

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Medis

2.1.1 Definisi

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Yuanita, 2020).

Sectio caesarea dilakukan sebagai pilihan jika tidak memungkinkan melakukan persalinan normal. *Sectio caesarea* dilakukan karena beberapa faktor tertentu diantaranya yaitu faktor bayi, faktor ibu, riwayat persalinan. sebagai proses pembedahan *sectio caesarea* juga mempunyai indikasi antara lain adalah *disproporsi* panggul (CPD), distosia, janin besar, gawat janin, *preeklamsia*, *eklamsia*, hipertensi, riwayat pernah *sectio caesarea* sebelumnya (Hijratun, 2019).

2.1.2 Etiologi

Etiologi dilakukan *Operasi Sectio Caesarea* secara garis besar di golongkan menjadi 2, yaitu :

1) Etiologi yang berasal dari Ibu

Adapun penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, dan komplikasi kehamilan. Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya *sectio caesarea* antara

lain: CPD (Cepalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir (Manuaba, 2019).

2.) .Etiologi berasal dari janin

Fetral Distress/ gawat janin, malfungsi dan malposisi janin, Prolaps tali pusat dengan bukaan kecil, kegagalan persalinan vakum, bayi terlalu besar, bayi kembar (Nurarif, 2015).

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi bentuk *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

1. *Sectio Caesarea Klasik*

Yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.

2. *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda*

Sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.

3. *Histerektomi Sectio Caesarea*

Yaitu bedah *caesarea* diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit ditangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim

4. *Sectio Caesarea Extraperitoneal*

Yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang

sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasis abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum (Ratnasari, 2020)

2.1.4 Patofisiologi

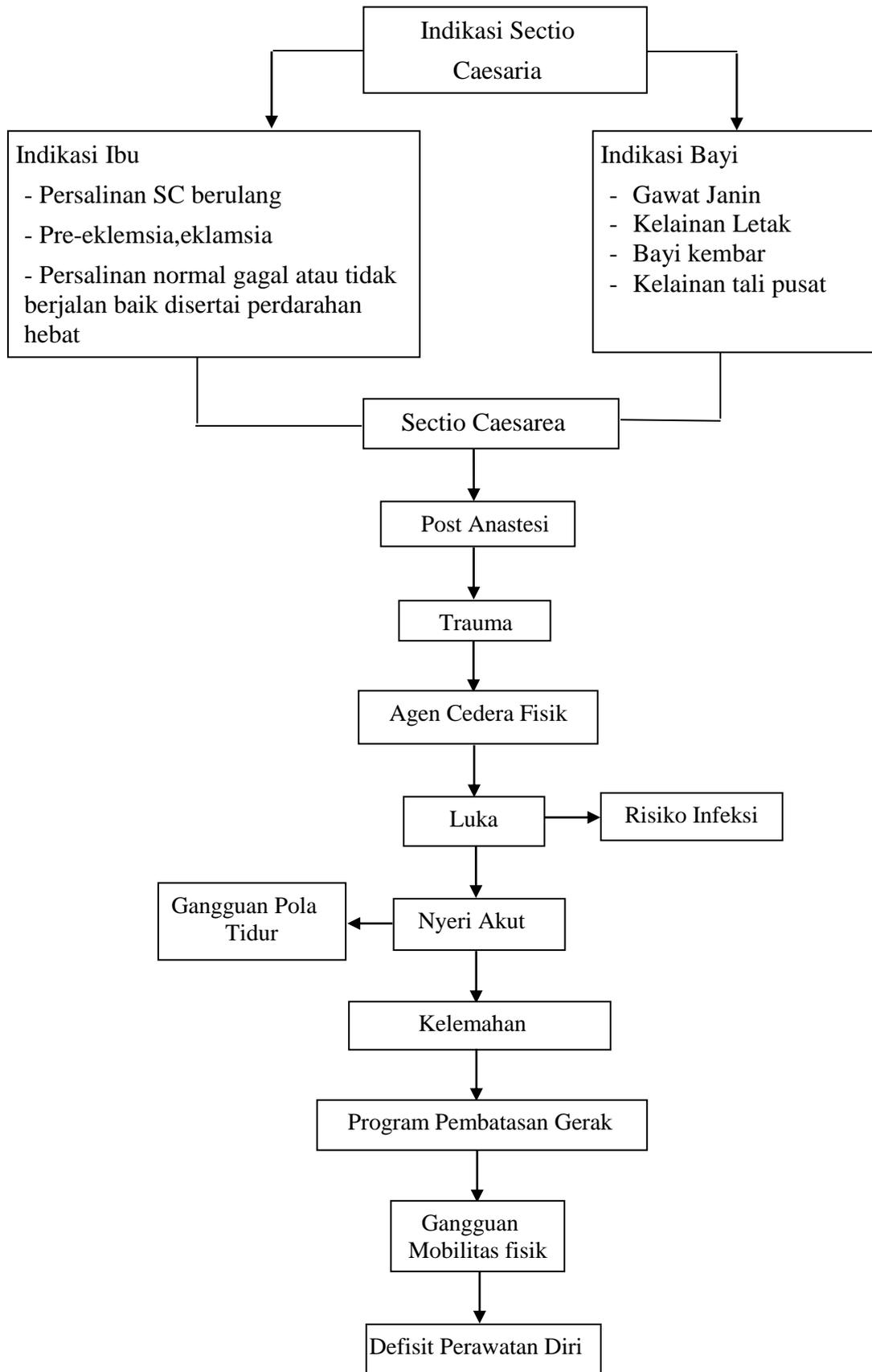
Proses persalinan beberapa kasus mengalami kelainan atau hambatan di mana menyebabkan tidak dapat lahirnya bayi secara normal atau spontan, seperti distosia serviks, plasenta previa sentralis dan lateralis, malpresentasi janin, panggul sempit, preeklampsia atau eklampsia, disproporsi sefalopelvik, partus lama, dan partus tidak maju. Beberapa kondisi tersebut dapat memerlukan adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.

Persalinan dengan metode pembedahan *sectio caesarea* dilakukan tindakan anestesi, anestesi yang tidak digunakan dapat bersifat regional maupun umum. Pemberian anestesi pada tindakan pembedahan ini dapat menimbulkan kelemahan pada otot sehingga menyebabkan kelemahan pada ekstremitas sehingga muncul masalah gangguan mobilitas fisik (Iyan, 2021).

Dalam proses pembedahan tindakan insisi dilakukan pada dinding abdomen dimana dapat menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, ketika obat anestesi berakhir timbulah rangsangan area sensorik yang dapat menyebabkan nyeri. Nyeri yang

ditimbulkan dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik karena Ibu enggan melakukan pergerakan maupun aktivitas (Nurarif, 2015).

2.1.5 Pathway



2.1.6 Komplikasi

Komplikasi pada persalinan antara lain :

a. Infeksi

Kenaikan suhu tubuh selama masa nifas, termasuk dalam komplikasi yang bersifat ringan, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis. Tanda infeksi yang perlu diwaspadai yang ditandai dengan kemerahan (*rubor*), panas (*kalor*), bengkak (*tumor*), nyeri (*dolor*) dan fungsi terganggu (*functio laesa*) (Hardiyanti, 2020).

b. Perdarahan

Perdarahan merupakan salah satu komplikasi yang bisa dikatakan serius setelah dilakukannya tindakan *sectio caesarea*. Perdarahan dapat disebabkan oleh pelebaran insisi uterus, Antonia Uteri, pengeluaran plasenta yang sulit. Keluarnya darah sekitar 500-1000 ml setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* (Sirait, 2022).

c. Komplikasi pada bayi

Komplikasi yang terjadi pada bayi salah satunya kejadian asfiksia yang disebabkan oleh ketuban pecah dini (KPD).

2.2 Konsep Masalah Keperawatan

2.2.1 Definisi Gangguan mobilitas fisik

Gangguan Mobilita Fisik berdasarkan Tim Pokja SDKI DPDI PPNI, (2018) adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2.2.2 Data Mayor dan Minor

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM)

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak	a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Gerakan terbatas d. Fisik lemah

2.2.3 Faktor Penyebab

1. Nyeri
2. Efek agen farmakologis
3. Ketidakbugaran fisik
4. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
5. Kecemasan
6. Keengganan melakukan pergerakan

2.2.4 Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik dalam pemulihan pasca *sectio caesarea* menjadi suatu masalah yang dapat menimbulkan kondisi klien menjadi semakin buruk. Salah satu penatalaksanaan masalah tersebut ialah mobilisasi dini, dimana membantu klien dalam beraktivitas kembali serta mempercepat proses penyembuhan luka (Ferinawati & Hartati, 2019).

a. Definisi mobilisasi dini

Mobilisasi dini merupakan suatu upaya yang dilakukan dalam menjaga kemandirian yang bertujuan untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Subandi, 2017).

b. Tujuan mobilisasi dini

Beberapa tujuan mobilisasi dini antara lain

- 1) Mempertahankan serta memelihara tonus otot
- 2) Meningkatkan pergerakan persendian
- 3) Membantu pernapasan menjadi lancar
- 4) Memperlancar peredaran darah

c. Manfaat mobilisasi dini

Adapun beberapa manfaat mobilisasi dini pasca persalinan *Seccio Caesarea* menurut Karyati *et all*, (2021) yaitu :

- a. Memperlancar peredaran darah yang bertujuan untuk mempercepat pengeluaran asi
- b. Tidak menyebabkan perdarahan abnormal
- c. Mempercepat involusi uterus
- d. Mengurangi infeksi puerperium

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada klien Post op sectio caesarea dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian menurut Baradero, dkk (2017) dalam Bugis (2020), yaitu :

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor dan nomor registrasi

2) Riwayat Penyakit

- a. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Riwayat kesehatan saat ini berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi section caesaria seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang, faktor plasenta previa, solution placenta), kelainan tali pusar, bayi kembar, preeklamsiya dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien

b. Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan, bagaimana pengeluaran lochea, bagaimana keadaan luka insisi abdomennya.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus dan bayi kembar yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

3) Riwayat Kehamilan Persalinan

Tempat melahirkan, penolong saat melahirkan, lama persalinan, komplikasi, perdarahan, jenis persalinan

4) Riwayat Anak dan Keadaan Nifas

Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan Tafsiran Partus (TP), berapa kali periksa saat hamil, apakah sudah imunisasi

TT, anak beberapa, tahun lahir anak, usia kehamilan, penyulit selama kehamilan, jenis persalinan, penolong selama persalinan, penyulit saat persalinan, komplikasi nifas seperti : laserasi, infeksi dan perdarahan, jenis kelamin, berat badan dan panjang anak saat lahir.

5) Riwayat Persalinan Sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak. keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

6) Perubahan Pola Kesehatan

a. Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan Karena kurangnya pengetahuan pasien tentang ketuban pecah dini, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya menjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya.

b. Nutrisi/metabolic Biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya

c. Pola eliminasi Pada pasien post section caesaria biasanya terjadi konstipasi karena pasien takut untuk melakukan BAB

d. Pola tidur dan istirahat Biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan.

7) Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum nilai tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respirasi).

2. Pernafasan

- a. Inspeksi Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.
- b. Palpasi Pergerakan sama atau simetris, fermitus rabasama.
- c. Perkusi Suara ketok sonor, tak ada erdup atau suaratambahan lainnya.
- d. Auskultasi Suara nafas normal, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan

3. Jantung

- a. Inspeksi Tidak tampak iktus jantung.
- b. Palpasi Nadi meningkat, iktus tidak teraba.
- c. Auskultasi

4. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inpeksi (apakah ada hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, periksa lokhea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ialah suatu penilaian klinis terhadap respon pasien menghadapi masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik secara langsung atau bersifat potensial. Diagnosa keperawatan memiliki tujuan untuk mengidentifikasi respon individu pasien, keluarga dan komunitas terhadap suatu situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnose keperawatan dapat ditegakan melalui tiga tahapan, yaitu analisa

data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosa, Tim Pokja SDKI PPNI (2017).

Berdasarkan PPNI (2018) diagnosa yang sering muncul pada pasien *Post Op Sectio Caesarea* adalah :

1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Program Pembatasan Gerak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
2. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
3. Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Kelemahan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Tabel 2.3
Rencana Keperawatan Pasien dengan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa Keperawatan	Indonesia (SLKI) Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
Gangguan mobilitas fisik (D0054)	Setelah dilakukan asuhan kepeawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kelemahan fisik menurun 3. Gerakan terbatas menurun 	Intervensi utama Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan Mobilisasi Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan

		<p>pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan mobilisasi dini (latihan gerak miring kiri dan miring kanan di tempat tidur) 3) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi dan berjalan) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat
Nyeri Akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Sikap potektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Pola nafas membaik 	<p>Intervensi utama Manajemen nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi keyakinan dan pengetahuan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan teknik komplementer 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik dengan tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Defisit perawatan	Setelah dilakukan	Intervensi utama

diri (D.0109)	asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (D.0109) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri 3. Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
----------------------	--	---

Sumber: TimPokjaSDKIPPNI,2017; TimPokjaSIKIPPNI,2018; TimPokjaSLKIPPNI (2019)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang merupakan komponen keempat proses keperawatan setelah merumuskan rencana asuhan keperawatan. Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien selalu berdasarkan intervensi yang sudah direncanakan berdasarkan Standar intervensi intervensi keperawatan indonesia, Tim Pokja SIKI PPNI (2018).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan. Terdapat dua jenis evaluasi :

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia

O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.

A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.

P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan implementasinya sudah berhasil di capai. Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa di laksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang di berikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan.

