

BAB 2

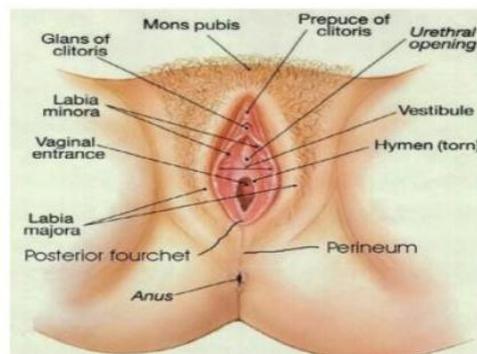
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi

Menurut Sukarni dan Wahyu (2013) mengatakan bahwa sistem reproduksi wanita dibagi menjadi 2, yaitu :

2.1.1.1 Genetalia Eksterna



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi eksterna
Sumber: (Sukarni dan Wahyu, 2013)

a. Vulva

Tampak dari luar (mulai dari mons pubis sampai tepi perineum), terdiri dari mons pubis, labia mayora, labia minora, clitoris, hymen, vestibulum, orificium urethae externum, kelenjar-kelenjar pada dinding vagina.

b. Monspubis/monsveneris

Lapisan lemak dibagian anterior symphysis os pubis. Pada masa pubertas daerah ini mulai ditumbuhi rambut pubis.

c. Labia Mayora

Lapisan lemak lanjutan mons pubis kearah bawah belakang, banyak mengandung plekus vena. Homolog embriologik dengan skrotum pada pria. Ligamentum rotundum uteri berakhir pada atas labia mayora.

Dibagian bawah perineum, labia mayora menyatu (pada commisura posterior).

d. Labia minora

Lapisan jaringan tipis dibalik labia mayora, tidak mempunyai folikel rambut. Banyak terdapat pembuluh darah, otot polos dan ujung serabut saraf.

e. Clitoris

Terdiri dari caput/glans clitoris yang terletak dibagian superior vulva, dan corpus clitoridis yang tertanam didalam dinding anterior vagina. Homolog embriologi dengan penis pada pria. Terdapat juga reseptor androgen pada clitoris. Banyak pembuluh darah dan ujung serabut saraf, sangat sensitive.

f. Vestibulum

Daerah dengan batas atas clitoris, batas bawah fourchet, batas lateral labia minora. Berasal dari sinus urogenital. Terdapat 6 lubang orificium, yaitu orificium urethae externum, intoritus vagine, ductus glandulae bartholinii kanan-kiri, dan duktus skene kanan-kiri. Antara fourchet dan vagina terdapat fossa hymen yang abnormal, misalnya primer tidak berlubang (hymen imperforate) menutup total lubang vagina, dapat menyebabkan darah menstruasi terkumpul dirongga genitalia interna.

g. Vagina

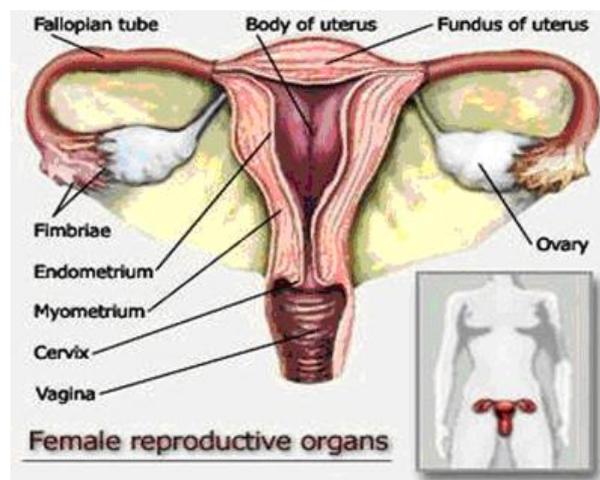
Rongga muskulomembranosa berbentuk tabung mulai dari tepi cervix uteri dibagian cranial dan dorsal sampai ke vulva dibagian kaudal ventral. Daerah disekitar cervix disebut fornix,, dan dibagi dalam 4 kuadran : fomix anterior, fomix posterior, dan fomix lateral kanan dan kiri. Vagina memiliki dinding ventral dan dinding dorsal yang elastic. Dilapisi epitel skuamosa berlapis,

berubah mengikuti siklus haid. Fungsi vagina : untuk mengeluarkan eksresi uterus pada haid, untuk jalan lahir dan untuk kopulasi (persetubuhan). Bagian atas vagina terbentuk dari duktus Mulleri, bawah urogenitalis. Batas dalam secara klinis yaitu fomicer anterior, posterior, dan lateralis disekitar servix uteri.

h. Perineum

Daerah antara tepi bawah vulva dengan bawah tepi bawah anus. Batas otot-otot diafragma pelvis dan diafragma urogenitalis. Perineum meregang pada persalinan, kadang perlu dipotong (episiotomy) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah rupture.

2.1.1.2 Genitalia Interna



Gambar 2.2 Anatomi fisiologi Interna
Sumber: (Sukarni dan Wahyu, 2013)

a. Uterus

Suatu organ musculo caesareular berbentuk seperti buah pir. Dilapisi peritonium (serosa). Selama kehamilan berfungsi sebagai implantasi, retensi dan nutrisi konseptus. Pada saat persalinan dengan adanya kontraksi dinding uterus dan pembukaan serviks uteri,

isi konsepsi dikeluarkan. Terdiri dari corpus, fundus, cornu, isthmus dan serviks uteri. Dinding rahim terdiri dari 3 lapisan yaitu:

- 1) Lapisan serosa (lapisan perimetrium) adalah lapisan terluar yang berfungsi sebagai pelindung uterus.
- 2) Lapisan otot (lapisan miometrium) adalah lapisan tengah yang kaya akan sel otot dan berfungsi untuk kontraksi dan relaksasi uterus dengan melebar dan kembali ke bentuk semula setiap bulannya.
- 3) Lapisan mukosa (endometrium) adalah lapisan terdalam yang kaya akan sel darah merah. Bila tidak terjadi pembuahan maka dinding endometrium inilah yang akan meluruh bersamaan dengan sel ovum matang.

Fungsi utama uterus:

- 1) Setiap bulan berfungsi dalam pengeluaran darah haid dengan adanya perubahan dan pelepasan dari endometrium.
- 2) Tempat janin tumbuh dan berkembang.
- 3) Tempat melekatnya plasenta.
- 4) Pada kehamilan, persalinan dan nifas mengadakan kontraksi untuk memperlancar persalinan dan kembalinya uterus pada saat involusi.

b. Serviks Uteri (mulut rahim)

Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis (berbatasan/menembus dinding dalam vagina) dan pars supravaginalis. Terdiri dari 3 komponen utama: otot polos, jalinan jaringan ikat (kolagen dan glikosamin) dan elastin.

Bagian luar didalam rongga vagina yaitu portio cervicis uteri (dinding) dengan lubang ostium uteri eksternum

(luar, arah vagina) dilapisi epitel skuamokolumnar mukosa serviks, dan ostium uteri inernu (dalam, arah cavum) sebelum melahirkan (nullipara/primigravida) lubang ostium externum bulat kecil, setelah/ riwayat melahirkan (primipara/multigravida) berbentuk garis melintang. Posisi serviks mengarah kekaudal posterior, setinggi spina inchiadica. Kelenjar mukosa serviks menghasilkan lendir getah serviks yang mengandung gliko protein kaya karbohidrat (musin) dan larutan berbagai garam, eptida dan air. Ketebalan mukosa dan viskositas lendir serviks dipengaruhi siklus haid.

c. Corpus uteri (batang/badan rahim)

Terdiri dari: paling luar lapisan serosa/ peritonium yang melekat pada ligamentum letum uteri diintra abdomen, tengah lapisan musectio caesareaular/ miometrium berupa otot polos tiga lapis (dari luar kedalam arah serabut otot longitudinal, anyaman dan sirkular), serta dalam lapisan endometrium yang melapisi cavum dinding uteri, menebal dan runtuh sesuai siklus haid akibat pengaruh hormon-hormon ovarium. Posisi corpus intra abdomen mendatar dengan fleksi, fundus uteri berada diatas vesika urinaria.

d. Ligamenta Penyangga

Uterus Ligamentum latum uteri, ligamentum rotundum uteri, ligametum cardinal, ligamentum ovarii, ligamentum sacrouteria propium, ligamentum infudibulopelvicum, ligamentum vesicouteria, ligamentum rectouterina.

e. Vaskularisasi Uterus

Terutama dari arteri uterina cabang arteri hypogastrica/ illiaca interna, serta arteri ovarica cabang aorta abdominalis.

f. Salping/Tuba Falopii

Embriologik uterus dan tuba berasal dari ductus Mulleri. Sepasang tuba kiri-kanan, panjang 8-14 cm, berfungsi sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai cavum uteri.

Dinding tuba terdiri dari lapisan: serosa, musculo caesareaular (longitudinal dan sirkular) serta mukosa dengan epitel bersilia. Terdiri dari pars interstitias, pars isthmica, pars ampularis, serta pars infundibulum dengan fimbria, dengan karakteristik silia dan ketebalan dinding yang berbeda-beda pada setiap bagiannya.

1) Pars isthmica (proksimal/ isthmus)

Merupakan bagian dengan lumen tersempit, terdapat stingter uterotuba pengendali transfer gamet.

2) Pars ampularis (medial/ampula)

Tempat yang sering terjadi fertilitasi adalah daerah ampula/infundibulum, dan pada hamil ektopik (patologik) sering juga terjadi implantasi di dinding tuba bagian ini.

3) Pars infundibulum (distal)

Dilengkapi dengan fimbriae serta ostium tubae abdominale pada ujungnya, melekat dengan permukaan ovarium. Fimbriae berfungsi “menangkap” ovum yang keluar saat ovulasi dari permukaan ovarium, dan membawanya kedalam tuba.

4) Mesosalping

Jaringan ikat penyangga tuba (seperti halnya mesenterium pada usus)

g. Ovarium

Organ endokrin berbentuk oval, terletak didalam rongga peritonium, sepasang kiri-kanan. Dilapisi mesovarium, sebagai jaringan ikat dan jalan pembuluh darah dan saraf. Terdiri dari korteks dan medula. Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum (dari sel epitel germinal promordial dilapisan terluar epitel ovarium dikorteks), ovulasi (pengeluaran ovum), sintesis dan sekresi hormon-hormon steroid (estrogen oleh teka interna folikel, progesterone oleh korpus luteum pascetio caesareaa ovulasi). Berhubungan pars infudibulum tuba falopii melalui pelekatan fimbriae. Fimbriae “menangkap” ovum yang dilepaskan pada saat ovulasi. Ovarium terfiksasi oleh ligamentum ovarii proprium, ligamentum infudibulopelvicum dan jaringan ikat mesovarium. Vaskularisasi dari cabang aorta abdominalis inferior terhadap arteri renalis.

2.1.2 Definisi Letak Lintang

Menurut Rukiyah (2010) mengatakan bahwa letak lintang adalah sumbu memanjang janin menyilang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus mendekati 90° . Jika sudut yang dibentuk kedua sumbu ini tajam disebut *oblique lie*, terdiri dari *deviated head presentation* (letak belakang mengolak) dan *deviated breech presentation* (letak bokong mengolak). Presentasi paling rendah adalah bahu.

Menurut Sukarni dan Wahyu (2013) mengatakan bahwa letak lintang adalah keadaan sumbu memanjang janin kira-kira tegak lurus dengan sumbu memanjang tubuh ibu. Bila sumbu memanjang membentuk sudut lancip, disebut letak lintang oblik, yang biasanya sementara

karena kemudian akan berubah menjadi posisi longitudinal pada persalinan. Pada letak lintang, bahu berada diatas pintu atas panggul.

Menurut Maryunani (2016) mengatakan bahwa letak lintang terjadi bila sumbu janin membentuk sudut tegak lurus dengan sumbu memanjang ibu.

Jadi letak lintang adalah keadaan yang sumbu janinnya membentuk sudut tegak lurus dengan sumbu panjang ibu dan letak bahu berada pada pintu atas panggil ibu.

2.1.3 Klasifikasi Letak Lintang

Klasifikasi letak lintang menurut Mochtar (2011) dapat dibagi menjadi 2 macam, yang dibagi berdasarkan :

2.1.3.1 Letak Kepala

- a. Kepala anak bisa disebelah kiri ibu
- b. Kepala anak bisa disebelah kanan ibu

2.1.3.2 Letak Punggung

- a. Jika punggung terletak di sebelah depan ibu, disebut dorso-anterior
- b. Jika punggung terletak di sebelah belakang ibu, disebut dorso-posterior
- c. Jika punggung terletak di sebelah atas ibu, disebut dorso-superior
- d. Jika punggung terletak di sebelah bawah ibu, disebut dorso-inferior

2.1.4 Etiologi

Menurut Maryunani (2016) mengatakan bahwa etiologi dari letak lintang :

2.1.4.1 Multipara

2.1.4.2 Prematur

- 2.1.4.3 Hidramnion
- 2.1.4.4 Hidrosefalus
- 2.1.4.5 Plasenta Previa
- 2.1.4.6 Panggul sempit
- 2.1.4.7 Dinding perut kendur
- 2.1.4.8 Kelainan bentuk rahim
- 2.1.4.9 Myoma uteri
- 2.1.4.10 Kehamilan ganda

2.1.5 Patofisiologi

Relaksasi dinding abdomen pada perut yang menggantung menyebabkan uterus beralih ke depan, sehingga menimbulkan defleksi sumbu memanjang bayi menjauhi sumbu jalan lahir, menyebabkan terjadinya posisi obliq atau melintang. Dalam persalinan terjadi dari posisi longitudinal semula dengan berpindahnya kepala atau bokong ke salah satu fosa iliaka
Diagnosis letak lintang (Oxorn & Forte, 2010).

2.1.6 Komplikasi

Oleh karena bagian terendah tidak menutup PAP, ketuban cenderung pecah dan dapat disertai menumbungnya tangan janin atau tali pusat. Keduanya merupakan komplikasi gawat dan memerlukan tindakan segera (Oxorn & Forte, 2010).

2.1.7 Penatalaksanaan

Lakukan versi luar bila syarat versi luar terpenuhi. Ibu diharuskan masuk rumah sakit lebih dini pada permulaan persalinan. Pada permulaan persalinan masih dapat diusahakan untuk melakukan versi luar asalkan pembukaan masih kurang dari 4 cm dan ketuban belum pecah. Pada primigravida, bila versi luar tidak berhasil, segera lakukan sectio caesarea. Pada multigravida, bila riwayat obstetri baik, tidak ada kesempitan panggul, dan janin tidak seberapa besar, dapat

ditunggu dan diawasi sampai pembukaan serviks lengkap, kemudian dilakukan versi ekstraksi. Pada letak lintang kasep, bila janin masih hidup, segera lakukan sectio caesarea. Bila janin sudah mati, lahirkan pervaginam dengan dekapitasi (Sukarni dan Wahyu, 2013)

2.2 Sectio Caesarea

2.2.1 Pengertian

Menurut Sofian (2012) mengatakan bahwa sectio caesarea adalah salah satu melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.

Menurut Lockhart (2014) mengatakan bahwa sectio caesarea adalah tindakan melahirkan bayi melalui insisi (membuat sayatan) didepan uterus.

Menurut Prawirohardjo, (2005) mengatakan bahwa sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

Jadi sectio caesarea adalah suatu tindakan melalui proses insisi pada dinding uterus melalui dinding perut guna melahirkan janin dengan berat janin diatas 500 gram.

2.2.2 Etiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) mengatakan bahwa etiologi sectio caesarea dibagi menjadi 2, yaitu :

2.2.2.1 Etiologi yang berasal dari Ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsisi sefalo pelvic (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul,

plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia - eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2.2.2.2 Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrasi.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) mengatakan bahwa manifestasi klinis sectio caesarea yaitu :

2.2.3.1 Panggul sempit

2.2.3.2 Dispori sefalopelvik: yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran pinggul

2.2.3.3 Partus lama (prolonged labor)

2.2.3.4 Partus tak maju (obstructed labor)

2.2.3.5 Pre-eklamsia dan hipertensi

2.2.3.6 Malpresentasi janin

- a. Letak lintang
- b. Letak bokong
- c. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)
- d. Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
- e. Gemeli

2.2.4 Jenis Jenis Operasi Sectio Caesarea

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) jenis-jenis operasi sectio caesarea dibagi menjadi 4, yaitu :

2.2.4.1 Sectio caesarea abdomen

Sectio caesarea transperitonealis

2.2.4.2 Sectio caesarea vaginalis

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

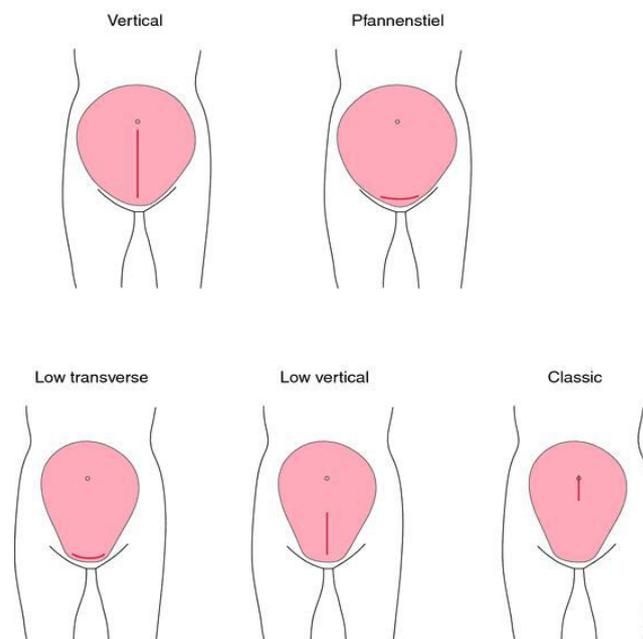
- a. Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig
- b. Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr
- c. Sayatan huruf T (T-incision)

2.2.4.3 Sectio caesarea klasik (Corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

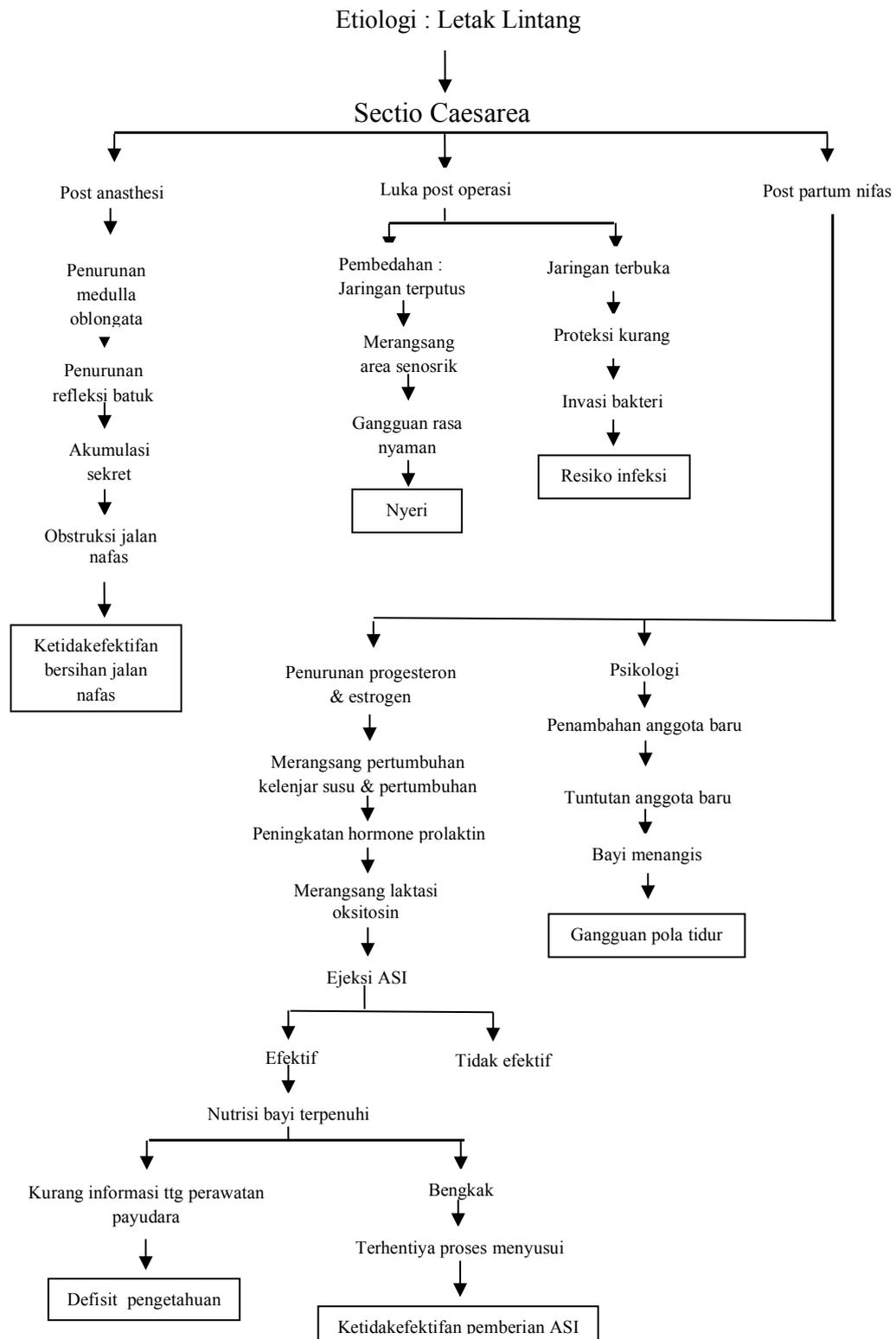
2.2.4.4 Sectio caesarea ismika (Profunda)

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



Gambar 2.3 Skema Insisi Abdomen dan Rahim
Sumber: (obgyn.net)

2.2.5 Pathway



Sumber : (Modifikasi Nanda Nic Noc 2015)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Mitayani (2013) pemeriksaan penunjang dari sectio caesarea yaitu :

- 2.2.6.1 Urinalisis: menentukan kadar albumin/ glukosa tipe II.
- 2.2.6.2 Pelvimetri: menentukan CPD.
- 2.2.6.3 Amniosentesis: mengkaji maturitas paru janin.
- 2.2.6.4 Ultrasonografi: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- 2.2.6.5 Tes stres kontraksi atau tes non-stress : mengkaji respons janin terhadap gerakan/stress dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.
- 2.2.6.6 Pemantauan elektronik kontinu: memastikan status janin/ aktivitas uterus.

Menurut Nurarif (2015) pemeriksaan penunjang dari sectio caesarea, yaitu:

- 2.2.5.1 Pemantauan janin terhadap kesehatan janin: memastikan keadaan kesehatan janin.
- 2.2.5.2 Pemantauan EKG: merekam aktivitas listrik dari jantung, dan pada batas tertentu, mengidentifikasi jika ada peredaran atau aliran darah yang tidak normal.
- 2.2.5.3 JDL dengan dimferensial: Menentukan adanya anemia, leukopenia, limfositosis. Trombosis darah menunjukkan kurang dari normal.
- 2.2.5.4 Elektrolit: untuk mendeteksi adanya gangguan keseimbangan cairan tubuh.
- 2.2.5.5 Hemoglobin/Hematokrit : untuk mengurangi risiko perdarahan pada saat melahirkan.
- 2.2.5.6 Golongan darah: mempermudah transfusi darah apabila terjadi perdarahan saat proses melahirkan.
- 2.2.5.7 Urinalisis: untuk mengetahui apakah kandungan protein *pada ibu hamil* normal ataukah tidak.

2.2.5.8 Amniosentesis terhadap paru janin sesuai indikasi : untuk mengetahui kelainan genetik pada bayi dengan memeriksa cairan ketuban atau cairan amnion.

2.2.5.9 Ultrasound: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.

2.2.6 Penatalaksanaan Medis

Menurut Cunningham (2005) mengatakan bahwa penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan sectio caesarea, yaitu :

2.2.6.1 Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.

2.2.6.2 Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap kontraksi dengan kuat.

2.2.6.3 Analgesia diberikan.

2.2.6.4 Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam.

2.2.6.5 Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.

2.2.6.6 Ambulasi, satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.

2.2.6.7 Perawatan luka pada hari ke-3, tiap hari diperiksa kondisi balutan.

2.2.6.8 Pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasectio caesareaa operasi atau mengisyaratkan hipovelemia.

2.2.6.9 Mencegah infeksi pasectio caesareaa operasi, antibiotic, setelah janin lahir.

2.2.7 Komplikasi

Menurut Rasjidi (2009) mengatakan bahwa komplikasi sectio caesarea yaitu : kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkannya operasi, komplikasi anastesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian ibu lebih besar jika

dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Sulit untuk memastikan hal tersebut terjadi apakah dikarenakan prosedur operasinya atau karena alasan yang menyebabkan ibu hamil tersebut harus dioperasi. Takipneu sesaat pada bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan sectio caesarea dan kejadian-kejadian trauma persalinan tidak dapat disingkirkan. Resiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta akkata dan ruptur uteri.

Menurut James dan J. Steer (2011) komplikasi dari sectio caesarea, yaitu : *Cesarean delivery is a major abdominal surgical procedure and is thus subject to the standard complication-medical, anesthetic, and surgical-associated with a laparotomy. It is beyond the sectio caesareaope of this chapter to deal with all the potential complicatons that may sarround a cesarean birth. However, maternal morbidity and mortality associated with cesarean delivery are increased in wome with cesarean delivery are increased wome with preexisting medical disorders. The long-term complication of caesarean sectio are increasingly being recognized, particulary plasenta accreta and cesarean sectio caesareaar ectopic pregnancy.*

2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Mitayani, (2013) tinjauan teoritis asuhan keperawatan sectio caesarea adalah sebagai berikut :

2.3.1.1 Sirkulasi

- a. Hipertensi
- b. Terdapat perdarahan vagina

2.3.1.2 Integritas ego

Dapat menunjukkan prosedur yang diantisipasi sebagai tanda kegagalan dan refleksi negative pada kemampuan sebagai wanita.

2.3.1.3 Makanan cairan

Nyeri epigastrium, gangguan penglihatan, dan edema sebagai tanda-tanda hipertensi karena kehamilan (HKK).

2.3.1.4 Nyeri/ ketidaknyamanan

- a. Distosa
- b. Persalinan lama/disfungsional, kegagalan induksi
- c. Terdapat nyeri tekan uterus

2.3.1.5 Keamanan

- a. Penyakit hubungan seksual aktif (misalnya herpes)
- b. Prolaps tali pusat, distress janin
- c. Ancaman kelahiran janin yang premature
- d. Presentasi bokong dengan versi sefalik eksternal yang tidak berhasil
- e. Ketuban pecah selama 24 jam atau lebih lama
- f. Adanya komplikasi ibu seperti HKK, diabetes, penyakit ginjal atau jantung, serta infeksi ascendens.

2.3.1.6 Seksualitas

- a. Disposisi sefalopelvik (CPD).
- b. Kehamilan multiple atau gestasi (uterus sangat distensi).
- c. Melahirkan secara bedah uterus atau serviks sebelumnya.
- d. Tumor/ neoplasma yang menghambat pelvis/jalan lahir.

2.3.1.7 Penyuluhan/ pembelajaran

Kelahiran caesarea yang tidak direncanakan, dapat memengaruhi kesiapan dan pemahaman ibu terhadap prosedur.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif (2015), diagnosa keperawatan pada sectio caesarea adalah sebagai berikut:

- 2.3.2.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret, obstruksi jalan nafas (mokus dalam berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi).
- 2.3.2.2 Nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
- 2.3.2.3 Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan Ibu, terhentinya proses menyusui.
- 2.3.2.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan, bayi menangis.
- 2.3.2.5 Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan (sectio caesarea).
- 2.3.2.6 Defisit pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara & penanganan post partum.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), intervensi keperawatan pada sectio caesarea adalah sebagai berikut:

- 2.3.3.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret, obstruksi jalan nafas (mokus dalam berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi).

Kriteria hasil:

- a. Jalan nafas tetap paten.
- b. Tidak ada suara nafas yang tidak biasa.
- c. Kadar gas arteri tetap dalam nilai normal.

Intervensi dan rasional :

- a. Kaji status pernafasan sekurangnya setiap 4 jam atau menurut standar yang ditetapkan.
Rasional: untuk mendeteksi tanda awal bahaya.
- b. Gunakan posisi fowler dan sangga lengan pasien.
Rasional: untuk embantu bernafas dan ekspansi dad serta ventilasi lapangan paru basilar.
- c. Bantu pasien untuk mengubah posisi, batuk, dan bernafas dalam setiap 2 sampai 4 jam.
Rasional : untuk membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan patensi jalan nafas.
- d. Isap sekresi sesuai keperluan.
Rasional: menstimulasi batuk dan membersihkan jalan nafas.
- e. Berikan cairan (sekurang - kurangnya 3 liter setiap hari)
Rasional: untuk memastikan hidrasi yang adekuat dan mencairkan sekresi, kecuali dikontraindikasikan.

2.3.3.2 Nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).

Kriteria hasil :

- a. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan teknik manajemen nyeri
- b. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- c. Mampu menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Intervensi dan rasional :

- a. Minta pasien untuk menggambarkan nyerinya dan kaji gejala-gejala fisiknya yang mengidentifikasi nyeri .
Rasional: pengkajian kembali yang kontinu memungkinkan modifikasi rencana perawatan yang diperlukan.

- b. Berikan obat yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri.
Rasional: untuk mengurangi nyeri
- c. Periksa keefektifan pengobatan setelah 30 menit.
Rasional: untuk memantau pengurangan nyeri dan membina tingkat kepercayaan yang diperlukan untuk hubungan terapeutik
- d. Minta pasien untuk membantu menentukan tujuan pengurangan nyeri (meliputi pengurangan ketergantungan pada analgesik) dan menyusun suatu rencana untuk mengendalikan nyeri.
Rasional: tindakan ini memberikan rasa kendali pada pasien
- e. Ajarkan pasien teknik pengendalian nyeri alternatif, seperti relaksasi.
Rasional: untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgesik.

2.3.3.3 Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

Kriteria hasil :

- a. Ibu dan bayi akan mengalami keefektifan pemberian ASI yang ditunjukkan oleh pengetahuan ibu dalam kemantapan pemberian ASI dan pemeliharaan pemberian ASI
- b. Bayi akan menunjukkan kemantapan pemberian ASI yang dibuktikan oleh indikator :
 - 1) Kesejajaran dan *latch on* yang benar.
 - 2) Mencengkeram dan mengompres areola tepat.
 - 3) Mengisap dan menempelkan lidah bayi dengan benar.
 - 4) Suara menelan yang dapat didengar.
 - 5) Minimal menyusu delapan kali sehari

- 6) Kepuasan bayi setelah menyusui.
- 7) Kenaikan berat badan sesuai usia.

Intervensi :

- a. Kaji pengetahuan dan pengalaman ibu dalam pemberian ASI.

Rasional: pengetahuan dan pengalaman ibu merupakan hal terpenting dalam keefektifan pemberian ASI.

- b. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif.

Rasional: kemampuan bayi untuk menghisap merupakan salah satu indikator keefektifan pemberian ASI.

- c. Instruksikan pada ibu dalam teknik menyusui yang benar.

Rasional: teknik menyusui yang benar adalah dengan satu tangan yaitu telapak tangan memegang bokong bayi dan kepala bayi dilengan agar memudahkan posisi ibu dan ibu tidak membungkuk saat menyusui .

- d. Instruksikan pada ibu untuk menggunakan kedua payudaranya setiap kali menyusui, dimulai dengan satu sisi payudara secara bergantian.

Rasional: kedua payudara harus seimbang diberikan pada bayi agar bayi mendapat ASI yang berkualitas.

- e. Instruksikan pada ibu tentang kebutuhan untuk istirahat yang adekuat dan asupan cairan.

Rasional: istirahat yang cukup dan asupan cairan yang adekuat sangat diperlukan untuk ibu menyusui.

2.3.3.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.

Kriteria hasil :

- a. jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari
- b. pola tidur dalam batas normal
- c. perasaan segar sesudah tidur atau istirahat

- d. mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.

Intervensi dan rasional :

- a. Tanyakan kepada pasien faktor lingkungan apa saja yang membuat sulit tidur.

Rasional: Tidur dilingkungan asing atau baru cenderung mempengaruhi tidur REM atau non-REM.

- b. Tanyakan kepada pasien perubahan apa yang dapat memfasilitasi tidur.

Rasional: tindakan ini memungkinkan pasien untuk berperan aktif dalam penanganan.

- c. Segera buat perubahan apa pun yang mungkin untuk mengakomodasi pasien contoh mengurangi kegaduhan, mengubah pencahayaan, menutup pintu.

Rasional: tindakan ini mendorong istirahat.

- d. Rencanakan jadwal pemberian pengobatan disekitar jadwal tidur pasien.

Rasional: untuk memungkinkan istirahat yang maksimal.

- e. Buat rencana detail untuk memberi pasien kesempatan tidur tanpa ada gangguan bila memungkinkan.

Rasional: tindakan ini memungkinkan asuhan keperawatan yang konsisten dan memberikan waktu tidur tanpa gangguan kepada pasien.

- 2.3.3.5 Resiko Infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Kriteria hasil :

- a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
- b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.

- c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
- d. Jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat.

Internsi dan rasional :

- a. Meminimalkan resiko infeksi pada pasien, seperti:
 - 1) mencuci tangan sebelum dan sesudah memberikan perawatan. Mencuci tangan adalah salah satu cara terbaik untuk mencegah penularan pathogen.
 - 2) Menggunakan sarung tangan untuk mempertahankan asepsis pada saat memberikan perawatan langsung.

Rasional: sarung tangan dapat melindungi tangan pada saat memegang luka yang dibalut atau melakukan berbagai tindakan.

- b. Pantau suhu minimal setiap 4 jam dan catat pada kertas grafik. Laporkan evaluasi segera.

Rasional: suhu yang meningkat setelah pembedahan dapat merupakan tanda komplikasi pulmonal, infeksi luka, infeksi saluran kemih.

- c. Lakukan kultur urine, sekresi pernafasan, drainase luka, atau darah sesuai dengan kebijakan rumah sakit dan program dari dokter.

Rasional: tindakan ini dapat mengidentifikasi pathogen dan menjadi pedoman terapi antibiotic.

- d. Bantu pasien mencuci tangan sebelum dan sesudah makan dan setelah dari kamar mandi, menggunakan pispotnatau urinal.

Rasional: mencuci tangan mencegah penyebaran pathogen terhadap objek dan makanan lain.

- e. Bantu pasien bila memungkinkan untuk meyakinkan bahwa area perianal bersih setelah eliminasi.

Rasional: membersihkan area perianal dengan menyeka dari area yang sedikit kontaminasinya (meatus urinarius) ke area yang terbanyak kontaminasinya (anus) membantu mencegah infeksi genitourinaria.

2.3.3.6 Defisit pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Kriteria hasil :

- a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
- b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

Intervensi dan rasional :

- a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.

Rasional: memudahkan melakukan intervensi sampai mana batas pengetahuan klien.

- b. Periksa keakuratan umpan balik untuk memastikan bahwa pasien memahami program terapi dan informasi lainnya yang relevan.

Rasional: ada atau tidaknya umpan balik dari pasien menandakan tingkat pengetahuan pasien.

- c. Lakukan penilaian terhadap tingkat pengetahuan pasien saat ini.

Rasional: memudahkan melakukan intervensi sampai mana batas pengetahuan klien.

- d. Tentukan motivasi klien untuk mempelajari informasi tertentu

Rasional: motivasi sangat diperlukan untuk menambah pengetahuan.

- e. Beri penyuluhan sesuai dengan tingkat pemahaman klien.

Rasional: keakuratan pemberian informasi.