

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Persalinan *sectio caesarea* merupakan suatu pembedahan dengan pembuatan sayatan atau insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk melahirkan bayi (Salfariani & Nasution, 2012). Tindakan medis yang dikenal sebagai operasi *sectio caesarea* diperlukan untuk membantu persalinan dalam keadaan tertentu, seperti ketika kesehatan ibu atau kondisi janin dalam bahaya. Persalinan melalui *sectio caesarea* biasanya dilakukan Ketika kelahiran normal tidak memungkinkan, namun ada juga yang dilakukan atas keinginan pasien atau dokter yang merawat (Ningsih & Rahmadhani, 2022).

Beberapa alasan dilakukannya operasi *sectio caesarea* yaitu terjadinya panggul sempit absolut, tumor-tumor jalan lahir yang dapat menimbulkan obstruksi, stenosis serviks atau vagina, disproporsi sefalopelvik, plasenta previa, ruptura uteri membakat. Terdapat alasan atau indikasi lain dilihat berdasarkan kondisi janin antara lain dikarenakan kelainan letak dan gawat janin, perkembangan bayi lambat atau lama, mencegah hipoksia janin karena preeklampsia berat dan juga terdapat indikasi relatif yang terdiri dari riwayat pernah dilakukannya operasi *sectio caesarea* sebelumnya, presentasi bokong, distosia, fetal distress, preeklampsia berat, adanya penyakit diabetes mellitus dan terdapat penyakit kardiovaskuler (Wiknjastro, 2010).

2.1.2 Etiologi *Sectio Caesarea*

Penyebab dilakukannya tindakan operasi *sectio caesarea* pada ibu hamil meliputi lamanya persalinan, riwayat operasi caesar sebelumnya, preeklampsia, placenta previa, kesulitan persalinan, kehamilan kembar, risiko janin, keterlambatan kelahiran, kelainan posisi janin, dan ketuban pecah dini. Resiko yang tinggi pada ibu dengan preeklampsia bisa membahayakan ibu dan bayi sehingga di butuhkan penanganan yang optimal untuk mencegah resiko tersebut. Jika dalam waktu 24 jam ibu tidak dapat melahirkan secara normal, maka salah satu tindakan alternatif dengan melakukan operasi *sectio caesarea* (Septiana & Sapitri, 2020).

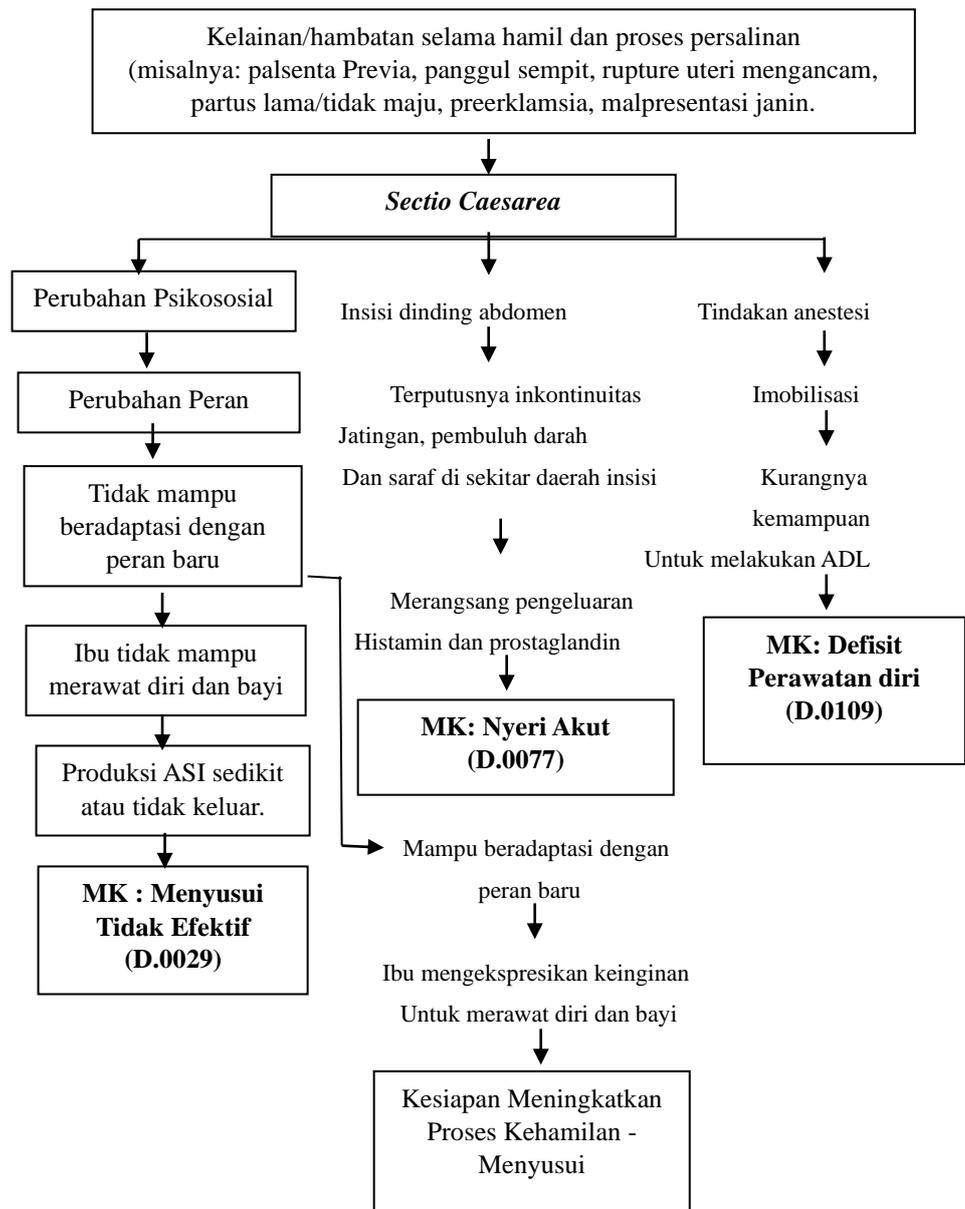
2.1.3 Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Tanda dan gejala yang muncul sehingga memungkinkan untuk dilakukannya tindakan operasi *sectio caesarea* adalah:

1. Fetal distress
2. His lemah/melemah
3. Janin dalam posisi sungsang atau melintang
4. Bayi besar (BBL > 4,2 kg)
5. Plasenta previa
6. Kelainan letak
7. Disproporsi cevalo-pelvik (ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul)
8. Rupture uteri mengancam
9. Hydrocephalus

10. Primi muda atau tua
11. Partus dengan komplikasi
12. Panggul sempit
13. Problema plasenta

2.1.4 Pathway *Sectio Caesarea*



2.1.5 Penatalaksanaan

1. Definisi *Breast Care*

Perawatan payudara (*Breast Care*) adalah suatu cara merawat payudara yang dilakukan pada saat kehamilan atau masa nifas untuk produksi ASI, selain itu untuk kebersihan payudara dan bentuk puting susu yang masuk ke dalam atau datar. Puting susu demikian sebenarnya bukanlah halangan bagi ibu untuk menyusui dengan baik dengan mengetahui sejak awal, ibu mempunyai waktu untuk mengusahakan agar puting susu lebih mudah sewaktu menyusui. Disamping itu juga sangat penting memperhatikan kebersihan personal hygiene. Perawatan payudara tidak hanya dilakukan sebelum melahirkan tetapi juga dilakukan setelah melahirkan. Perawatan payudara dilakukan sehari dua kali saat mandi dan bila ada masalah dengan menyusui juga dilakukan dua kali sehari. Saat seorang wanita hamil, pada tubuhnya terjadi perubahan – perubahan yang memang secara alamiah antara lain perubahan berat badan, perubahan pada kulit dan perubahan payudara (Nurahmawati et al., 2022).

2. Tujuan Perawatan Payudara/*Breast Care*

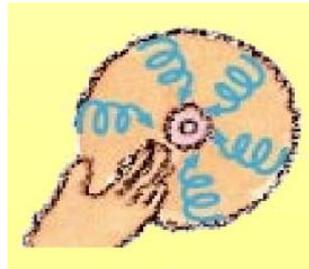
- a. Memelihara *hygiene* payudara
- b. Melenturkan dan menguatkan puting susu
- c. Payudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
- d. Dengan perawatan payudara yang baik puting susu tidak akan lecet saat dihisap oleh bayi

- e. Melancarkan aliran ASI
- f. Mengatasi puting susu datar atau tenggelam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayi

3. Langkah – Langkah *Breast Care*

Pengurutan 1

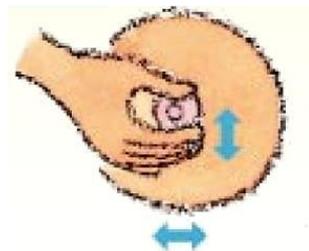
1. Mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah pangkal ke arah puting susu
2. Pijat bentuk melingkar dan spiral ke arah areola (3-4 kali untuk tiap payudara)



Gambar 2. 1 Perawatan Payudara Langkah Pertama

Pengurutan 2

3. Membuat gerakan memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu
4. Pijat melingkar mengikuti bundaran payudara



Gambar 2. 2 Perawatan Payudara Langkah Kedua

Pengurutan 3

5. Meletakkan kedua tangan diantara payudara, menurut dari tengah ke atas sambil tangan mengangkat kedua payudara dan lepaskan keduanya secara perlahan



Gambar 2.3 Perawatan Payudara Langkah Ketiga

Sumber: (Nurahmawati et al., 2022).

2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.2.1 Pengertian

Menyusui tidak efektif merupakan suatu kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan pada saat menyusui (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Kondisi menyusui tidak efektif ini membuat pemberian ASI menjadi rendah sehingga dapat menjadi ancaman bagi bayi khususnya bagi kelangsungan hidup bayi pada saat pertumbuhan dan perkembangan. Ketidاكلancaran pengeluaran ASI pada ibu setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan hormone oksitosin yang sangat berperan dalam pengeluaran ASI. Dalam proses pengeluaran ASI terdapat dua hal yang berpengaruh yaitu produksi dan pengeluaran. Produksi ASI dipengaruhi oleh hormone prolactin dan pengeluaran dipengaruhi oleh hormone oksitosin (Dewi Ekasari & Adimayanti, 2022).

2.2.2 Data Mayor dan Data Minor

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Kelelahan maternal
2. Kecemasan maternal

Objektif

1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
2. ASI tidak menetes/memancar

3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
4. Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. (tidak tersedia)

Objektif

1. Intake bayi tidak adekuat
2. Bayi menghisap tidak terus menerus
3. Bayi menangis saat disusui

2.2.3 Faktor Penyebab

Fisiologis

1. Ketidakadekuatan suplai ASI
2. Hambatan pada neonatus (mis. Prematuritas, sumbing)
3. Anomali payudara ibu (mis. Puting yang masuk ke dalam)
4. Ketidakadekuatan refleks oksitosin
5. Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
6. Payudara bengkak
7. Riwayat operasi payudara
8. Kelahiran kembar

Situasional

1. Tidak rawat gabung
2. Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui
3. Kurangnya dukungan keluarga

4. Faktor budaya

2.2.4 Penatalaksanaan

Edukasi Menyusui (I.12393)

Edukasi menyusui adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan informasi dan saran tentang menyusui yang dimulai dari antepartum, intrapartum dan post partum.

Observasi

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik

1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya
4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat

Edukasi

1. Berikan konseling menyusui
2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (*latch on*) dengan benar
4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
5. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pada pengkajian klien dengan sectio caesaria, data yang dapat ditemukan meliputi distress janin, kegagalan untuk melanjutkan persalinan, malposisi janin, prolaps tali pusut, abrupsi plasenta dan plasenta previa.

a. Identitas atau biodata klien

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

b. Keluhan utama

c. Riwayat kesehatan (terdahulu, sekarang, riwayat kesehatan keluarga)

d. Pola-pola fungsi kesehatan:

- Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Karena kurangnya pengetahuan klien tentang ketuban pecah dini, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya menjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya

- Pola nutrisi dan metabolisme

Pada klien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

- Pola aktifitas

Pada pasien pos partum klien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, terbatas pada aktifitas ringan, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat

lelah, pada klien nifas didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

- Pola eliminasi

Pada pasien pos partum sering terjadi adanya perasaan sering /susah kencing selama masa nifas yang ditimbulkan karena terjadinya odema dari trigono, yang menimbulkan inveksi dari uretra sehingga sering terjadi konstipasi karena penderita takut untuk melakukan BAB.

- Istirahat dan tidur

Pada klien nifas terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri epis setelah persalinan.

- Pola hubungan dan peran

Peran klien dalam keluarga meliputi hubungan klien dengan keluarga dan orang lain.

- Pola penanggulangan sters

Biasanya klien sering melamun dan merasa cemas

- Pola sensori dan kognitif

Pola sensori klien merasakan nyeri pada prineum akibat luka janhitan dan nyeri perut akibat involusi uteri, pada pola kognitif klien nifas primipara terjadi kurangnya pengetahuan merawat bayinya

- Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, lebih- lebih menjelang persalinan dampak psikologis klien terjadi perubahan konsep diri antara lain dan body image dan ideal diri.

- Pola reproduksi dan sosial

Terjadinya disfungsi seksual yaitu peraubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas

e. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang-kadang terdapat adanya cloasma gravidarum dan apakah ada benjolan

2) Leher

Kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, karena adanya proses menerang yang salah

3) Mata

Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva dan kadang-kadang keadaan selaput ata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning

4) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga

5) Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partim kadang kadang ditemukan pernapasan cuping hidung

6) Dada

Terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papila mammae

7) Pada klien nifas abdomen kendor kadang kadang striae masih terasa nyeri, tingi fundus uteri dibawa pusat

8) Genetalia

Pengeluaran darah campur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak

9) Anus

Kadang kadang pada klien nifas ada luka pada anus karena ruptur

10) Ekstremitas

Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarnya uterus, karena preeklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal

11) Tanda tanda vital

Apabila terjadi perdarahan pada post partum tekanan darah menurun, nadi cepat, pernafasan meningkat dan suhu tubuh turun.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Menyusui Tidak Efektif (D.0029) b.d ketidakadekuatan suplai ASI d.d ASI tidak memancar/menetes, kecemasan maternal, bayi menangis saat disusui
2. Nyeri Akut (D.0077) b.d mengeluh nyeri d.d tekanan darah meningkat, gelisah, sulit tidur dan pola makan berubah
3. Defisit Perawatan Diri D.0109 b.d kelemahan d.d tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet dan minat melakukan perawatan diri kurang.

2.3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2. 1 Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Menyusui Tidak Efektif	Tidak	Status Membaik (L.03029)	Edukasi (I.12393)
b.d ketidakadekuatan suplai ASI d.d ASI tidak memancar/menetes, kecemasan maternal, bayi menangis saat disusui (D.0029)	bayi saat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 2 jam diharapkan Status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan

meningkat	untuk bertanya
4. Berat badan bayi meningkat	4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
5. Tetesan/pancaran ASI meningkat	5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat
6. Suplai ASI adekuat meningkat	Edukasi
7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat	1. Berikan konseling menyusui
8. Kepercayaan diri ibu meningkat	2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
9. Lecet pada puting menurun	3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar
10. Kelelahan maternal menurun	4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
11. Kecemasan maternal menurun	5. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan di mana perawat melaksanakan rencana perawatan yang telah disusun berdasarkan penilaian dan diagnosis keperawatan. Pada tahap ini, perawat

menerapkan intervensi yang telah ditentukan dan memantau respon pasien terhadap intervensi tersebut untuk mencapai hasil kesehatan yang diinginkan. Perawat menerapkan apa yang sudah direncanakan untuk mengurangi masalah yang muncul yaitu menyusui tidak efektif dengan menerapkan perawatan payudara sebagai intervensi yang akan dilakukan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Pada tahap ini, perawat mengukur hasil yang dicapai dibandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana perawatan. Evaluasi mencakup pengumpulan data, analisis hasil, dan penyesuaian rencana perawatan jika diperlukan. Langkah-langkah evaluasi keperawatan yang pertama yaitu pengumpulan data dimana perawat mengumpulkan informasi mengenai respons pasien terhadap intervensi yang diberikan berupa *breast care*, yang kedua yaitu analisis hasil dimana perawat membandingkan data yang dikumpulkan dengan tujuan yang telah ditentukan dan langkah yang terakhir yaitu penyesuaian rencana dimana perawat menentukan apakah rencana perawatan perlu diperbarui berdasarkan hasil evaluasi (O'Neill, 2020).