

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Sectio Caesaria

A. Pengertian

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009).

Sectio Caesaria ialah tindakan untuk melahirkan janin dengan berat badan diatas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang utuh (Gulardi & Wiknjosastro, 2006).

Sectio caesarea merupakan prosedur bedah untuk pelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus (Liu, 2007).

Sectio caesaria adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 2002).

B. Etiologi

Ketuban pecah dini atau ketuban pecah sebelum waktunya adalah keluarnya cairan dari jalan lahir/ vagina sebelum proses persalinan (Marmi, 2011). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten) (Nugroho, 2010).

Dari kedua pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa ketuban pecah dini merupakan kondisi keluarnya cairan ketuban pada fase laten atau <4 cm.

Sebab – sebab ketuban pecah dini dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Faktor umum :

- 1) Infeksi STD (*Sexually Transmitted Diseases*)
- 2) Faktor sosial : perokok, peminum, keadaan sosial ekonomi rendah.

b. Faktor Keturunan :

- 1) Kelainan genetik
- 2) Faktor rendahnya vitamin C dan ion Cu dalam serum.

c. Faktor Obstetrik, antara lain :

- 1) Overdistensi Uterus
- 2) Kehamilan kembar
- 3) Hidramnion

d. Faktor obstetrik:

- 1) Serviks inkompeten
- 2) Serviks konisasi/ menjadi pendek
- 3) Terdapat *sefalopelvik* disproporsi.
- 4) *Grandemultipara*
- 5) Tidak diketahui sebabnya

Dikemukakan bahwa kejadian ketuban pecah dini sekitar 5–8 %.

Lima persen diantaranya segera diikuti oleh persalinan dalam 5 – 6 jam, sekitar 95% diikuti oleh persalinan dalam 72 – 95 jam dan

selebihnya memerlukan tindakan konservatif atau aktif dengan menginduksi persalinan atau operatif.(Manuaba,2008).

Indikasi ibu dilakukan sectio caesarea adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor sectio caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio caesarea sebagai berikut:

a. CPD (Cephalo Pelvik Disproportion)

Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi

merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetric berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriokarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu.

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan. (Sarwono Prawirohardjo, 2002).

d. Bayi Kembar tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar.

Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

f. Kelainan Letak Janin

1) Kelainan pada letak kepala

a) Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

b) Presentasi muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.

c) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu,

biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

2) Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin, 2002).

g. Kelainan Letak lintang

Letak Lintang ialah jika letak anak di dalam rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh anak melintang terhadap paksi rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh anak tegak lurus pada paksi rahim dan menjadikan sudut 90°) jarang sekali terjadi. (Eni Nur Rahmawati, 2011)

Pada letak Lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu/ akromion. (Icesmi Sukarni, 2013)

C. Jenis- jenis

1. *Sectio cesaria transperitonealis profunda*

Sectio cesaria transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan pembedahan ini adalah:

- a) Pendarahan luka insisi tidak seberapa banyak.
- b) Bahaya peritonitis tidak besar.
- c) Perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2. *Sectio caesaria klasik atau section caesaria korporeal*

Pada section caesaria klasik ini di buat kepada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan, hanya di selenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan section caesaria transperitonealis profunda. Insisi memanjang pada segmen atas uterus.

3. *Sectio caesaria ekstra peritoneal*

Section caesaria ekstra peritoneal dahulu di lakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi di lakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat.

4. *Section caesaria hysterectomy*

Setelah sectio cesaria, dilakukan hysterectomy dengan indikasi:

- a) Atonia uteri
- b) Plasenta accrete
- c) Myoma uteri
- d) Infeksi intra uteri berat

D. Konsep Post Partum

Post partum adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas(Puerperium) yaitu masa sesudah persalinan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Post partum adalah masa 6 minggu setelah bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2010).

Partus dianggap spontan atau normal jika wanita berada pada masa aterm, tidak terjadi komplikasi, terdapat satu janin presentasi puncak kepala dan persalinan selesai dalam 24jam (Bobak, 2005).

(Menurut Eny Retna Ambarwati, 2009), Tahapan post partus dibagi menjadi tiga tahap yaitu :

1) *Purperium dini*

Purperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah di perbolehkan berdiri dan berjalan – jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh melakukan hubungan suami istri apabila setelah 40 hari.

2) *Purperium Intermedial*

Purperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genitalia yang lamanya 6 minggu

3) *Remote Purperium*

Remote purperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu, bulanan bahkan tahunan.

Pada masa post partum ibu banyak mengalami kejadian penting mulai dari perubahan fisik, masa laktasi maupun perubahan psikologis menghadapi keluarga baru dengan kehadiran buah hati yang sangat membutuhkan perhatian dan kasih sayang. Namun kelahiran bayi juga merupakan suatu masa kritis bagi kesehatan ibu, kemungkinan timbul masalah atau penyulit, yang bila tidak ditangani segera dengan efektif akan dapat membahayakan kesehatan atau mendatangkan kematian bagi ibu, sehingga post partum ini sangat penting untuk dipantau oleh bidan (Syarifudin & Friathidin, 2009).

Senam nifas dilakukan sejak hari pertama setiap hari sampai hari kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan memperkuat otot panggul dan membantu ibu untuk lebih rileks dan segar pasca melahirkan (Suherni, 2009).

Menurut pendekatan biososiokulturalnya dalam kajian antropologi ini, kehamilan dan kelahiran bukan hanya dilihat semata-mata dari aspek

biologis dan fisiologisnya saja. Lebih dari itu, fenomena ini juga harus dilihat sebagai suatu proses

yang mencakup pemahaman dan pengaturan hal-hal, seperti pandangan budaya

mengenai kehamilan dan kelahiran, persiapan kelahiran, para pelaku dalam pertolongan persalinan, wilayah tempat kelahiran berlangsung, cara-cara pencegahan

bahaya, penggunaan ramu-ramuan atau obat-obatan dalam proses kelahiran, cara-cara

menolong persalinan, dan pusat kekuatan dalam pengambilan keputusan mengenai

pertolongan serta peraeatan bayi dan ibunya (Swasono, 2011).

Perubahan psikologi pada ibu nifas

Menerima peran sebagai orang tua adalah suatu proses terjadi dalam 3 tahap yang meliputi:

1. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung hari 1-2 setelah melahirkan, pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.

2. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam perawatan bayi, ibu menjadi sangat sensitif dan mudah tersinggung.

3. Fase Letting Go

Fase untuk menerima tanggung jawab akan peran yang berlangsung 10 hari, setelah melahirkan, sudah beradaptasi dengan bayinya. (Fitramaya, 2008).



5. Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu maka disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur (Sarwono, 2008).

Menurut Manuaba (2008) Ketuban pecah dini atau premature rupture of the membranes (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi diatas 37 minggu kehamilan, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini (*premature rupture of the membrane*) ada bermacam-macam batasan teori atau definisi, yaitu:

- a) Ada teori yang menghitung beberapa jam sebelum inpartu yaitu pecahnya ketuban sebelum tanda-tanda persalinan dan ditunggu 1 jam sebelum dimulainya tanda persalinan (Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan, Manuaba)
- b) Ada yang mengatakan dalam ukuran pembukaan serviks pada kala I, misalnya pecahnya ketuban sebelum inpartu, yaitu apabila selaput ketuban pecah saat pembukaan pada primi kurang dari 3 cm daripada multi kurang dari 5 cm (Sinopsis Obsetri & Patologi)
- c) Ada yang mengatakan dari usia kehamilan, misalnya keluar cairan berupa air-air dari vagina setelah usia kehamilan berusia 22 minggu

dan sebelum proses persalinan berlangsung (Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal)

- d) Kejadian ketidaknormalan yang terjadi dimana robeknya selaput janin di dalam kandungan sebelum fase aktif (salah satu tandanya yaitu pembukaan belum melewati 4 cm) persalinan. KPD ini terjadi jika membran atau selaput janin robek sebelum tanda persalinan muncul (High Risk Pregnancy and Delivery, Fernando Aries).

Air ketuban berfungsi untuk memberi ruang kepada janin untuk bergerak sehingga tidak terjadi flaksiditas otot ekstremitas dan berkembangnya paru. Air ketuban penting untuk menghilangkan friksi kinetik yang terjadi pada persalinan akibat tidak bullet shape-nya janin. Pada kehamilan preterm pecahnya ketuban akan merangsang persalinan dan kelahiran (50% persalinan preterm dengan KPD akan berakhir dengan kelahiran).

B. Anatomi fisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat

akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Nurjannah Intansari,2010).

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu

motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Anonim,2010).

C. TANDA DAN GEJALA

1. Tanda dan Gejala Post Sc

Kejang parsial (fokal, lokal)

a. Kejang parsial sederhana :

Kesadaran tidak terganggu, dapat mencakup satu atau lebih hal berikut ini:

- 1) Tanda – tanda motoris, kedutan pada wajah, atau salah satu sisi tubuh; umumnya gerakan setipa kejang sama.
- 2) Tanda atau gejala otonomik: muntah, berkeringat, muka merah, dilatasi pupil.
- 3) Gejala somatosensoris atau sensoris khusus : mendengar musik, merasa seakan ajtuh dari udara, parestesia.
- 4) Gejala psikis : dejavu, rasa takut, visi panoramik.

b. Kejang parsial kompleks

- 1) Terdapat gangguankesadaran, walaupun pada awalnya sebagai kejang parsial simpleks
- 2) Dapat mencakup otomatisme atau gerakan otomatis : mengecap – ngecapkan bibir,mengunyah, gerakan menongkel yang berulang – ulang pada tangan dan gerakan tangan lainnya.
- 3) Dapat tanpa otomatisme : tatapan terpaku

Kejang umum (konvulsi atau non konvulsi)

c. Kejang absens

- 1) Gangguan kewaspadaan dan responsivitas
- 2) Ditandai dengan tatapan terpaku yang umumnya berlangsung kurang dari 15 detik
- 3) Awitan dan akhiran cepat, setelah itu kembali waspada dan konsentrasi penuh

d. Kejang mioklonik

- 1) Kedutan – kedutan involunter pada otot atau sekelompok otot yang terjadi secara mendadak
- 2) Sering terlihat pada orang sehat selama tidur tetapi bila patologik berupa kedutan kedutan sinkron dari bahu, leher, lengan atas dan kaki.
- 3) Umumnya berlangsung kurang dari 5 detik dan terjadi dalam kelompok
- 4) Kehilangan kesadaran hanya sesaat.

5. Kejang tonik klonik

- 1) Diawali dengan kehilangan kesadaran dan saat tonik, kaku umum pada otot ekstremitas, batang tubuh dan wajah yang berlangsung kurang dari 1 menit
- 2) Dapat disertai hilangnya kontrol usus dan kandung kemih
- 3) Saat tonik diikuti klonik pada ekstremitas atas dan bawah.
- 4) Letargi, konvulsi, dan tidur dalam fase postictal

6. Kejang atonik

- 1) Hilangnya tonus secara mendadak sehingga dapat menyebabkan kelopak mata turun, kepala menunduk, atau jatuh ke tanah.

- 2) Singkat dan terjadi tanpa peringatan.

i. Tanda Gejala Ketuban Pecah Dini

Kadang – kadang agak sulit atau meragukan kita apakah ketuban benar sudah pecah atau belum, apabila pembukaan kanalis servikalis belum ada atau kecil

- 1) Adanya cairan berisi mekonium, vorkik kaseosa, rambut lanugo atau bila terinfeksi berbau.
- 2) Adanya cairan ketuban dari vagina, jika tidak ada dapat dicoba dengan gerakkan sedikit bagian terendah janin atau meminta pasien batuk atau mengedan, cairan dapat keluar sedikit lebih banyak.
- 3) Cairan dapat keluar saat tidur, duduk atau saat aktifitas seperti berjalan atau berdiri
- 4) Kadang – kadang cairan berwarna putih, jernih atau hijau
- 5) Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi pasien demam.

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- 1) Elektroensefalogram (EEG)

Untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.

- 2) Pemindaian CT

Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.

- 3) Magneti resonance imaging (MRI)

Menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangan magnetik dan gelombang radio, berguna untuk memperlihatkan daerah – daerah otak yang itdak jelas terliht bila menggunakan pemindaian CT.

4) Pemindaian positron emission tomography (PET)

Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik atau aliran darah dalam otak.

5) Uji laboratorium

- a. Fungsi lumbal : menganalisis cairan serebrovaskuler
- b. Hitung darah lengkap : mengevaluasi trombosit dan hematokrit
- c. Panel elektrolit
- d. Skrining toksik dari serum dan urin
- e. AGD
- f. Kadar kalsium darah
- g. Kadar natrium darah
- h. Kadar magnesium darah

E. PENATALAKSANAAN

1. Perawatan awal
 - a. Letakan pasien dalam posisi pemulihan
 - b. Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
 - c. Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
 - d. Transfusi jika diperlukan
 - e. Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah

2. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- a. Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi
- b. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar
- c. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- d. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
- e. Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.

4. Fungsi gastrointestinal

- a. Jika tindakan tidak berat beri pasien diit cair
- b. Jika ada tanda infeksi , tunggu bising usus timbul
- c. Jika pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat
- d. Pemberian infus diteruskan sampai pasien bisa minum dengan baik

5. Perawatan fungsi kandung kemih

- a. Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah pembedahan atau sesudah semalam
 - b. Jika urin tidak jernih biarkan kateter terpasang sampai urin jernih
 - c. Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih biarkan kateter terpasang sampai minimum 7 hari atau urin jernih.
 - d. Jika sudah tidak memakai antibiotika berikan nitrofurantoin 100 mg per oral per hari sampai kateter dilepas
 - e. Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
6. Pembalutan dan perawatan luka
- a. Jika pada pembalut luka terjadi perdarahan atau keluar cairan tidak terlalu banyak jangan mengganti pembalut
 - b. Jika pembalut agak kendur , jangan ganti pembalut, tapi beri plester untuk mengencangkan
 - c. Ganti pembalut dengan cara steril
 - d. Luka harus dijaga agar tetap kering dan bersih
 - e. Jahitan fasia adalah utama dalam bedah abdomen, angkat jahitan kulit dilakukan pada hari kelima pasca SC
7. Jika masih terdapat perdarahan
- a. Lakukan masase uterus

- b. Beri oksitosin 10 unit dalam 500 ml cairan I.V. (garam fisiologik atau RL) 60 tetes/menit, ergometrin 0,2 mg I.M. dan prostaglandin
8. Jika terdapat tanda infeksi, berikan antibiotika kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam :
- a. Ampisilin 2 g I.V. setiap 6 jam
 - b. Ditambah gentamisin 5 mg/kg berat badan I.V. setiap 8 jam
 - c. Ditambah metronidazol 500 mg I.V. setiap 8 jam
9. Analgesik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan
- a. Pemberian analgesia sesudah bedah sangat penting
 - b. Supositoria = ketoprofen sup 2x/ 24 jam
 - c. Oral = tramadol tiap 6 jam atau paracetamol
 - d. Injeksi = penitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu
10. Obat-obatan lain
- a. Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit. C
11. Hal – Hal lain yang perlu diperhatikan
- a. Paska bedah penderita dirawat dan diobservasi kemungkinan komplikasi berupa perdarahan dan hematoma pada daerah operasi
 - b. Pasca operasi perlu dilakukan drainase untuk mencegah terjadinya hematoma.
 - c. Pasien dibaringkan dengan posisi semi fowler (berbaring dengan lutut ditekuk) agar dinding abdomen tidak tegang.

Dusahakan agar penderita tidak batuk atau menangis.

- d. Lakukan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi
- e. Dalam waktu 1 bulan jangan mengangkut barang yang berat.
- f. Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen
- g. Pengkajian difokuskan pada kelancaran saluran nafas, karena bila terjadi obstruksi kemungkinan terjadi gangguan ventilasi yang mungkin disebabkan karena pengaruh obat-obatan, anestetik, narkotik dan karena tekanan diafragma. Selain itu juga penting untuk mempertahankan sirkulasi dengan mewaspadaai terjadinya hipotensi dan aritmia kardiak. Oleh karena itu perlu memantau TTV setiap 10-15 menit dan kesadaran selama 2 jam dan 4 jam sekali.
- h. Keseimbangan cairan dan elektrolit, kenyamanan fisik berupa nyeri dan kenyamanan psikologis juga perlu dikaji sehingga perlu adanya orientasi dan bimbingan kegiatan post op seperti ambulasi dan nafas dalam untuk mempercepat hilangnya pengaruh anestesi.
- i. Perawatan pasca operasi, Jadwal pemeriksaan ulang tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas. Jadwal pengukuran jumlah produksi urin Berikan infus dengan jelas, singkat dan terinci bila dijumpai adanya penyimpangan
- j. Penatalaksanaan medis, Cairan IV sesuai indikasi. Anestesia; regional atau general Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan sectio caesaria. Tes laboratorium/diagnostik sesuai indikasi. Pemberian

oksitosin sesuai indikasi. Tanda vital per protokol ruangan pemulihan,
 Persiapan kulit pembedahan abdomen, Persetujuan ditandatangani.

A. RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan dan Kolaborasi	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x8 jam klien menunjukkan respon <i>breast feeding</i> adekuat dengan indikator: klien mengungkapkan puas dengan kebutuhan untuk menyusui klien mampu mendemonstrasikan perawatan payudara	<p>Health Education:</p> <p>Berikan informasi mengenai :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fisiologi menyusui ○ Keuntungan menyusui ○ Perawatan payudara ○ Kebutuhan diit khusus ○ Faktor-faktor yang menghambat proses menyusui <p>Demonstrasikan <i>breast care</i> dan pantau kemampuan klien untuk melakukan secara teratur</p> <p>Ajarkan cara mengeluarkan ASI dengan benar, cara menyimpan, cara transportasi sehingga bisa diterima oleh bayi</p>

			<p>Berikan dukungan dan semangat pada ibu untuk melaksanakan pemberian Asi eksklusif</p> <p>Berikan penjelasan tentang tanda dan gejala bendungan payudara, infeksi payudara</p> <p>Anjurkan keluarga untuk memfasilitasi dan mendukung klien dalam pemberian ASI</p> <p>Diskusikan tentang sumber-sumber yang dapat memberikan informasi/memberikan pelayanan KIA</p>
2.	Nyeri akut b.d agen injuri fisik (luka insisi operasi)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan indikator:</p> <p>in Level,</p> <p>in control,</p> <p>Mampu mengontrol nyeri</p>	<p>Pain Management</p> <p>Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri</p>

		<p>(tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>pasien</p> <p>Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</p> <p>Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>Ajarkan tentang tehnik non farmakologi</p>
--	--	--	---

			<p>Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>Tingkatkan istirahat</p> <p>Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>Analgesic Administration</p> <p>Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>Cek riwayat alergi</p> <p>Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>Tentukan analgesik pilihan, rute</p>
--	--	--	---

			<p>pemberian, dan dosis optimal</p> <p>Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)</p>
3.	<p>Kurang pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post operasi b/d kurangnya sumber informasi</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan pengetahuan klien meningkat dengan indicator:</p> <p>Kowlwdge : disease process</p> <p>Kowledge : health</p>	<p>Teaching : Disease Process</p> <p>Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</p> <p>Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</p> <p>Gambarkan tanda dan gejala yang biasa</p>

		<p>Behavior</p> <p>Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</p> <p>Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</p> <p>Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.</p>	<p>muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</p> <p>Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</p> <p>Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat</p> <p>Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</p> <p>Hindari jaminan yang kosong</p> <p>Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</p> <p>Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</p> <p>Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</p> <p>Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</p>
--	--	--	--

			<p>Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat</p> <p>Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat</p> <p>Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat</p>
4.	<p>Defisit perawatan diri</p> <p>b.d. Kelelahan.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam ADLs klien meningkat* dengan indicator:</p> <p>Self care : Activity of Daily Living (ADLs)</p> <p>Klien terbebas dari bau badan</p> <p>Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLS</p>	<p>Self Care assistane : ADLS</p> <p>Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</p> <p>Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</p> <p>Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</p> <p>Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</p> <p>Dorong untuk melakukan secara mandiri,</p>

		<p>Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</p>	<p>tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.</p> <p>Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</p> <p>Berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan.</p> <p>Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.</p>
5.	<p>Risiko infeksi b.d tindakan invasif, paparan lingkungan patogen</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan resiko infeksi terkontrol dengan indicator:</p> <p>Immune Status</p> <p>Knowledge : Infection control</p> <p>Risk control</p> <p>Klien bebas dari tanda dan</p>	<p>Infection Control (Kontrol infeksi)</p> <p>Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</p> <p>Pertahankan teknik isolasi</p> <p>Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</p> <p>Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci</p>

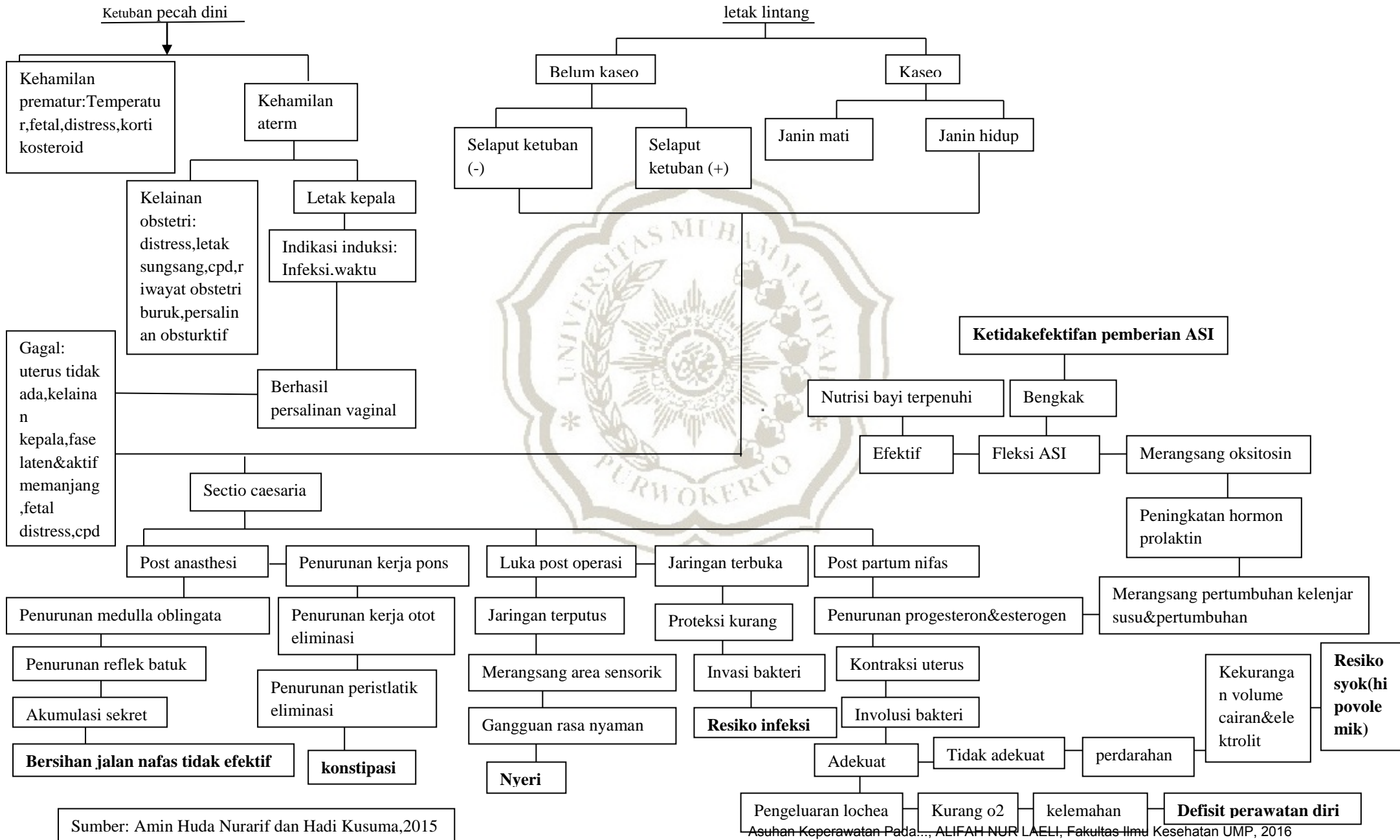
		<p>gejala infeksi</p> <p>Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya,</p> <p>Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>tangan</p> <p>Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</p> <p>Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</p> <p>Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p> <p>Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</p> <p>Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>Berikan terapi antibiotik bila perlu</p> <p>Infection Protection (Proteksi Terhadap Infeksi)</p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>Monitor hitung granulosit, WBC</p>
--	--	--	---

			<p>Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>Batasi pengunjung</p> <p>Saring pengunjung terhadap penyakit menular</p> <p>Pertahankan teknik assepsis pada pasien yang beresiko</p> <p>Pertahankan teknik isolasi k/p</p> <p>Berikan perawatan kulit pada area epidema</p> <p>Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</p> <p>Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</p> <p>Dorong masukkan nutrisi yang cukup</p> <p>Dorong masukan cairan</p> <p>Dorong istirahat</p> <p>Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</p> <p>Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan</p>
--	--	--	--

			<p>gejala infeksi</p> <p>Ajarkan cara menghindari infeksi</p> <p>Laporkan kecurigaan infeksi</p> <p>Laporkan kultur positif</p>
--	--	--	---



PHATWAY SC INDIKASI KPD DAN LETAK LINTANG



Sumber: Amin Huda Nurarif dan Hadi Kusuma, 2015

