

Pulihnya kesadaran oleh ahli telah diatur, dengan memberikan oksigen, menjelang akhir operasi.

b) Mengukur dan memeriksa tanda-tanda vital

1) Pengukuran :

Kaji tanda-tanda vital setiap 5 menit sampai stabil, kemudian setiap 15 menit selama satu jam, kemudian setiap 30 menit selama 8 jam.

a) Tensi, nadi, temperature dan pernapasan

b) Keseimbangan cairan melalui produksi urin, dengan

perhitungan :

(1) Produksi urine normal 500- 600 CC

(2) Pernapasan                    500- 600 CC

(3) Penguapan badan        900- 1000 CC

c) Pemberian cairan pengganti sekitar 2000–2500 CC dengan perhitungan 20 tetes per menit (= 1 CC/ menit)

(1) Infus setelah operasi selitar 2 x 24 jam.

2) Pemeriksaan :

a) Paru :

(1) Kebersihan jalan napas

(2) Ronki basah; untuk mengetahui adanya edema perut.

b) Bising usus menandakan berfungsinya usus (dengan adanya flatus)

c) Perdarahan lokal pada luka operasi

d) Konstraksi rahim; untuk menutup pembuluh darah.

Perdarahan per vaginam.

(1) Evaluasi pengeluaran lochia

(2) Atonia uteri meningkatkan perdarahan

(3) Perdarahan berkepanjangan.

3) Profilaksis antibiotika

Infeksi selalu diperhitungkan dari adanya alat yang kurang steril, infeksi ascendens karena manipulasi vagina, sehingga pemberian antibiotika sangat penting untuk menghindari terjadinya sepsis sampai kematian.

Pertimbangan pemberian antibiotika :

a) Bersifat profilaksis

b) Bersifat terapi karena sudah terjadi infeksi

- c) Berpedoman pada hasil tes sensitifitas
  - d) Kualitas antibiotika yang akan diberikan
- c) Cara pemberian antibiotika

Paling tepat adalah berdasarkan hasil tes sensitifitas, tetapi memerlukan waktu 5-7 hari, sehingga sebagian besar pemberian antibiotika dengan dasar adjuvantibus.

Jika terdapat tanda infeksi, berikan antibiotika kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam :

- 1) Ampisilin 2 gr IV setiap 6 jam
- 2) Ditambah gentamicin 5 mg/kg BB IV setiap 24 jam
- 3) Ditambah metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam

d) Perawatan luka insisi

- 1) Luka insisi dibersihkan dengan larutan desinfektan lalu ditutup dengan kain penutup luka secara periodik luka dibersihkan dan diganti
- 2) Jahitan diangkat pada hari ke 6-7 post operasi diperhatikan apakah luka sembuh atau dibawah luka terdapat eksudat
- 3) Jika luka dengan eksudat sedikit, ditutup dengan band aid operatif dressing
- 4) Jika luka dengan eksudat sedang ditutup dengan regal filmated swabs atau pembalut luka lainnya
- 5) Jika luka dengan eksudat banyak, ditutup dengan surgipad atau dikompres dengan cairan suci hama lainnya, sedangkan untuk

memberikan kenyamanan bergerak bagi penderitanya sebaiknya dipakai gurita

e) Mobilisasi penderita

Konsep mobilisasi dini tetap merupakan konsepsi dasar, sehingga pulihnya alat vital dapat segera tercapai

1) Mobilisasi fisik

a) Miring kekanan dan kekiri dimulai –1 jam pasca operasi (setelah sadar)

b) Hari kedua penderita dapat duduk selama 5 menit dan hari 3-5 mulai belajar berjalan

c) Infus dan kateter dibuka pada hari kedua atau ketiga

2) Mobilisasi usus

a) Setelah hari pertama dan keadaan baik, penderita boleh minum

b) Diikuti dengan makan bubur saring dan pada hari kedua-ketiga makan bubur

c) Hari keempat-kelima nasi biasa dan boleh pulang

f) Nasehat Pasca Operasi

Hal-hal yang dianjurkan pasca operasi antara lain:

a) Dianjurkan jangan hamil kurang lebih satu tahun dengan memakai alat kontrasepsi

b) Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan antenatal yang baik

c) Bersalin di rumah sakit yang besar

- d) Apakah persalinan berikutnya harus dengan sectio caesarea tergantung diindikasi sectio caesarea dan keadaan pada kehamilan berikutnya

#### 14. Diagnosa Keperawatan Yang Muncul

Menurut Nanda (2011), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien *post sectio caesaria* antara lain :

- a. Nyeri b.d. Agen injuri fisik (trauma jalan lahir, episiotomi).

Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam, diharapkan nyeri dapat berkurang.

Kriteria hasil :

NOC :

- 1) skala nyeri berkurang
- 2) Wajah tampak rileks
- 3) Tdk menunjukkan nyeri baik verbal dan non verbal
- 4) TTV dalam batas normal

NIC :

*Pain Management* :

- 1) Lakukan pengkajia nyeri secara kompresif
- 2) Observasi reaksi no verbal
- 3) Kurangi faktor presipitasi nyeri
- 4) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
- 5) Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri

- b. Risiko infeksi b.d. Faktor risiko: Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tujuan : Setelah dilakukan pengkajian keperawatan 3 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria Hasil :

NOC :

*Risk Control :*

- 1) Tidak terdapat adanya tanda- tanda resiko infeksi
- 2) Tidak terjadi peningkatan suhu tubuh pasien

NIC :

*Infection control :*

- 1) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
- 2) Pertahankan teknik isolasi
- 3) Batasi pengunjung bila perlu
- 4) Instruksikan pada pengunjung untuk cuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung.
- 5) Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan
- 6) Pertahankan lingkungan aseptik selama tindakan keperawatan.

- c. Gangguan pola tidur b.d. Kelemahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24, diharapkan diharapkan tidur klien terpenuhi.

Kriteria Hasil :

NOC :

- 1) Kualitas tidur baik
- 2) Terjaga pada saat tidur
- 3) Perasaan segar setelah tidur
- 4) TTV dalam batas normal

NIC :

Peningkatan tidur :

- 1) Pantau pola tidur pasien
- 2) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat selama sakit
- 3) Hindari suara keras
- 4) Bantu pasien untuk mengidentifikasi faktor yang menyebabkan gangguan tidur
- 5) Anjurkan untuk tidur siang jika diperlukan

d. Defisit perawatan diri: Mandi/Kebersihan diri, makan, toileting b.d.  
Kelelahan postpartum.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam,  
diharapkan klien dapat melakukan perawatan diri.

Kriteria hasil :

NOC :

- 1) Klien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri meliputi makan, berpakaian, ambulasi, toileting, dsb.

NIC :

Self care Assistance : ADL

- 1) Pantau kemampuan klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri
  - 2) Pantau kebutuhan klien untuk penggunaan penyesuaian alat untuk personal hygiene
  - 3) Sediakan barang-barang yang diperlukan klien
  - 4) Bantu klien untuk mandiri dan berikan bantuan seminimal mungkin
  - 5) Menentukan aktivitas perawatan diri yang sesuai
- e. Risiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan b.d Kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam,  
diharapkan pasien dapat terpenuhi kebutuhan nutrisinya.

Kriteria Hasil :

NOC :

- 1) Berat badan sesuai yang diharapkan
- 2) Tidak ditemukan adanya tanda-tanda mal nutrisi

NIC :

Nutritional Management :

- 1) Kaji adanya alergi makanan
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi
- 3) Anjurkan pasien untuk meningkatkan zat besi
- 4) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat

f. Menyusui tidak efektif b.d. Kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatn 3 x 24 jam,  
diharapkan klien dapat menyusui secara efektif.

Kriteria Hasil :

NOC :

- 1) Kolostrum sudah keluar
- 2) Asi lancar
- 3) Tdk terjadi pembengkakan payudara

NIC :

- 1) Berikan breast care post natal
- 2) Motivasi ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi
- 3) Beriakan dukungan ibu untuk segera menyusui
- 4) Motivasi keluarga untuk memberikan dukungan pada klien

g. Kurang pengetahuan: Perawatan post partum b.d. Kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam  
diharapkan pengetahuan meningkat.

Kriteria Hasil :

NOC :

- 1) Familiar dengan nama penyakit
- 2) Mendeskripsikan proses penyakit
- 3) Mendeskripsikan faktor penyebab. Dsb.

NIC :

Teaching : Disease Process

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien
- 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit
- 3) Gambarkan tanda dan gejala yang bisa muncul pada penyakit
- 4) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat
- 5) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan.

## **B. NYERI**

### **1. Pengertian Nyeri**

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau yang berpotensi untuk menimbulkan kerusakan jaringan (IASP (International Association for the Study of Pain, 1979)).

Nyeri adalah Suatu sensori yang tidak menyenangkan dari satu pengalaman emosional yang disertai kerusakan jaringan secara actual/potensial. (*Medical Surgical Nursing* ).

Nyeri akut adalah pengalaman emosional dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul dari kerusakan serangan mendadak atau perlahan dari intensitas ringan sampai berat yang dapat diantisipasi atau diprediksi durasi nyeri kurang dari 6 bulan (NANDA, 2005).

## 2. Etiologi

- a. Agen cedera fisik adalah penyebab nyeri karena trauma fisik
- b. Agen cedera biologi adalah penyebab nyeri karena kerusakan fungsi organ atau jaringan tubuh
- c. Agen cedera psikologi adalah penyebab nyeri yang bersifat psikologi seperti kelainan organic neurosis trumatik, skizofreniad.
- d. Agen cedera kimia adalah penyebab nyeri karena bahan zat kimia

Tidak hanya satu stimulus yang menghasilkan suatu yang spesifik dari nyeri, tetapi nyeri memiliki suatu etiologi multimodal. Nyeri biasanya dihubungkan dengan beberapa proses patologis spesifik. Kelainan yang mengakibatkan rasa nyeri, mencakup : infeksi, keadaan inflamasi, trauma, kelainan degenerative, keadaan toksik metabolic atau neoplasma. Nyeri dapat juga timbul karena distorsi mekanis ujung-ujung saraf misalnya karena meningkatnya tekanan didinding viskus / organ.

## 3. Patofisiologi

Konduks impuls noriseptif pada prinsipnya ada 2 tahap yaitu:

- a. Melalui system noriseptif

Reseptor di perifer → lewat serabut aferen, masuk medulla spinalis → kebatang otak oleh mesenfolan/midbrain

- b. Melalui tingkat pusat

Impuls noriseptif mesenfalon ke korteks serebri di korteks asosiasinya → sensasi nyeri dapat dikenal karakteristiknya

Impuls – impuls nyeri disalurkan ke sumsum tulang belakang oleh 2 jenis serabut bermyelin rapat A delta dan C dari syaraf → kespinal dan sel raat dan sel horn → SG melepas P (penyalur utama impuls nyeri) → Impuls nyeri menyeberangi sumsum belakang pada interneuron – interneuron bersambung dengan jalur spinalis asenden. Paling sedikit ada 6 jalur ascenden untuk impuls-impuls nosireseptor yang letak pada belahan venteral dari sumsum belakang yang paling utama: SST (spinothalamic tract) = jalur spinothalamic → impuls-impuls ke batang otak dan sebagian ke thalamus mengaktifkan respon autonomic dan limbic (pada kulit otak) → afektif dimotivasi

#### 4. Manifestasi klinis

- a. Klien melaporkan nyeri secara verbal atau non verbal
- b. Tingkat laku ekspresif (gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang, mengeluh)
- c. Menunjukkan kerusakan pada bagian tubuhnya
- d. Posisi untuk mengurangi nyeri
- e. Ada gerakan untuk melindungi
- f. Tingkah laku berhati – hati
- g. Fokus pada diri sendiri dan penurunan interaksi dengan lingkungan
- h. Perubahan dalam nafsu makan dan minum

## 5. Klasifikasi

### a. Berdasarkan lokasi/letak

#### 1) *Cutaneus/superficial*

Nyeri yang mengenai kuli /jaringan subkutan.

Contoh : terkena ujung pisau/gunting, jarum suntik

#### 2) *Deep somatic/nyeri dalam*

Nyeri yang muncul dari ligament, pembuluh darah tendon, dan syaraf, nyeri menyebar dan lebih lama dari pada *cutaneus*

Contoh : sensasi pukul, sensasi terbakar misalnya ulkus lambung.

#### 3) Nyeri alih

Merupakan fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor.

Contoh : infark miokard yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri dan bahu kiri, batu empedu yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan.

#### 4) Radiasi

Sensasi yang meluas dan tempat cedera ke bagian tubuh yang lain.

Contoh : nyeri punggung bagian bawah akibat diskus intravetebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi.

b. Berdasarkan penyebabnya

1) Fisik : bisa terjadi karena stimulus fisik (contoh : fraktur femur)

2) *Psycogenic*

Terjadi karena sebab yang kurang jelas/susah diidentifikasi, bersumber dari emosi/psikis biasanya tidak disadari

Contoh : orang yang marah, tiba-tiba merasa nyeri didadanya.

c. Berdasarkan lama/durasinya

Menurut Smeltzer (2001), nyeri diklasifikasikan berdasarkan durasinya yaitu :

1) Nyeri akut

Merupakan kumpulan pengalaman yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan sensori, persepsi dan emosi serta berkaitan dengan respon autonomi psikologi dan perilaku.

Contoh : actual nyeri akut adalah nyeri pasca bedah, nyeri akibat prosedur pengobatan atau trauma dan nyeri oleh karena adanya penyakit yang bersifat actual.

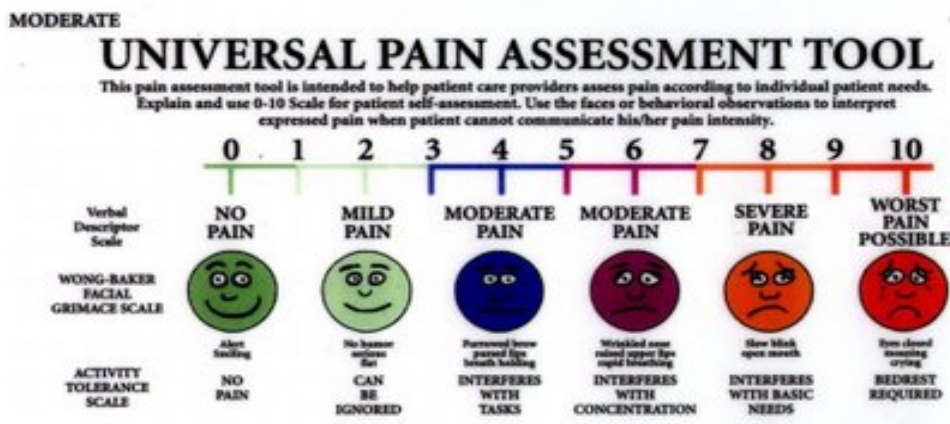
2) Nyeri kronik

Situasi atau keadaan pengalaman nyeri yang menetap atau kontinyu selama beberapa bulan atau tahun setelah fase penyembuhan dari suatu penyakit.

d. Berdasarkan intensitasnya (Alat Pengukur Nyeri)

Terdiri dari nyeri berat, sedang, ringan. Masing – masing diukur berdasarkan skala dan bersifat subyektif. Macam-macam skala pengukur nyeri :

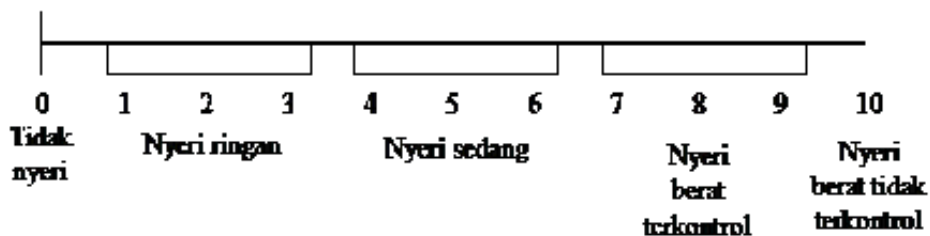
1) Anak-anak



Gambar 2.6 : Alat pengukur skala nyeri untuk anak-anak.

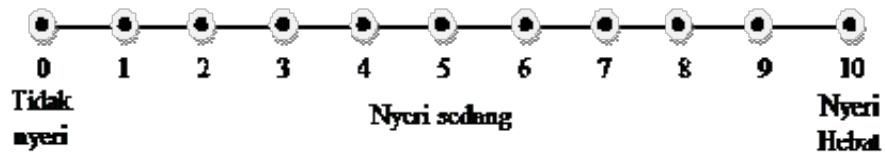
2) Dewasa

a) Skala intensitas nyeri deskriptif



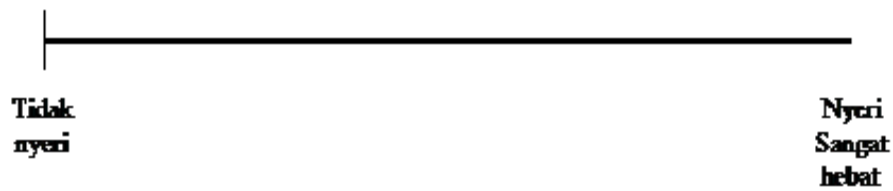
Gambar 2.7 : Skala Nyeri Deskriptif

b) Skala identitas nyeri numerik



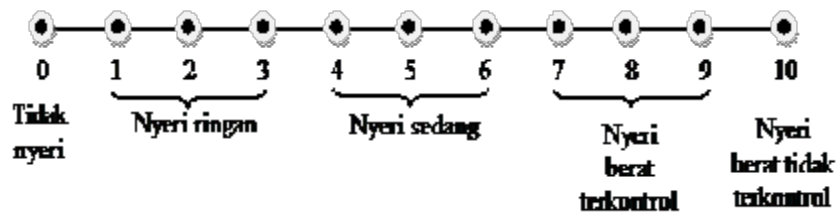
Gambar 2.8 : Skala Nyeri Numerik

c) Skala analog visual



Gambar 2.9 : Skala Analog Visual

d) Skala nyeri menurut bourbanis




Gambar 2.9 : Skala Nyeri Bourbanis

**Keterangan :**

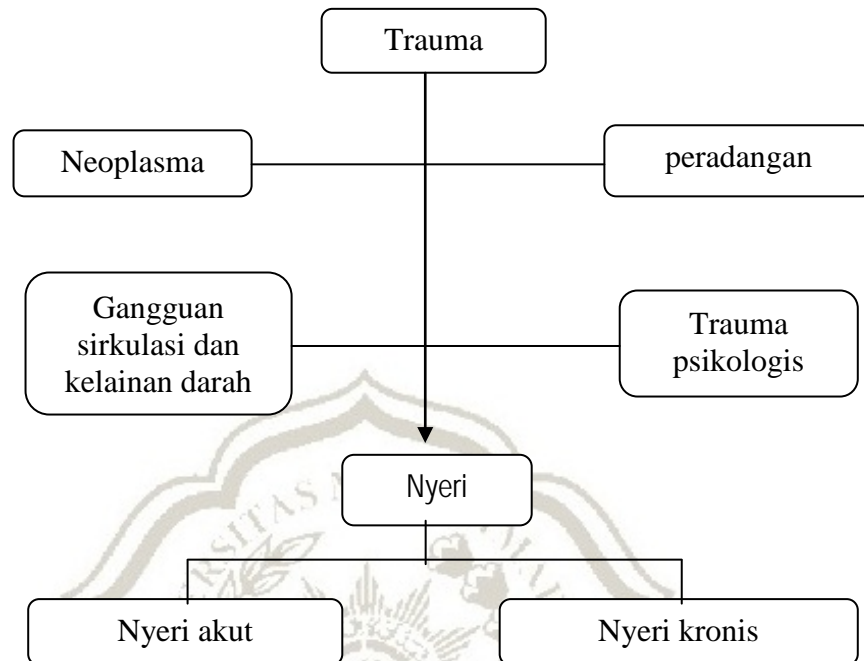
- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 : Nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : Nyeri berat, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi

**6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri**

- 
- a. Usia
  - b. Jenis kelamin
  - c. Kultur
  - d. Ansietas
  - e. Efek placebo
  - f. Pengalaman masa lalu
  - g. Pola koping
  - h. Support keluarga dan social

(Smeltzer & Bare, 2003)

## 7. Pathways



Gambar 2.10 : Pathways Nyeri

Sumber : NANDA (2011)

## 8. Penatalaksanaan

### a) Manajemen nyeri non farmakologi

Pendekatan non farmakolog biasanya menggunakan terapi perilaku (hipnotis, biofeedback), pelepas otot/relaksasi, akupunktur, terapi kognitif (distraksi), restrukturisasi kognisi, imajinasi dan terapi fisik. Nyeri bukan hanya unik karena sangat berbeda satu dengan yang lainnya mengingat sifatnya yang individual, termasuk dalam penanganannya pun kita seringkali menemukan keunikan tersebut, baik itu yang memang dapat kita terima dengan kajian

logika maupun yang sama sekali tidak bisa kita nalar walaupun kita telah berusaha memaksakan untuk menalarkannya.

Hal tersebut jelas menggambarkan bahwa kadang-kadang, nyeri itu dapat diselesaikan tanpa dengan medikasi sama sekali, berikut ini adalah faktor-faktor yang mungkin dapat menerangkan mengapa nyeri tidak mendapatkan medikasi sama sekali.:

(1) Faktor-faktor yang berhubungan dengan staf medis

Petugas kesehatan (dokter, perawat, dsb) seringkali cenderung berpikiran bahwa pasien seharusnya dapat menahan terlebih dahulu nyerinya selama yang mereka bisa, sebelum meminta obat atau penangannya, hal ini mungkin dapat dibenarkan ketika kita telah mengetahui dengan pasti bahwa nyeri itu adalah nyeri ringan, dan itupun harus kita evaluasi secara komprehensif, karena bisa saja nyeri itu menjadi nyeri sedang atau bahkan nyeri yang berat, apakah kondisi seperti ini dapat terus dibiarkan tanpa penanganan? Apakah ketakutan untuk terjadinya adiksi apabila mendapatkan analgetik dapat menyelesaikan masalah/

(2) Faktor-faktor yang berhubungan dengan pasien

Pasien adalah manusia yang mempunyai kemampuan adaptif, yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual

(3) Faktor-faktor yang berhubungan dengan system

Sebagian pasien di rumah sakit adalah pasien dengan asuransi, yang telah mempunyai standart tertentu di dalam paket pelayanan mereka, terkadang pasien membutuhkan obat yang tidak termasuk dalam paket yang telah ditentukan, sehingga ia harus mengeluarkan dana ekstra untuk itu, ceritanya menjadi lain ketika ia tidak mempunyai dana ekstra yang dibutuhkan.

b) Manajemen nyeri dengan pendekatan farmakologik

Ada tiga kelompok utama obat yang digunakan untuk menangani rasa nyeri;

- 1) Analgetika golongan non narkotika
- 2) Analgetika golongan narkotika
- 3) Adjuvan

c) Prosedur invasive

Prosedur invasif yang biasanya dilakukan adalah dengan memasukan opioid ke dalam ruang epidural atau subarakhnoid melalui intraspinal, cara ini dapat memberikan efek analgesik yang kuat tetapi dosisnya lebih sedikit. Prosedur invasif yang lain adalah blok saraf, stimulasi spinal, pembedahan (rhizotomy, cordotomy) teknik stimulasi, stimulasi columna dorsalis.

## 9. Diagnosa Keperawatan Nyeri yang Muncul

Menurut Nanda (2012), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien *post sectio caesaria* antara lain :

### a. Nyeri Akut

1) Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain) ; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.

2) Batasan Karakteristik :

- a) Perubahan selera makan
- b) Perubahan tekanan darah
- c) Perubahan frekuensi jantung
- d) Perubahan frekuensi pernapasan
- e) Laporan isyarat
- f) Diaforesis
- g) Perilaku distraksi (mis : berjalan mondar mandir, mencari orang lain dan/aktivitas lain/aktivitas berulang)

- h) Mengekspresikan perilaku (mis : gelisah, merengek, menangis, waspada, iritabilitas, mendesah)
  - i) Masker wajah (mis : mata kurang bercahaya, gerakan mata berpancar atau tetap pada satu fokus)
  - j) Perilaku berjaga-jaga/melindungi area nyeri
  - k) Fokus menyempit (mis : gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)
  - l) Indikasi nyeri yang dapat diamati
  - m) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
  - n) Sikap tubuh melindungi
  - o) Dilatasi pupil
  - p) Fokus pada diri sendiri
  - q) Gangguan tidur
  - r) Melaporkan nyeri secara verbal
- 3) Faktor yang berhubungan
- Agen cedera (mis : fisik, biologis, zat kimia, psikologi)
- a) kontrol nyeri
  - b) Mengenali faktor penyebab
  - c) Mengenali lamanya obat
  - d) Menggunakan metode pencegahan
  - e) Menggunakan metode pencegahan non analgetik sesuai kebutuhan

- f) Mencari bantuan tenaga kesehatan
  - g) Melaporkan gejala pada tenaga kesehatan
  - h) Menggunakan sumber-sumber yang tersedia
  - i) Mengenali gejala-gejala nyeri
  - j) Mencatat pengalaman tentang nyeri sebelumnya
  - k) Melaporkan nyeri yang sudah terkontrol
- 4) Keterangan penilaian NOC
- a) Tidak dilakukan sama sekali
  - b) Jarang dilakukan
  - c) Kadang dilakukan
  - d) Sering dilakukan
  - e) Selalu dilakukan
- 5) NIC\*
- a) *Pain management*
- (1) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
  - (2) Observasi reaksi non verbal dan ketidaknyaman
  - (3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
  - (4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
  - (5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau

- (6) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
- (7) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
- (8) Kurangi faktor presipitasi nyeri
- (9) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi, dan interpersonal)
- (10) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
- (11) Ajarkan tentang teknik non farmakologi
- (12) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- (13) Tingkatkan istirahat
- (14) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- (15) Monitor penerima pasien tentang manajemen nyeri

*b) Analgesic administration*

- (1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pembelian obat
- (2) Cek instruksi dokter tentang jenis obat
- (3) Cek riwayat alergi
- (4) Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dan analgesic ketika pemberian lebih dari satu
- (5) Tentukan analgesic pilihan, rute pemberian dan dosis optimal

- (6) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri
- (7) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali
- (8) Berikan analgesic tepat waktu terutama pada waktu nyeri hebat
- (9) Evaluasi aktivitas analgesic tanda dan gejala (efek samping)

b. Nyeri Kronis

- 1) Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul akibat kerusakan jaringan aktual dan potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain) ; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.

2) Batasan Karakteristik

- a) Gangguan kemampuan untuk meneruskan aktifitas sebelumnya
- b) Anoreksia
- c) Atrofi kelompok otot yang terserang

- d) Perubahan pola tidur
  - e) Isyarat laporan
  - f) Depresi
  - g) Masker wajah (mis : mata kurang bercahaya, tampak kacau, mata berpecah, atau tetap, meringis)
  - h) Letih
  - i) Takut terjadi cedera berulang
  - j) Perilaku melindungi/menjaga area nyeri
  - k) Iritabilitas
  - l) Perilaku protektif yang dapat diamati
  - m) Penurunan interaksi dengan orang lain
  - n) Gelisah
  - o) Berfokus pada diri sendiri
  - p) Respons yang diperantarai saraf simpatik (mis : suhu, dingin, perubahan posisi tubuh, hipersensitifitas)
  - q) Keluhan nyeri
- 3) Faktor yang berhubungan
- a) Ketunadayaan fisik kronis
  - b) Ketunadayaan psikososial kronis

