

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. *Sectio Caesarea***

###### **a. Definisi**

*Sectio caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Prawirohadjo, 2009). *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2010). Menurut Jitowiyono (2010), *Sectio caesarae* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Verycha, 2014).

Sesuai pengertian diatas maka penulis mengambil kesimpulan, *sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat.

b. Jenis-jenis *sectio caesarea*

1) *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

*Sectio caesarea transperitonealis profunda* dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang.

a) Keunggulan pembedahan ini adalah:

- (1) Pendarahan luka insisi tidak seberapa banyak.
- (2) Bahaya peritonitis tidak besar.
- (3) 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.

b) Kelemahan pembedahan ini adalah :

- (1) Luka dapat menyebar ke kiri, kanan, bawah dan menyebabkan arteri uterine putus sehingga mengakibatkan perdarahan yang banyak.
- (2) Keluhan kandung kemih pada post operasi.

2) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea* korporal

Pada *sectio caesarea* klasik ini di buat kepada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan, hanya dilakukan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio*

*caesarea transperitonealis profunda*. Insisi memanjang pada segmen atas uterus.

a) Kelebihan :

- (1) Mengeluarkan janin lebih cepat
- (2) Tidak mengakibatkan komplikasi pada kandung kemih
- (3) Sayatan dapat diperpanjang proksial ataupun distal

b) Kekurangan :

- (1) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonalis yang baik.
- (2) Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi ruptur uteri spontan.

3) *Sectio caesarea ekstra peritonea*

*Sectio caesarea ekstra peritonea* 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 tidak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat.

4) *Sectio caesarea Hysterectomi*

Menurut Geri (2009), setelah *sectio caesarea*, dilakukan *hysterectomy* dengan indikasi :

- a) Atonia uteri.
- b) Plasenta accrete.
- c) Myoma uteri.

d) Infeksi intra uteri berat.

c. Etiologi

Menurut Jitowiyono (2012), penyebab *sectio caesarea* ada 2 yaitu:

1) Indikasi yang berasal dari ibu

yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/ panggul) ada, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, Plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM ), gangguan perjalanan persalinan (kista *ovarium uteri* dan sebagainya).

2) Indikasi yang berasal dari janin

Yaitu *Fetal distress*/ gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi. Dari beberapa faktor *sectio caesarea* di atas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio caesarea* menurut Setiono (2013), sebagai berikut:

a) CPD ( *Chepalo Pelvik Disproportion* )

*Chepalo 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 yang 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 Berat 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 diagnosis 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 kehamilan aterm di atas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu.

d) Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *Caesar*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada 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, kelainan letak janin, kelainan pada letak kepala.

f) Letak kepala tengah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah.

Etiologi kelainan panggul, kepla bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati,kerusakan dasar panggul.

g) Presentasi muka

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

h) Presetasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka letak belakang kepala berada pada posisi terendah dan tetap paling depan.

i) Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepaladifundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavumuteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

b. Indikasi *Sectio caesarea*

Menurut Muhamad (2013), indikasi *Sectio caesarea* didasarkan pada 3 faktor yaitu:

### 1) Indikasi Mutlak

Untuk dilakukan SC dapat dibagi menjadi dua indikasi, yang pertama adalah indikasi ibu, antara lain: panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang kuatnya stimulasi, adanya tumor jalan lahir, stenosis serviks, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, dan ruptur uteri. Indikasi yang kedua adalah indikasi janin, antara lain: kelaianan otak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat, dan mencegah hipoksia janin karena preeklamsi .

### 2) Indikasi Relatif

Yang termasuk faktor dilakukan persalinan sectio caesarea secara relatif, antara lain: riwayat sectio caesarea sebelumnya, presentasi bokong, distosia fetal distress, preeklamsi berat, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu atau gemeli.

### 3) Indikasi Sosial

Permintaan ibu untuk melakukan sectio caesarea sebenarnya bukanlah suatu indikasi untuk dilakukan sectio caesarea. Alasan yang spesifik dan rasional harus dieksplorasi dan diskusikan. Beberapa alasan ibu meminta dilakukan persalinan sectio caesarea, antara lain: ibu yang melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, ibu yang



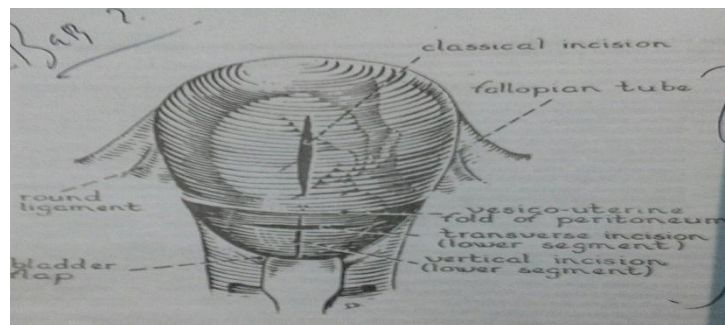
ingin *sectio caesarea* secara elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan, namun keputusan pasien harus tetap dihargai dan perlu ditawarkan pilihan cara melahirkan yang lainnya.

c. Tipe-tipe *sectio caesarea*

Menurut Oxorn, dkk (2010) tipe-tipe *sectio caesarea* meliputi 5 macam yaitu:

1) Segmen bawah: insisi melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran peradominal yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga rongga Rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus.



Gambar 2.1 insisi Melintang

(Sumber: Oxorn, 2010)

*Sectio caesarea*: gambar ini menunjukkan tiga jenis insisi yang paling sering digunakan. Lipatan vesicouterina (*bladder flap*) terlihat dilepaskan dari segmen bawah uterus dan dipegang dengan sebuah retractor. Posisi janin ROT.

## a) Diperlukan:

- (1) Kalau jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk caesarea extrapertoneal tidak tersedia.
- (2) Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman, kalau keadaanya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai.

Telah membuktikan revolusi dalam pelaksanaan obstetric pada hal-hal berikut:

- (1) Insisi ini memungkinkan ahli kebidanan untuk mengubah keputusannya.
- (2) Insisi ini menghasilkan konsep *trial of labor*, *trial of oxytocin stimulation* dan *trial forceps*.
- (3) Indikasi kelahiran dengan *forceps* yang membawa cedera benar-benar telah tiadakan.
- (4) Indikasi untuk *sectio caesarea* semakin meluas.
- (5) Morbiditas dan mortalitas maternal lebih rendah dibandingkan insisi segmen atas.
- (6) Cicatrix yang terjadi pada uterus lebih kuat.

## b) Keuntungan:

- (1) Insisinya ada pada segmen bawah uterus. Namun demikian, kita harus yakin bahwa tempat insisi ini

berada pada segmen bawah yang tipis dan bukannya pada bagian inferior dari segmen atas yang muskuler.

- (2) Otot tidak dipotong tetapi dipisah ke samping, cara ini mengurangi perdarahan.
- (3) Insisi jarang terjadi sampai placenta.
- (4) Kepala janin biasanya berada dibawah insisi dan mudah diekstraksi.
- (5) Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali dibandingkan segmen atas yang tebal.
- (6) Keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan *vesicouterina* sehingga mengurangi perembasan kedalam *cavum peritonel generalisata*.
- (7) Rupture jaringan cicatrix yang melintang kurang membahayakan jiwa ibu dan janin karena:
  - (a) Insidensi ruptur tersebut lebih rendah.
  - (b) Kejadian ini jarang terjadi sebelum aterm.  
Dengan demikian pasien dalam pengamatan ketat di rumah sakit.
  - (c) Perdarahan dari segmen bawah yang kurang mengandung pembuluh darah itu lebih sedikit dibandingkan perdarahan dari corpus.

(d) Rupture bekas insisi melintang yang rendah letaknya kadang-kadang saja diikuti dengan ekspulsi janin atau dengan terpisahnya placenta, sehingga masih ada kesempatan untuk menyelamatkan bayi.

c) Kerugian:

(1) Jika insisi terlampau jauh kelateral, seperti terjadi pada kasus yang bayinya terlalu besar maka pembuluh darah uterus dapat terobek sehingga menimbulkan perdarahan hebat.

(2) Prosedur ini tidak dianjurkan kalau terdapat abnormalitas pada segmen bawah, seperti fibroid atau varices yang luas.

(3) Kalau segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dikerjakan.

(4) Kadang-kadang vesica urinaria melekat pada jaringan cicatrix yang terjadi sebelumnya sehingga vesica urinaria dapat terluka.

2) Segmen bawah: insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang. insisi membujur (gambar 2.1) dibuat dengan skapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

Insisi membujur mempunyai keuntungan, yaitu kalau perlu luka insisi bisa diperlebar keatas. Pelebaran ini diperlukan kalau bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau kalau ada anomaly janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (*conjoined twins*). Sebagian ahli kebidanan menyukai insisi ini untuk placenta previa.

Salah satu kerugian utamanya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotong otot; sering luka insisi tanpa dikendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan *retroperitoneal* yang lengkap akan hilang.

### 3) *Section Caesarea* Klasik

Insisi longitudinal di garis tengah (gambar 2.1) dibuat dengan skapel ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sring dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta placenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hamper sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan section caesarea klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.

a) Indikasi:

(1) Kesulitan dalam menyingkapkan segmen bawah:

- (a) Adanya pembuluh-pembuluh darah besar pada dinding anterior.
- (b) Vesica urinaria yang letaknya tinggi dan melekat.
- (c) Myoma pada segmen bawah.
- (d) Bayi yang tercekam pada letak lintang.
- (e) Beberapa kasus plasenta previa anterior.
- (f) Malformasi uterus tertentu.

b) Kerugian:

- (1) Myometrium yang tebal harus dipotong, sinus-sinus yang lebar dibuka, dan perdarahannya banyak.
- (2) Bayi sering diekstraksi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan ketuban.
- (3) Apabila placenta melekat pada dinding depan uterus, insisi akan memotongnya dan dapat menimbulkan kehilangan dan darah dari sirkulasi janin yang berbahaya.
- (4) Letak insisi tidak tertutup dalam cavum peritonei generalisata dan isi ureter yang terinfeksi

kemungkinan besar merembes dengan akibat peritonitis.

(5) Insidensi pelekatan isi abdomen pada luka jahitan uterus lebih tinggi.

(6) Insidensi ruptura uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi.

#### 4) *Sectio Caesarea Extraperitoneal*

Pembedahan *exstraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perunya *histeriktomi* pada kasus-kasu yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang bersifat fatal. Ada beberapa metode *sectio caesarea exstraperitoneal*, seperti metode waters, Latzko dan Norton.

Teknik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam cavum peritonei, dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat. Perawatan prenatal yang lebih baik, penurunan insidensi kasus yang latar, dan tersedianya darah serta antibiotic telah mengurangi perlunya teknik *extraperitoneal*. Metode ini tidak boleh dibuang terapi tetap disimpan sebagai cadangan bagi kasus-kasus tertentu.

### 5) *Histerektomi Caesarea*

Pembedahan ini merupakan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Kalau mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (*histerektomi total*). Akan tetapi, karena pembedahan subtotal lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtotal menjadi prosedur pilihan kalau terdapat perdarahan hebat dan pasiennya shock, atau kalau pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini, tujuan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

Indikasi :

- a) Perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal.
- b) Perdarahan yang tidak dapat dikendalikan pada kasus-kasus *placenta previa dan abruptio placentae* tertentu.
- c) *Placenta accreta*.
- d) Fibromyoma yang multiple dan luas.
- e) Pada kasus-kasus tertentu kanker cervik atau ovarium
- f) Ruptura uteri yang tidak dapat diperbaiki
- g) Sebagai metode sterilisasi kalau kelanjutan haid tidak dikehendaki demi alasan medis.



- h) Pada kasus-kasus yang terlantar dan terinfeksi kalau resiko peritonitis generalisata tidak dijamin dengan mempertahankan uterus misalnya, pada seorang ibu yang sudah memiliki beberapa orang anak dan tidak ingin menambahnya lagi.
  - i) Cicatrix menimbulkan cacat pada uterus.
  - j) Pelebaran luka insisi yang mengenai pembuluh-pembuluh darah sehingga perdarahan tidak bisa dihentikan dengan pengikatan ligature.
- d. Prosedur Operasi Caesarea
- 1) Selang kateter dimasukkan untuk menampung aliran urin.
  - 2) Selang infus dipasang.
  - 3) Diberikan antasid untuk menetralsisir asam lambung.
  - 4) Alat monitor jantung dan tekanan darah dipasang.
  - 5) Anestesi dilaksanakan.
  - 6) Daerah perut ibu hamil dan daerah rambut kemaluan di cuci dengan antiseptik.
  - 7) Paling sering dibuat sayatan horizontal (mendatar) pada kulit diperut bagian bawah, kadang dilakukan sayatan vertikal, tergantung situasi dan penyulit saat operasi dilakukan, biasanya otot perut tidak perlu dipotong.
  - 8) Selanjutnya dilakukan insisi/sayatan pada rahim, cairan amnion diisap, dan bayi ditarik keluar dengan hati-hati.

Biasanya operasi ini dilakukan oleh dua orang dokter, seorang dokter ahli obstetri dan seorang dokter asisten.

- 9) Ketika bayi keluar, tali pusat dijepit dan dipotong, lalu plasenta dikeluarkan, dan rahim diperiksa secara menyeluruh. Jika tidak ada riwayat operasi caesar yang menyebabkan perletakan pada rahim atau pengangkatan tumor dirahim sebelumnya, maka sampai pada tindakan ini diperlukan sekitar waktu 15 menit. setelah bayi lahir, plasenta dikeluarkan.
- 10) Setelah bayi dan plasenta lahir, dokter akan menjahit jaringan yang dipotong tadi. Diperlukan waktu sekitar 30 menit, total tindakan memakan waktu sekitar 60 menit.
- 11) Jika ibu pernah dioperasi *caesarea* sebelumnya waktu yang dibutuhkan lebih lama, tergantung situasi dan dokter yang menangani. Pada persalinan kembar, butuh waktu 5 menit setiap kali mengeluarkan bayi.

e. Persiapan Pasien Sebelum Dilakukan *Sectio Caesarea*

Menurut Hartati (2015), Persiapan pasien sebelum dilakukan *sectio caesarea*, antara lain:

- 1) Persiapan administrasi

Berkas-berkas jaminan pembayaran dirumah sakit.

## 2) Persiapan fisik

- a) Menilai keadaan umum meliputi tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan, denyut jantung janin, tinggi badan, dan berat badan.
- b) Memasang selang kateter.
- c) Memasang infus.
- d) Puasa 6-8 jam.
- e) Menanggalkan semua perhiasan, gigi palsu dan membersihkan semua kosmetik.
- f) *Personal hygiene* (mandi dan cuci rambut).
- g) Menganti pakaian dengan menggunakan pakaian khusus operasi.
- h) Menanyakan riwayat penyakit, riwayat alergi dan riwayat konsumsi obat-obatan.
- i) Latihan praoperasi seperti: latih nafas dalam, batuk efektif dan gerak sendi.

## 3) Persiapan Mental:

- a) Memberikan Penjelasan tentang indikasi operasi yang dilakukan demi keselamatan ibu dan janin.  
  
Memberikan erikan penjelasan tentang tindakan dan pembiusan yang akan dilakukan.
- b) Mengorientasikan klien sebelum operasi keruangan bedah atau kamar operasi.

- c) Memberikan kesempatan kepada suami atau orang tua untuk mendampingi klien diruang tunggu sebelum operasi dimulai.
  - d) Mengajak klien dan keluarga untuk berdoa demi kelancaran operasi yang akan dilakukan.
- f. Penatalaksanaan pasien post *sectio caesarea*

Menurut Robby (2010), perawatan wanita setelah melahirkan secara *sectio caesarea* merupakan kombinasi antara asuhan keperawatan bedah dengan maternitas, setelah pembedahan selesai, ibu akan dipindahkan ke area pemulihan dibutuhkan waktu 1-3 jam dan dilihat dari kondisi klien. Pengkajian keperawatan segera setelah melahirkan meliputi pemilihan dari efek anestesi, status pasca operasi dan pasca melahirkan dan derajat nyeri. Kepatenan jalan nafas dipertahankan dan posisi pasien diatur untuk mencegah aspirasi. Tanda-tanda vital diukur setiap 15 menit selama satu sampai dua jam. Kondisi balutan insisi, fundus dan jumlah lokhea dikaji demikian pula masukan dan keluaran. Ketika ibu dan bayinya dipindahkan ke bangsal pasca natal, tekanan darah, suhu, dan nadi biasanya diukur setiap 4 jam. Infus intravena tetap diberikan, kateter urine tetap terpasang sampai pasien mampu ke toilet, luka dan lokhea harus diobservasi setiap jam.

g. Indikasi Pada Ibu Yang Dilakukan Operasi *Sectio Caesarea*

Menurut Hartanti (2015), ada beberapa indikasi pada ibu yang dilakukan operasi *sectio caesarea*, antara lain:

- 1) Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan (*dystosia*).
- 2) Detak jantung janin melambat (*fetal distress*).
- 3) Komplikasi pre-eklamsi.
- 4) Ibu menderita herpes.
- 5) Putusnya tali pusat.
- 6) Resiko luka parah pada rahim.
- 7) Bayi dalam posisi sungsang, letak lintang
- 8) Bayi besar.
- 9) Masalah plasenta seperti plasenta previa.
- 10) Pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, *sectio caesarea* berulang.
- 11) Presentasi bokong hipertensi akibat kehamilan (*pregnancy-induced hypertention*). Kelainan plasenta dan malprestasi misalnya presentasi bahu.

h. Indikasi Pada Janin Yang Dilakukan Operasi *Sectio Caesarea*

Menurut Hartanti (2015), indikasi pada janin yang dilakukan operasi *sectio caesarea*, antara lain:

- 1) Gawat janin.
- 2) *Proplatus funikuli* (tali pusat penumpang).

- 3) Primigravida tua.
  - 4) Kehamilan dengan diabetes mellitus.
  - 5) Infeksi intra partum.
  - 6) Kehamilan kembar.
  - 7) Kehamilan dengan kelainan congenital.
  - 8) Abnomali janin misalnya hifrosefalus.
- i. Pemeriksaan Diagnostik
- 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 tidak jelas terlihat bila menggunakan pemindaian CT.
  - 4) *Pemindaian positron emission tomography (PET)*.  
Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik atau aliran darah dalam otak.

## 2. *Flatus*

### a. Definisi

*Flatus* adalah gas atau udara dalam saluran cerna yang dikeluarkan lewat anus. Gas dapat ditemukan di lambung, usus kecil, maupun usus besar. Kebanyakan gas di lambung akan dikeluarkan lewat sendawa. Jumlah gas yang masuk atau dibentuk di usus besar setiap harinya rata-rata 7 sampai 10 liter. Sedangkan jumlah rata-rata gas yang dikeluarkan biasanya hanya sekitar 0,6 liter. Sisanya diabsorpsi melalui mukosa usus (Otoyoy, 2014). Pada pasien post *sectio caesarea* (SC) fungsi pencernaan mengalami penurunan sampai 24 jam dan menyebabkan aliran gas tidak lancar menjadikan perut kembung dan sulit *flatus* (Ernawati, 2014). Sehingga pada pasien *sectio caesarea* yang belum bisa *flatus* sistem pencernaan belum bisa bekerja secara normal, untuk itu *flatus* sangatlah penting untuk diteliti karena *flatus* dapat menandakan kemajuan sebagai tanda bawah peristaltik usus yaitu usus besar dan usus kecil sudah kembali normal dari dalam tubuh pasien yang dioperasi.

*Flatus* adalah keluarnya gas melalui anus atau dubur akibat akumulasi gas didalam perut (terutama dari usus halus dan kolon) (Swary, 2012).

*Flatus* adalah gas yang berupa hidrogen, karbondioksida, dan metan, yang terjadi akibat proses pencernaan dalam usus

karena beberapa jenis makanan yang mengandung flatogen (Sandjaja, 2009).

b. Fisiologi

Menurut Otoyoy (2014), otot-otot abdomen dan sfingter anus eksternus secara volunter dan simultan berkontraksi untuk melaksanakan ekspulsi gas secara selektif saat bahan feses juga terdapat di rektum. Pada saat kontraksi, otot-otot abdomen meningkatkan tekanan intra abdomen sehingga terjadi perbedaan tekanan antara intra abdomen dengan anus yang mendorong udara keluar dengan kecepatan tinggi melalui lubang anus yang membentuk celah kecil sehingga terlalu kecil untuk dilewati feses. Gerakan peristaltik usus juga menjadikan ruang menjadi bertekanan, sehingga memaksa isi usus, termasuk gasnya untuk bergerak ke bagian yg bertekanan lebih rendah, yaitu sekitar anus.

Keluarnya udara dengan kecepatan tinggi menyebabkan 7 tepi lubang anus bergetar, menimbulkan suara bernada rendah yang khas menyertai keluarnya gas.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya *flatus*

Menurut Otoyoy (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi flatus meliputi:

1) Peristaltik usus

Gerakan peristaltik usus juga menjadikan ruang menjadi bertekanan, sehingga memaksa isi usus, termasuk gasnya untuk



bergerak ke bagian yg bertekanan lebih rendah, yaitu sekitar anus.

## 2) Kontraksi otot

Otot abdomen Pada saat kontraksi otot-otot abdomen meningkatkan tekanan intra abdomen sehingga terjadi perbedaan tekanan antara intra abdomen dengan anus yang mendorong udara keluar dengan kecepatan tinggi melalui lubang anus.

## 3) Makanan yang mengandung jenis

Jenis karbohidrat yang enzim pencernaannya tidak dimiliki oleh manusia namun dapat difermentasi oleh bakteri-bakteri di saluran pencernaan. Karbohidrat-karbohidrat ini difermentasi oleh bakteri penghasil gas di kolon. Sebagian besar gas yang terbentuk diusus besar diserap melalui mukosa usus. Sisanya dikeluarkan melalui anus.

## d. Kandungan Flatus

Gas ini terutama berisi: nitrogen, oksigen, metan (diproduksi bakteri atau kuman dan mudah terbakar), karbondioksida, hydrogen dan lain-lain. Gas yang keluar dapat berbau menyengat akibat kandungan gas bergugus indol atau hidrosulfida (S-H) yang tercampur. Indra penciuman manusia cukup relative terhadap senyawa-senyawa yang mengandung gugus ini. Bisa saja *flatus* terbakar, karena *flatus* mengandung

metana dan hidrogen yang bersifat mudah terbakar. Kalau terbakar, nyala apinya berwarna biru karena kandungan unsure hidrogen . tetapi gas *flatus* tidak akan terbakar dalam kondisi normal karena konsistensinya lain. Juga suhunya tidak cukup panas untuk memulai pembakaran (Joko, 2013).

e. Komposisi gas *flatus*

Menurut Swary (2012), komposisi dari *flatus* adalah nitrogen, oksigen, karbondioksida, hidrogen, sulfur, dan metan sebagai berikut:

1) Hidrogen

Hidrogen biasanya dihasilkan dari metabolisme karbohidra makanan dan glikoprotein endogen dari enterosit.

2) Metan

40% gas CH<sub>4</sub> diproduksi pada metabolisme karbohidrat oleh bakteri.

3) Karbondioksida

Berasal dari fermentasi karbohidrat, lemak dan protein, adanya bakteri serta reaksi kimia antara asam perut dan cairan usus menghasilkan karbondioksida 74% dari *flatus* yang merupakan gas yang diproduksi oleh koloni bakteri (hidrogen, metan, dan karbondioksida).

#### 4) Sulfur

Bau *flatus* berhubungan dengan konsentrasi hidrogen sulfide, gas yang lain yang mengandung sulfur pada *flatus* adalah methanetriol dan dimethylsulfida.

#### 5) Nitrogen

Nitrogen yang berasal dari udara yang kita telan. Semakin banyak kita menelan udara, semakin banyak nitrogen dalam saluran cerna.

#### f. Pengaruh anestesi spinal terhadap saluran pencernaan

Menurut Otoyoy, (2014), pengaruh anestesi spinal terhadap saluran pencernaan adalah berapa menit setelah diberikan, anestesia dan paralisis mempengaruhi jari-jari kaki dan perineum, kemudian secara bertahap mempengaruhi tungkai dan abdomen. Anestesi spinal memperlambat motilitas gastrointestinal dan menyebabkan mual, selama tahap pemulihan bising usus terdengar lemah atau menghilang. Menurunnya motilitas gastrointestinal dapat menimbulkan ileus paralitik yang mengakibatkan akumulasi gas dan distensi abdomen.

#### g. Mekanisme *Flatus*

*Flatus* keluar melalui lubang dubur karena kepadatannya lebih ringan. Gerak Peristaltik usus mendorong isinya ke arah bawah. Tekanan disekitar anus lebih rendah. Gerak peristaltik usus menjadikan ruang menjadi bertekanan, sehingga memaksa isi usus,

termasuk gasnya untuk bergerak kekawasan yang bertekanan lebih rendah, yaitu sekitar anus. Dalam perjalanan ke anus, gelembung-gelembung kecil bergabung jadi gelembung besar. Kalau tidak ada gerak peristaltik, gelembung gas akan menerebos ke atas lagi, tetapi tidak terlalu jauh, karena bentuk usus yang rumit dan berbelit-belit (Joko, 2013).

h. Waktu Pengeluaran *flatus*

Waktu *flatus* ibu *sectio caesarea* di dapatkan hasil penelitian *flatus* dalam waktu 24 jam sampai 48 jam (Pratiwi, 2012). Jika lewat dalam waktu 48 jam pasca operasi belum bisa *flatus* maka ada yang bermasalah disistem pencernaan yaitu diusus besar dan usus kecil sehingga dokter harus segera mengambil tindakan medis berupa memberikan obat perangsang yang diperlukan untuk mengatasi hal ini sehingga pasien bisa *flatus* (Trendezia, 2015). Menurut Gusti, (2014), perbedaan efektivitas pemberian kompres hangat dan mobilisasi dini terhadap pemulihan peristaltik usus pada ibu post *sectio caesarea* di RSUD Salatiga didapatkan waktu pemulihan peristaltik usus ibu post *sectio caesarea* dibawah 24 jam yaitu 4 jam, 5 jam, hingga sampai 6 jam pasca post *sectio caesarea*.

## 1. Mobilisasi Pasca Operasi *Sectio Caesarea*

### a. Definisi

Mobilisasi ibu setelah ibu *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *caesarea*. Mobilisasi adalah suatu usaha mempertahankan keseimbangan pasca pembedahan dan kesejajaran tubuh selama mengangkat, membungkuk, bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari. Mobilisasi ibu pasca *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *caesarea* (Hartati, 2015).

### b. Tujuan Mobilisasi

Tujuan Mobilisasi antara lain mempertahankan body alignment, meningkatkan rasa nyaman, mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap. Indikasi dilakukan mobilisasi adalah pasien yang mengalami kelumpuhan baik hemiplegi maupun paraplegi, mengalami pengobatan (immobilisasi), mengalami penurunan kesadaran (Isti, 2012).

### c. Manfaat Mobilisasi

Menurut Hartati, (2015), manfaat mobilisasi pada post *sectio caesarea* adalah:

- 1) Manfaat dilakukan pergerakan dapat memperlancar sirkulasi darah, mencegah terjadinya thrombosis/ sumbatan, meningkatkan, meningkatkan kekuatan otot.

- 2) Manfaat tindakan mobilisasi setelah pasca operasi dapat menurunkan vena statis, menstimulasi sirkulasi darah, mencegah terjadinya thrombosis/emboli pulmonal, meningkatkan kekuatan otot dan fungsi pencernaan, pernapasan.

d. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Pada Ibu *Sectio Caesarea*

Menurut Isti (2012), kerugian tidak melakukan mobilisasi pada ibu *sectio caesarea* ada 2 yaitu:

- 1) kerugian bila tidak melakukan mobilisasi pada *ibu sectio caesarea* adalah pada fundus uteri teraba lemah sehingga kontraksi uterus tidak ada, maka akan terjadi perdarahan yang abnormal, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka sehingga ibu mengalami infeksi yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh.
- 2) fungsi motilitas usus dan kandung kemih menjadi lebih lambat sehingga ibu sulit melakukan defekasi dan memperlama hari perawatan.

e. Pelaksanaan Tindakan Mobilisasi.

Menurut Hartati (2015), pelaksanaan tindakan mobilisasi yaitu:

- 1) Pelaksaaan tindakan mobilisasi ini dibutuhkan peran perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan untuk melakukan mobilisasi.
- 2) Dalam hal ini perawat harus memberikan penjelasan secara rinci pada ibu tentang tindakan yang harus dilakukan setelah mengalami operasi *sectio caesarea*, dengan cara:

- a) Ibu dianjurkan untuk batuk.
- b) Ibu dianjurkan untuk bernafas dalam.
- c) Ibu dianjurkan untuk latihan menggerakkan kaki setiap 2 jam.
- d) Ibu dianjurkan untuk melakukan pergerakan sampai kondisi ibu stabil untuk dapat berjalan setelah 24 jam.

f. Tahapan Mobilisasi.

Menurut Isti (2012), tahapan mobilisasi ada 3 yaitu:

- 1) Bernafas dalam dan latihan kaki 2 jam setelah operasi.
- 2) Setelah 6 jam ibu melakukan pergerakan miring kanan dan kiri.
- 3) Setelah 12 jam ibu dianjurkan untuk duduk dan setelah 24 jam ibu belajar berdiri dan berjalan.

## **2. Anestesi**

a. Definisi

Menurut Dian (2012), Anestesi atau pembiusan adalah pengurangan atau penghilangan sensasi untuk sementara, sehingga operasi atau prosedur lain yang menyakitkan dapat dilakukan. Hilangnya efek anestesi 2-4 jam (Ernawati, 2014).

Menurut Irwan (2014), anestesi atau pembiusan adalah suatu tindakan menghilangkan rasa sakit ketika melakukan pembedahan dan berbagai prosedur lainnya yang menimbulkan rasa sakit pada tubuh.

Menurut Nainggolan (2011), anestesi atau pembiusan adalah suatu tindakan menghilangkan rasa sakit ketika melakukan pembedahan dan berbagai prosedur lainnya yang menimbulkan rasa sakit pada tubuh.

b. Jenis-jenis anestesi

Menurut Grhasia (2011), pasien yang menjalani pembedahan akan menerima salah satu anestesi dari tiga jenis anestesi sebagai berikut :

1) Anestesi umum

Klien yang mendapatkan anestesi umum akan kehilangan seluruh sensasi dan kesadarannya. Relaksasi otot akan mempermudah manipulasi anggota tubuh. Klien juga mengalami amnesia tentang seluruh proses yang terjadi selama pembedahan. Pembedahan yang menggunakan anestesi umum melibatkan prosedur mayor dan membutuhkan manipulasi jaringan yang luas.

2) Anestesia regional

Adalah anestesi lokal dengan menyuntikkan agen anestetik di sekitar saraf sehingga area yang disarafi teranestesi. Infiltrasi obat anestesi dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a) Anestesi *spinal* dimasukkan ke dalam cairan *serebrospinal* pada ruang *sub arakhnoid spinal* dilakukan dengan pungsi lumbal. Anestesi akan menyebar dari ujung *prosesus sipoideus* ke bagian kaki. Posisi klien mempengaruhi pergerakan obat anestesi ke bawah atau ke atas *medula spinalis*.



- b) Anestesi *epidural* lebih aman dari pada anestesi *spinal* karena obat disuntikkan ke dalam *epidural* di luar *durameter* dan kandungan anestesiya tidak sebesar anestesi *spinal*. Karena menghilangkan sensasi di daerah vagina dan *perineum*, maka anestesi *epidural* merupakan pilihan terbaik untuk prosedur kebidanan.
- c) Anestesi *kaudal* merupakan jenis anestesi *epidural* yang diberikan secara lokal pada dasar tulang belakang. Efek anestesiya hanya mempengaruhi daerah *pelvis* dan kaki.

### 3) Anestesi lokal

Anestesi lokal menyebabkan hilangnya sensasi pada tempat yang diinginkan. Obat anestesi menghambat konduksi saraf sampai obat terdifusi ke dalam sirkulasi. Klien akan kehilangan rasa nyeri dan sentuhan, aktivitas motorik dan otonom. Efek obatnya juga bertahan hingga 2 jam atau lebih.

### c. Tahap-Tahap Anestesi

Stadium anestesi dibagi menjadi 4 yaitu, stadium I (stadium induksi atau eksitasi volunter), dimulai dari pemberian agen anestesi sampai menimbulkan hilangnya kesadaran. Rasa takut dapat meningkatkan frekuensi nafas, dapat terjadi urinasi dan defekasi. Stadium II (stadium eksitasi involuter), dimulai dari hilangnya kesadaran sampai permulaan stadium pembedahan. Pada stadium II terjadi eksitasi dan gerakan yang tidak menurut kehendak, pernafasan

tidak teratur, inkontinensia urin, muntah, midriasis, hipertensi, dan takikardia. Stadium III (pembedahan/operasi), terbagi dalam 3 bagian yaitu; Plane I yang ditandai dengan pernafasan yang teratur dan terhentinya anggota gerak. Tipe pernafasan thoraco-abdominal, refleks pedal masih ada, bola mata bergerak-gerak, palpebra, konjuktiva dan kornea terdepresi. Plane II, ditandai dengan respirasi thoraco-abdominal dan bola mata ventro medial semua otot mengalami relaksasi kecuali otot perut. Plane III, ditandai dengan respirasi regular, abdominal, bola mata kembali ke tengah dan otot perut relaksasi. Stadium IV (paralisis medulla oblongata atau overdosis),ditandai dengan paralisis otot dada, pulsus cepat dan pupil dilatasi. Bola mata menunjukkan gambaran seperti mata ikan karena terhentinya sekresi lakrimal (Firman, 2014).

d. Tindakan Keperawatan Preoperatif

Menurut nanang (2014), Tindakan keperawatan preoperatif merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam rangka mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif. Persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat diperlukan karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan klien berawal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap persiapan. Kesalahan yang dilakukan pada saat tindakan preoperatif apapun bentuknya dapat berdampak pada tahap-tahap selanjutnya,

untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara masing-masing komponen yang berkompeten untuk menghasilkan outcome yang optimal, yaitu kesembuhan pasien secara paripurna. Pengakajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi

e. Tahap Persiapan Anestesi

Menurut Nanang (2014), tahapan persiapan anestesi meliputi:

1) Persiapan Fisik

Persiapan fisik pre operasi yang dialami oleh pasien dibagi dalam 2 tahapan, yaitu persiapan di unit perawatan dan persiapan di ruang operasi. Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain :

a) Status Kesehatan fisik secara Umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain-lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup, karena dengan istirahat dan tidur yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat

stabil dan bagi pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal

b) Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi pasca operasi, dehisiensi (terlepasnya jahitan sehingga luka tidak bisa menyatu), demam dan penyembuhan luka yang lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami sepsis yang bisa mengakibatkan kematian.

c) Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakukan pemeriksaan diantaranya adalah kadar natrium serum (normal : 135-145 mmol/l), kadar kalium serum (normal : 3,5–5 mmol/l) dan kadar kreatinin serum (0,70–1,50

mg/dl). Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolit obat-obatan anastesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan seperti oliguri/anuria, insufisiensi renal akut, dan nefritis akut, maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal, kecuali pada kasus-kasus yang mengancam jiwa.

d) Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus dibersihkan terlebih dahulu. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema/lavement. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00 WIB). Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke paru-paru) dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan. Khusus pada pasien yang membutuhkan operasi CITO (segera), seperti pada pasien kecelakaan lalu lintas, maka pengosongan lambung dapat dilakukan dengan cara pemasangan NGT (naso gastric tube).

e) Pencukuran Daerah Operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran sebelum operasi, misalnya pada pasien luka insisi pada lengan. Tindakan pencukuran (scheren) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur. Sering kali pasien diberikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman. Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi. Biasanya daerah sekitar alat kelamin (pubis) dilakukan pencukuran jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha. Misalnya: apendiktomi, herniotomi, uretrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, dan hemmoroidektomi. Selain terkait daerah pembedahan, pencukuran pada lengan juga dilakukan pada pemasangan infus sebelum pembedahan.

f) Personal Hygine

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber

kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya kuat dianjurkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

g) Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengongan isi bladder tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi balance cairan.

h) Latihan Pra Operasi

Berbagai latihan sangat diperlukan pada pasien sebelum operasi, hal ini sangat penting sebagai persiapan pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti : nyeri daerah operasi, batuk dan banyak lendir pada tenggorokan. Latihan yang diberikan pada pasien sebelum operasi antara lain:

(1) Latihan Nafas Dalam

Latihan nafas dalam sangat bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien lebih mampu beradaptasi dengan nyeri dan dapat meningkatkan kualitas tidur. Selain itu teknik ini juga dapat meningkatkan

ventilasi paru dan oksigenasi darah setelah anastesi umum. Dengan melakukan latihan tarik nafas dalam secara efektif dan benar maka pasien dapat segera mempraktekkan hal ini segera setelah operasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

#### (2) Latihan Batuk Efektif

Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama klien yang mengalami operasi dengan anastesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranastesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan. Dengan terasa banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setelah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret tersebut.

#### (3) Gerak Sendi

Latihan gerak sendi merupakan hal sangat penting bagi pasien sehingga setelah operasi, pasien dapat segera melakukan berbagai pergerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan.

#### 2) Persiapan Penunjang

Persiapan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil



pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti ECG, dan lain-lain. Sebelum dokter mengambil keputusan untuk melakukan operasi pada pasien, dokter melakukan berbagai pemeriksaan terkait dengan keluhan penyakit pasien sehingga dokter bisa menyimpulkan penyakit yang diderita pasien. Setelah dokter bedah memutuskan bahwa pasien harus operasi maka dokter anastesi berperan untuk menentukan apakah kondisi pasien layak menjalani operasi. Untuk itu dokter anastesi juga memerlukan berbagai macam pemeriksaan laboratorium terutama pemeriksaan masa perdarahan (bledding time) dan masa pembekuan (clotting time) darah pasien, elektrolit serum, Hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks dan EKG.

### 3) Pemeriksaan Status Anastesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan ditujukan untuk keselamatan selama pembedahan. Sebelum dilakukan anastesi demi kepentingan pembedahan, pasien akan mengalami pemeriksaan status fisik yang diperlukan untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri pasien. Pemeriksaan yang biasa digunakan adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode ASA (American Society of Anesthesiologist). Pemeriksaan

ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

#### 4) Informed Consent

Selain dilakukannya berbagai macam pemeriksaan penunjang terhadap pasien, hal lain yang sangat penting terkait dengan aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, yaitu Informed Consent. Baik pasien maupun keluarganya harus menyadari bahwa tindakan medis, operasi sekecil apapun mempunyai resiko. Oleh karena itu setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anastesi).

#### f. Perbedaan Operasi CITO dan Operasi terencana (elektif)

Menurut Yeni (2014), persalinan melalui operasi *caesarea* ada 2 jenis, yaitu operasi terencana (elektif) dan operasi segera (cito). Pada operasi caesar terencana (elektif), operasi caesar telah direncanakan jauh hari sebelum jadwal melahirkan dengan mempertimbangkan keselamatan ibu maupun janin. Beberapa keadaan yang menjadi pertimbangan untuk melakukan operasi caesar secara elektif, antara lain : bayi besar dengan perkiraan berat lebih dari 4 kilogram, kelainan letak janin (melintang, sungsang), kelainan janin (hidrosefalus yang ingin diselamatkan), plasenta previa (ari-ari menutupi jalan lahir), janin kembar dengan janin terbawah bukan letak kepala, evaluasi jalan lahir - panggul sempit, usia > 40 th dengan komplikasi seperti darah

tinggi, diabetes, ibu dengan komplikasi berat (jantung, eklampsia), adanya hambatan di jalan lahir (kista dan miom besar), riwayat sesar 2 kali atau lebih, ketuban pecah lama, oligohidramnion (cairan ketuban sedikit).

Sedangkan operasi *caesarea* segera (*cito*) adalah tindakan operasi yang hanya dilakukan jika terjadi kemacetan pada persalinan normal atau jika ada masalah pada proses persalinan yang dapat mengancam nyawa ibu dan janin. Beberapa keadaan yang memaksa terjadinya operasi caesar cito, antara lain : gawat janin, persalinan macet, ibu mengalami hipertensi dalam kehamilan (*preeklamsia*) dan ancaman kejang akibat eklampsia, serta terjadi pendarahan sebelum proses persalinan.

g. Efek terhadap Sistem dalam Tubuh

Menurut Firman, (2014), efek terhadap dalam tubuh yaitu:

a. Kardiovaskular

Depresi miokard bergantung pada dosis, penurunan otomatisitas sistem konduksi, penurunan aliran darah ginjal dan plangkunikus dari curah jantung yang berkurang, serta pengurangan sensitivitas miokard terhadap aritmia yang diinduksi katekolamin yang menyebabkan terjadinya hipotensi untuk menghindari efek hipotensi yang berat selama anestesi, yang dalam hal ini perlu diberikan vasokonstriktor langsung, seperti fenileprin.

b. Pernapasan

Depresi respirasi terkait dengan dosis yang dapat menyebabkan menurunnya volume tidal dan sensitivitas terhadap pengaturan respirasi yang dipacu oleh CO<sub>2</sub>. Pemberian bronkodilator poten sangat baik untuk mengurangi spasme bronkus.

c. Susunan Saraf Pusat

Hilangnya autoregulasi aliran darah serebral yang menyebabkan tekanan intrakranial menurun.

h. Ginjal

Menurunnya GFR, dan berkurangnya aliran darah ke ginjal disebabkan oleh curah jantung yang menurun.

i. Hati

Aliran darah ke hati menurun.

j. Uterus

Menyebabkan relaksasi otot polos uterus; berguna dalam manipulasi kasus obstetrik (misalnya penarikan plasenta).

k. Efek samping anestesi *spinal*

Menurut Grhasia (2011), Jika anestesi mencapai thoraks bagian atas dan *medula spinalis* dalam konsentrasi yang tinggi, dapat terjadi paralisis respiratori. Mual, muntah, dan nyeri dapat terjadi selama pembedahan ketika digunakan anestesi *spinal*.

Sebagai aturan, reaksi ini terjadi akibat traksi berbagai struktur, terutama sekali pada struktur di dalam rongga abdomen.

#### 1. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien yang menjalani operasi dengan anestesi *spinal* menurut Firman, (2014) :

- a. Sakit kepala terjadi sebagai komplikasi anestesi, beberapa faktor yang terlibat dalam insiden sakit kepala antara lain ukuran jarum *spinal* yang digunakan, kebocoran cairan dari *spasium subarakhnoid* melalui letak pungsi dan status hidrasi pasien.
- b. Jika anestesi *spinal* naik hingga ke dada, mungkin terjadi distress pernapasan.
- c. Mual dan muntah dapat terjadi akibat traksi di dalam rongga abdomen.
- d. Penurunan tekanan darah dapat terjadi dengan cepat karena terjadi akibat blok anestesi pada saraf motorik simpatis dan serat saraf nyeri motorik menimbulkan vasodilatasi yang luas.
- e. Menurunnya motilitas gastrointestinal dapat menimbulkan ileus paralitik yang mengakibatkan akumulasi gas dan distensi abdomen.

### **3. Kompres Hangat**

#### **a. Definisi**

Pemberian kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukannya (Kusyati, 2006).

Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dan merangsang peristaltik usus (Uliyah & Hidayat, 2008). Kompres hangat juga adalah suatu metode dalam penggunaan suhu hangat setempat yang dapat menimbulkan efek fisiologis. Kompres hangat dapat digunakan pada pengobatan nyeri dan merelaksikan obat-obat yang tegang (Ermawati, 2014).

#### **b. Manfaat Kompres Hangat**

Kompres hangat bermanfaat untuk meningkatkan suhu kulit local, melancarkan sirkulasi darah dan menstimulasi pembuluh darah, mengurangi spasme otot dan meningkatkan ambang nyeri, menghilangkan sensasi rasa nyeri, merangsang peristaltik usus, mengeluarkan getah radang serta memberikan ketenangan dan kenyamanan (Ayu, 2009).

c. Tujuan Kompres Hangat

Menurut Yusniar (2013), ada umumnya kompres hangat bertujuan untuk meningkatkan perbaikan dan pemulihan jaringan.

Tujuan khususnya yaitu:

1. Memperlancar sirkulasi darah
2. Menurunkan suhu tubuh
3. Mengurangi rasa sakit
4. Memberi rasa hangat, nyaman dan tenang pada klien
5. Memperlancar pengeluaran eksudat
6. Merangsang peristaltik usus.

d. Jenis-jenis kompres hangat

Menurut Putri (2012), jenis-jenis kompres hangat ada beberapa macam yaitu:

1. Kompres hangat kering

Yakni dengan menggunakan pasir yang telah dipanasi sinar matahari guna mengobati nyeri-nyeri reumatik pada persendian. Selain itu, terapi ini juga dapat mengurangi berat badan dan menghilangkan kelebihan berat badan.

2. Kompres hangat lembab

Dewasa ini, kompres jenis ini digunakan dengan sarana atau mediasi sebuah alat yang dikenal dengan nama *hidrokolator*. Yakni alat elektrik yang diisi air, digunakan untuk memanaskannya hingga mencapai suhu tertentu. Di dalam alat ini dicelupkan

beberapa alat kompres dengan bobot bervariasi yang cocok untuk menutupi seluruh bagian tubuh. Terapis mengeluarkan kompre-kompres ini dengan menggunakan penjepit khusus, lalu melipatnya dengan handuk dan meletakkannya di atas tubuh pasien agar kompres tersebut berfungsi menghilangkan penyusutan otot dan membuatnya lentur kembali. Selain itu juga untuk membatasi atau mencegah nyeri dan memulihkan sirkulasi darah.

### 3. Kompres bahan wol hangat

Yakni dengan memanaskan bahan wol di atas uap kemudian diperas. Kompres macam ini memiliki kelebihan dengan kepanasannya yang tinggi dan tidak akan mencederai atau berbahaya bagi kulit. Kompres ini terdiri dari kompres dalam yang ditutup dengan tutup plastik tahan air. Juga memiliki bungkus luar terbuat dari bahan wol untuk mencegah atau membatasi masuknya hawa panas. Kompres ini digunakan untuk menghilangkan nyeri-nyeri dan penyusutan otot-otot. Kompres ini juga dapat digunakan 3-4 kali selama 5-10 menit.

### 4. Kompres *gelatine (jelly)*

Kompres model ini memiliki keistimewaan yang mampu menjaga panas atau dingin untuk beberapa lama. Kelebihan kompres ini terletak pada fleksibilitas bentuknya yang dapat dicocokkan dengan anggota tubuh sehingga mampu menghasilkan suhu yang diharapkan dan sanggup menggapai seluruh bagian



tubuh. Proses pendinginan kompres ini dihasilkan melalui alat khusus (*hidrokolaktor*) yang memungkinkan suhu panas untuk diatur. Kompres *gelatine* ini memiliki pengaruh dan cara penggunaan yang sama dengan kompres dingin).

Ketika memberikan kompres hangat pada klien, harus tetap diperhatikan suhu dari kompres itu sendiri untuk keefektifan kompres dalam mengurangi nyeri dan menghindari cedera pada kulit akibat suhu yang terlalu panas.

e. Mekanisme Kerja Kompres Hangat

Energi hangat atau panas yang hilang atau masuk kedalam tubuh melalui kulit dengan empat cara yaitu: secara konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi. Prinsip kerja kompres hangat dengan menggunakan buli-buli panas dibungkus kain yaitu secara konduksi dimana terjadi perpindahan panas dari buli-buli panas ke dalam perut yang akan melancarkan sirkulasi darah dan menurunkan ketegangan otot.

Kompres hangat dapat dilakukan dengan menempelkan kantong karet yang diisi air hangat atau dengan buli-buli panas atau handuk yang telah direndam didalam air hangat kebagian tubuh yang nyeri dengan suhu air sekitar 50°-60°c, karena pada suhu tersebut kulit dapat mentoleransi sehingga tidak terjadi iritasi dan kemerahan pada kulit yang dikompres. Dampak fisiologis dari kompres hangat adalah pelunakan jaringan fibrosa, membuat otot

tubuh lebih rileks, menurunkan atau menghilangkan rasa nyeri, dan memperlancar pasokan aliran darah (Frindely, 2009).

f. Kontra Indikasi

Menurut Frindely (2009), kontra indikasi pemberian kompres hangat yaitu:

- 1) Pada 24 jam pertama setelah cedera traumatik. Panas akan meningkatkan perdarahan atau pembengkakan.
- 2) Perdarahan aktif. Panas akan menyebabkan vasodilatasi dan meningkatkan perdarahan.
- 3) Edema noninflamasi. Panas meningkatkan permeabilitas kapiler dan edema.
- 4) Tumor ganas terlokalisasi. Karena panas mempercepat metabolisme sel, pertumbuhan sel, dan meningkatkan sirkulasi, panas dapat mempercepat *metastase* (tumor sekunder).
- 5) Gangguan kulit yang menyebabkan kemerahan atau lepuh. Panas dapat membakar atau menyebabkan kerusakan lebih jauh

g. Pelaksanaan

Menurut Rumah Sakit Yakksi (2016), pelaksanaan untuk kompres hangat meliputi:

1. Kompres Panas Menggunakan Buli-buli
  - a) Persiapan Alat
    - (1) Buli-buli panas dan sarungnya.
    - (2) Termos berisi air panas.

(3) Thermometer air panas (bila perlu).

(4) Lap kerja.

b) Prosedur Kerja

(1) Persiapan alat

(2) Cuci tangan

(3) Tutup privasi pasien

(4) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan (beritahu pasien untuk mengatakan apabila disela-sela pemberian kompres hangat sudah flatus atau belum)

(5) Mengatur pasien dalam posisi senyaman mungkin

(6) Lakukan pemasangan telebih dahulu pada buli-buli panas dengan cara : mengisi buli-buli dengan air panas, kencangkan penutupnya kemudian membalik posisi buli-buli berulang-ulang. Siapkan dan ukur air yang diinginkan ( $40^{\circ}\text{C}$ )

(7) Tutup kantung karet yang telah diisi air hangat dengan rapat dan benar kemudian dikeringkan

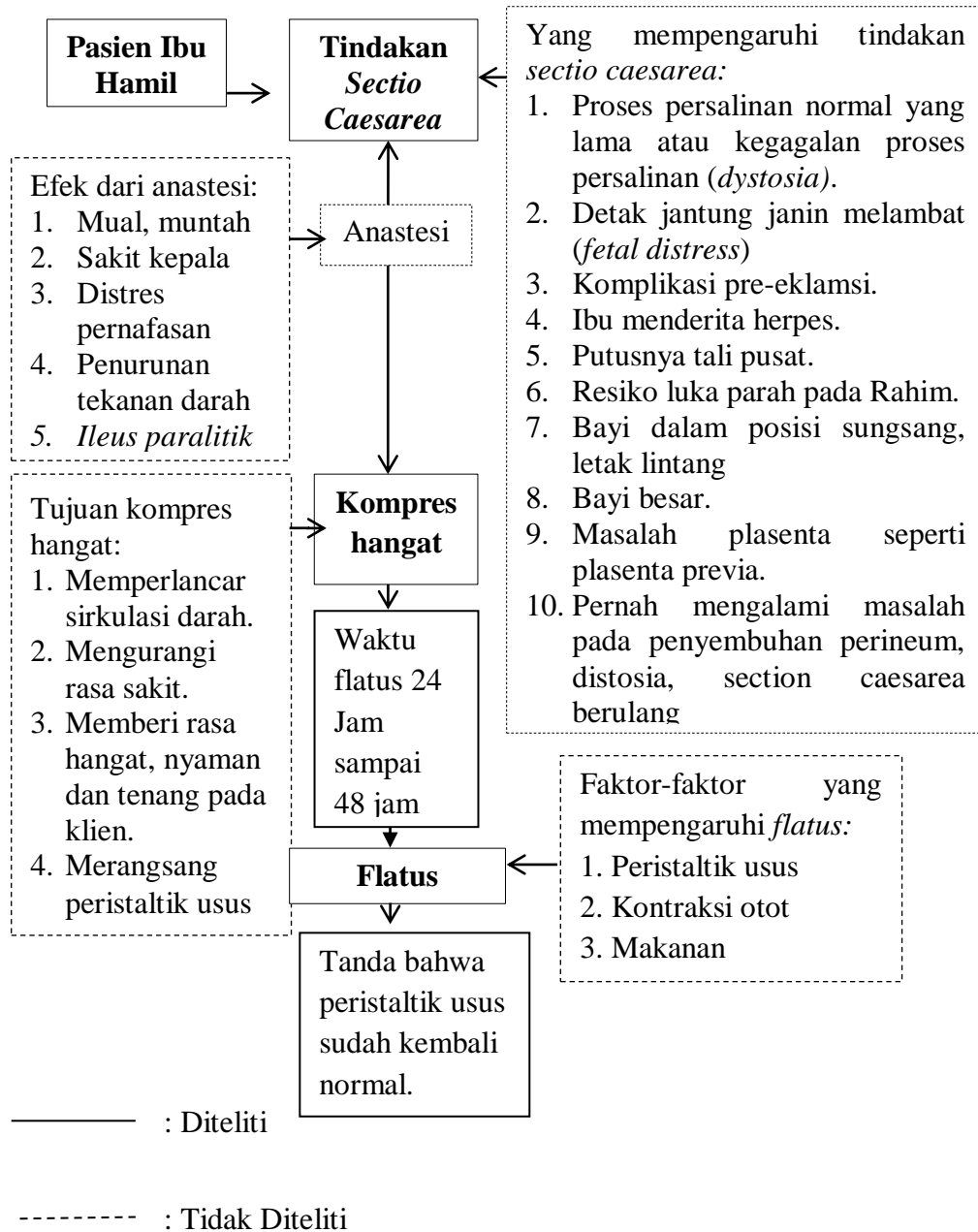
(8) Masukkan kantung karet kedalam kain

(9) Tempatkan kantung karet pada daerah pusat.

(10) Angkat kantung karet tersebut selama 15 menit, kemudian isi lagi kantung karet dengan air hangat. lakukan kompres ulang jika ibu menginginkan.

- (11) Catat perubahan yang terjadi selama kompres dilakukan pada 15 menit kemudian (apakah pasien sudah flatus atau belum)
- (12) Rapihan pasien
- (13) Bereskan alat alat bila sudah selesai
- (14) Cuci tangan
- (15) Pemberian Kompres hangat selanjutnya setelah 1 jam berikutnya

## B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: Grhasia (2011), Hartati (2015), Indi (2012), Jitowiyono (2012),

Otoyo (2014).

