

# BAB I

## KONSEP DASAR

### A. Pengertian

*Sectio caesaria* adalah kelahiran janin melalui insisi pada dinding perut dan rahim anterior (Hacker, 2001 : 338).

*Sectio caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan/pada dinding uterus melalui dinding uterus atau *sectio caesaria* adalah suatu histerictomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 1998 : 177).

*Pre eklampsi* adalah suatu penyakit kehamilan yang disebabkan kehamilan itu sendiri, *pre eklampsia* yang telah lanjut atau *pre eklampsia* berat menunjukkan gejala trias yaitu hipertensi, oedema dan *proteinuria* (Taber, 1994 : 236).

Masa nifas atau *post partum* adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai dengan pulihnya alat-alat reproduksi sampai keadaan sebelum hamil, berlangsung 6-8 minggu (Mochtar, 1998 : 115).

Berdasarkan pengertian diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *post sectio caesaria* dengan indikasi *pre eklampsia* adalah masa pulihnya alat-alat reproduksi setelah kelahiran janin melalui *insisi* dinding abdomen dan uterus disebabkan kehamilan itu sendiri dengan gejala trias yaitu hipertensi, *oedema* dan *proteinuria*.

## B. Etiologi

Indikasi dilakukan *sectio caesaria* pada ibu adalah *disproporsi cepalo pelvik*, *placenta previa*, tumor jalan lahir, *hidromnion*, kehamilan *gemeli*, sedangkan pada janin adalah janin besar, mal presentasi, letak lintang, *Hydrocephalus* (Oxorn, 1996 : 634). Penyebab dari *pre eklampsi* sampai sekarang belum diketahui, faktor predisposisinya menurut Taber (1994:239) meliputi :

1. *Nulipara* umur belasan tahun.
2. Pasien kurang mampu, dengan pemeriksasan *antenatal* yang buruk terutama dengan *diit* kurang protein.
3. Mempunyai riwayat *pre eklampsia* atau *eklampsia* dalam keluarganya.
4. Mempunyai penyakit *vaskuler* hipertensi sebelumnya.

## C. Manifestasi Klinis

Manisfestasi klinis *eklampsia* dan *pre eklampsia* menurut Hacker (2001) adalah :

1. *Pre eklampsia* ringan

Tekanan darah 140/90 mmHg sampai 160/110 mmHg atau sistolik lebih dari atau sama dengan peningkatan 30 mmHg, distolik lebih dari atau sama dengan peningkatan 15 mmHg, *proteinuria* kurang dari 5 gram/24 jam (+1 sampai +2), *oedema* tangan atau muka

2. *pre eklampsia* berat

Tekanan darah kurang dari 160/110 mmHg, *proteinuria* lebih dari 5 gram/24 jam (+3 sampai +4) *oedema* tangan dan muka.

3. *Ekslampsia*

Salah satu gejala diatas disertai kejang.

#### D. Tipe-tipe Sectio Caesaria

Tipe-tipe *sectio caesaria* menurut Oxrn (1996 : 640-644), adalah :

1. Tipe-tipe segmen bawah : *Insisi* melintang

*Insisi* melintang segmen bawah uterus merupakan prosedur pilihan abdomen dibuka dan disingkapkan, lipatan vesika uterina peritoneum yang terlalu dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus disayat melintang dilepaskan dari segmen bawah serta ditarik atas tidak menutupi lapangan pandangan.

2. Tipe segmen bawah : *Insisi* membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang. *Insisi* membujur dibuat dengan skapal dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3. *Sectio caesaria* klasik

*Insisi* longitudinal di garis tengah dibuat dengan skapal ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul.

#### 4. *Sectio caesaria* ekstraperitoneal

Pembedahan ekstraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya *histerectomi* pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas.

### E. Komplikasi

#### 1. Komplikasi *sectio caesaria* adalah :

##### a Infeksi *puerpeural* (nifas)

- 1) Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
- 2) Sedang, dengan kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi, perut sedikit kembung.
- 3) Berat, dengan *peritonitis* dan *sepsis*, hal ini sering dijumpai pada *partus* terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi *intrapartal* karena ketuban yang telah pecah terlalu lama, penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang ada dan tepat.

##### b Pendarahan, disebabkan karena :

- 1) Banyak pembuluh darah terputus dan terbuka.
- 2) *Atonia uteri*
- 3) Pendarahan pada *placenta bed*

##### c Luka kandung kemih

##### d Kemungkinan *ruptura uteri spontanea* pada kehamilan mendatang.

(Mochtar, 1998: 121)

2. komplikasi yang timbul pada pre *eklampsia* berat

Menurut TaberMaternal : *solusio* plasenta, gagal ginjal, *oedema* paru, pendarahan otak, *eklampsia*. Janin : *prematunitas*, *insufisiensi utero plasenta*, retardasi pertumbuhan *intra uterin*, kematian janin *intra uterin*.

(Taber, 1994 : 239)

**F. Pemeriksaan Penunjang (Taber,1994)**

1. *Pre eklampsia*

a Tes kimia darah : *ureum, kreatinin*, asam urat, menilai fungsi ginjal.

b Tes fungsi hati : *bilirubin*, SGOT.

c Urinalisis : *proteinuria* merupakan kalainan yang khas pada pasien dengan pre *eklampsia*, jika contoh 3+ atau 4+ urin 24 jam mengandung 5 gr protein atau lebih pre *eklampsia* dinyatakan berat.

2. *Sectio caesaria*

a *Hemoglobin*

b *Hematrokit*

c *Leukosit*

d Golongan darah

(Arief Mansjoer, 1999 : 270)

## **G. Adaptasi Fisiologi dan Psikologi Post Partum**

### 1. Adaptasi fisiologis (Hamilton, 1995 : 64-68)

#### a Tanda-tanda vital

Suhu 24 jam pertama meningkat  $< 38^{\circ}\text{C}$  akibat adanya dehidrasi dan perubahan hormonal, relaksasi otot, normal kembali dalam 24 jam pertama, bila kenaikan suhu lebih dari 2 hari maka pasien menunjukkan adanya *sepsis peripueral* infeksi *traktus urinarius*, *endometriasis*, *mastitis* pembengkakan payudara pada hari kedua ketiga dapat menyebabkan peningkatan suhu pasien.

#### b Sistem kardiovaskuler

Dapat terjadi *bradikardi setelah* persalinan, *takhikardi* bisa terjadi merefleksikan atau menunjukkan adanya kesulitan dalam proses persalinan atau persalinan lama, pendarahan yang berlebih (*hemoragie post partum*).

#### c Tekanan darah

Tekanan darah normal setelah melahirkan, penambahan sistolik 30 mmHg atau penambahan diastolik 15 mmHg khususnya bila disertai adanya sakit kepala atau gangguan penglihatan menunjukkan *pre eklampsia*.

d *Laktasi*

Produk ASI mulai hari ke 4 *post partum*, pembesaran payudara, puting susu menonjol, *kolostrum* berwarna kuning keputihan, areola mammae berwarna hitam dan kembali normal setelah minggu pertama.

e *Sistem gastrointestinal*

Pengendalian fungsi defekasi lambat dalam minggu pertama, peristaltik usus terjadi penurunan segera setelah bayi lahir.

f *Sistem muskulo skeletal*

Terjadi peregangan dan penekanan otot, *oedema* ekstremitas bawah akan berkurang dalam minggu pertama.

g *Sistem perkemihan*

Kandung kemih *oedema* dan sensitifitas menurun sehingga menimbulkan *overdistension*.

h *Sistem reproduksi*

Terjadi proses *involutio uteri* dimana terjadi perubahan penebalan alat genitalia interna dan eksterna yang berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil (Wiknjosastro,2000 :273).

Macam-macam *lochea* atau *nifas* adalah:

- 1) *Lochea rubra* : berwarna merah pada hari pertama sampai hari kedua paska persalinan.
- 2) *Lochea sanguinolenta* : berwarna merah kecoklatan pada hari ketujuh paska persalinan.

3) *Lochea serosa* : berwarna merah kekuningan pada hari ketujuh sampai hari keempat belas paska persalinan.

4) *Lochea alba* : berwarna putih setelah dua minggu paska persalinan.

i Sistem *endokrin*

Mengalami perubahan secara tiba-tiba dalam kala IV persalinan. Setelah *plasenta* lahir terjadi penurunan *estrogen* dan *progesteron*. *Prolaktin* menurun pada wanita yang tidak menetekinya dan akan meningkat pada wanita yang menetekinya. Menstruasi biasanya setelah 12 minggu *post partum* pada ibu yang tidak menyusui dan 36 minggu pada ibu yang menyusui.

2. Adaptasi psikologis *post partum* (Hamilton, 1995 :59)

a *fase taking in*

Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan. Ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan, memfokuskan energi pada bayi yang menyebabkan persepsi penyempitan dan kemampuan menerima informasi kurang.

b *Fase taking hold*

Fokus perhatian lebih luas pada bayinya, mandiri dan inisiatif dalam perawatan bayinya. Dimulai pada hari ketiga dan berhasil pada hari keempat atau kelima.

c *Fase letting go*

Dimulai sekitar minggu kelima setelah melahirkan. Anggota keluarga telah menyesuaikan diri dengan lahirnya bayi.

## H. Proses Penyembuhan Luka

Menurut Robbins dan Kumar (1995 : 55-56) proses penyembuhan luka meliputi :

1. Hari pertama pasca bedah

Setelah lahir disambung dan dijahit, garis *insisi* segera terisi bekuan darah. Permukaan bekuan darah ini mengering menimbulkan suatu kerak yang menutupi luka.

2. Hari kedua pasca bedah

Timbul dua aktivitas yang berbeda yaitu *reepitelisasi* permukaan dan pembentukan jembatan yang terdiri dari jaringan *fibrosa* yang menghubungkan ke dua tepi celah sub *epitalis*.

Jalur-jalur tipis sel menonjol, di bawah permukaan kerak dari tepi epitel menuju ke arah sentral. Dalam waktu 48 jam tonjolan ini berhubungan satu sama lain, dengan demikian luka telah tertutup oleh *epitel*.

3. Hari ketiga pasca bedah

Respon radang akut mulai berkurang dan *neutrofil* sebagian besar diganti oleh *makrofag* yang membersihkan tepi luka dari sel-sel yang rusak dan juga pecahan fibrin.

4. Hari kelima pasca bedah

Celah *insisi* biasanya terdiri dari jaringan *granulosa* yang kaya akan pembuluh darah dan longgar. Dapat dijumpai serabut-serabut *kolagen* disekitarnya.

5. Akhir minggu pertama

Luka telah tertutup dan *epidermis* dengan ketebalan yang kurang dari normal.

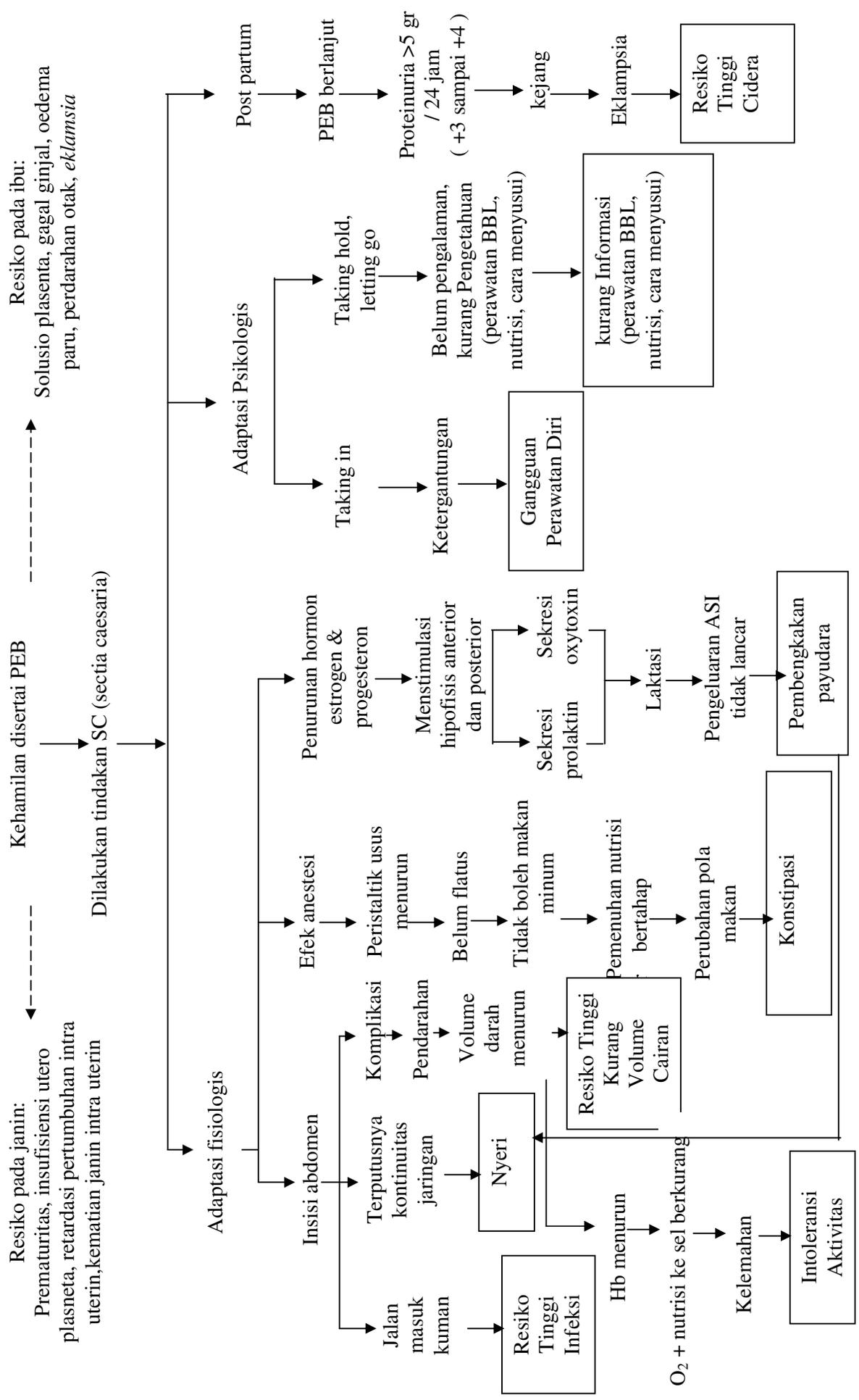
6. Selama minggu kedua

Kerangka *fibrin* sudah lenyap dari jaringan perut masih tetap berwarna merah cerah sebagai akibat peningkatan *vaskularisasi*, reaksi radang hampir hilang seluruhnya.

7. Akhir minggu kedua

Struktur jaringan perut telah mantap dan terjadi suatu proses yang panjang (menghasilkan warna jaringan perut yang lebih muda sebagai akibat tekanan pada pembuluh darah, timbunan *kolagen* dan peningkatan secara mantap dari rentang luka) sedang berjalan

# I. Pathway



## **J. Fokus Intervensi**

1. Nyeri berhubungan dengan *inkontinuitas* jaringan(Doenges, 2000:388)

Tujuan : nyeri berkurang

Kriteria hasil : mengungkapkan hilangnya nyeri setelah dilakukan tindakan, dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri berkurang.

Intervensi :

- a Tentukan karakteristik dan lokasi nyeri
- b Beri informasi mengenai penyebab nyeri
- c Kaji suhu dan nadi
- d Ajarkan teknik relaksasi
- e Kolaborasi pemberian analgetik

2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan luka *insisi* pembedahan (Tucker, 1999)

tujuan : tidak terjadi infeksi

kriteria hasil : individu akan mendemonstrasikan tentang pengetahuan tentang faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan potensial terhadap infeksi dan akan melaksanakan tindakan pencegahan yang sesuai untuk mencegah infeksi.

Intervensi :

- a Kaji peningkatan suhu, nadi, respirasi sebagai tanda infeksi.
- b Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

- c Observasi *insisi* terhadap tanda infeksi : kemerahan, nyeri tekan, bengkak pada sisi *insisi*, peningkatan suhu.
  - d Ganti pembalut luka kebijakan rumah sakit.
  - e Kaji fundus uteri dan pengeluaran *lochea*.
  - f Kolaborasi dalam pemberian antibiotik.
3. Resiko kurang volume cairan berhubungan dengan pendarahan *pasca partum* (Tucker, 1999)

Tujuan : tidak terjadi kekurangan volume cairan

Kriteria hasil :

- a Individu akan mempertahankan masukan cairan dan elektrolit.
- b Mengidentifikasi cairan yang abnormal dan mengganti cairan sesuai dengan kebutuhan.
- c Mempertahankan berat jenis urine dalam batas normal.

Intervensi :

- a. Beritahu pasien tentang jumlah *lochea* yang normal.
  - b. Intruksikan untuk menghubungi dokter bila pengeluaran *lochea* berlebih.
  - c. Pertahankan cairan *parenteral* sesuai instruksi.
  - d. Ukur intake dan output cairan.
4. Kurang pengetahuan tentang perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang informasi (Doenges, 2000)

Tujuan : pasien dapat mendemonstrasikan dan mengungkapkan pemahaman diri *post partum*.

Kriteria hasil :

- a. Pasien memahami cara-cara perawatan diri dan bayi.
- b. Pasien mampu mendemonstrasikan.

Intervensi :

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien.
- b. Beri informasi tentang perawatan diri dan bayi.
- c. Beri pendidikan kesehatan.
- d. Dorong pasien untuk melakukan sendiri
- e. Libatkan keluarga ketika memberi pendidikan kesehatan

5. *Konstipasi* berhubungan dengan penurunan otot abdomen, penurunan peristaltik usus (Doenges, 2000)

Tujuan: pola eliminasi kembali normal

Kriteria hasil: pasien bisa BAB dengan konsistensi lembek

Intervensi:

- a. Anjurkan klien untuk tidak menahan BAB.
- b. Berikan cairan peroral 6-8 gelas perhari.
- c. Observasi penyebab gangguan eliminasi BAB.
- d. Ajarkan untuk ambulasi dini sesuai toleransi.
- e. Kolaborasi pemberian obat pencahar.
- f. Kolaborasi pemberian diit tinggi serat.

6. *Intoleransi* aktivitas berhubungan dengan kelamahan fisik (Doenges, 2000)

Tujuan: Aktifitas pasien meningkat sesuai dengan toleransi

Kriteria hasil:

- a. Individu akan mengidentifikasi faktor-faktor yang memperberat *intoleransi* aktivitas
- b. Mengidentifikasi metode untuk mengurangi *intoleransi* aktivitas
- c. Mengalami kemajuan aktivitas
- d. Mempertahankan tekanan darah, nadi, dan pernapasan dalam rentang yang telah ditentukan sebelumnya selama sakit.

Intervensi:

- a. Evaluasi respon klien terhadap aktivitas.
  - b. Ajarkan teknik mobilisasi dini sesuai indikasi.
  - c. Bantu klien dalam melakukan aktivitas.
  - d. Motivasi klien dalam mengikuti latihan ambulasi
  - e. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam latihan ambulansi.
7. Kurang perawatan diri berhubungan dengan ketergantungan, kehilangan mobilitas (Doenges, 2000)

Tujuan: Gangguan perawatan diri tidak terjadi

Kriteria hasil:

- a. Menunjukkan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan pribadi.

- b. Mendemonstrasikan perubahan tehnik atau gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan diri.

Intervensi:

- a. Kaji faktor penyebab atau yang berperan.
  - b. Tentukan kemampuan saat ini (skala 0-4) dan hambatan untuk partisipasi dalam perawatan.
  - c. Ikut sertakan pasien dalam formulasi rencana perawatan pada tingkat kemampuan.
  - d. Dorong perawatan diri, bekerja dengan kemampuan yang sekarang jangan menekan pasien di luar kemampuan.
  - e. Sediakan waktu adekuat bagi pasien untuk melengkap tugas, miliki harapan untuk peningkatan dan bantu sesuai kebutuhan.
8. Perubahan pola nutrisi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus (Doenges, 2001)

Tujuan: Kebutuhan nutrisi terpenuhi

Intervensi:

- a. Pantau masukan makanan setiap hari.
- b. Ukur berat badan setiap hari.
- c. Dorong pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein.
- d. Beri makan dalam porsi kecil tapi sering.
- e. Kolaborasi dalam pemberian diit.

9. Cemas berhubungan dengan tindakan *redressing*, perawatan yang lama krisis situasi (Doenges, 2000)

Tujuan: cemas tidak terjadi

Kriteria Hasil:

- a. Menunjukkan relaksasi dan melaporkan berkurangnya cemas
- b. Menunjukkan pemecahan masalah dan menggunakan sumber-sumber secara efektif

Intervensi:

- a. Kaji tingkat kecemasan.
- b. Beri informasi yang benar.
- c. Jelaskan tujuan dilakukan tindakan *redresing*.
- d. Ciptakan lingkungan yang nyaman.
- e. Dorong klien mengekspresikan perasaannya.

10. Resiko tinggi cedera berhubungan dengan kejang. (Doenges, 2000)

Tujuan: Tidak terjadi cedera

Kriteria hasil: mendemonstrasikan tidak ada cedera dengan komplikasi minimal atau terkontrol

Intervensi:

- a. Monitor tanda-tanda vital.
- b. Observasi adanya kejang.
- c. Pertahankan penghlaang tempat tidur terpasang.
- d. Pantau kadar kalsium darah.