

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi) dan sayatan di dalam rahim (histerotomi) (Sung, 2020). *sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam Rahim (Arda & Hartaty, 2021). *Sectio caesarea* tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan dengan indikasi tertentu, baik karena gangguan kesehatan ibu maupun kondisi janin (Ningsih, N.J. Setia & Ramadhani, 2022)

2. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

(Manuaba, 2012) menyatakan bentuk pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi, yaitu :

a. *Sectio Caesarea* Klasik

Sectio caesarea klasik dilakukan pembuatan vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Pembedahan ini tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya dan

melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. *Sectio Caesarea* Transperitonealis Profunda

Sectio caesarea transperitonealis profunda atau disebut juga dengan *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Sectio caesarea histerektomi merupakan suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, akan dilanjutkan dengan pengangkatan rahim pada ibu.

d. *Sectio Caesarea* Ekstraperitoneal

Sectio caesarea ekstraperitoneal, merupakan tindakan *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama.

3. Etiologi *Sectio Caesarea*

(Nurarif, A. H. dan Kusuma, 2016) menyatakan etiologi operasi *sectio caesarea* terbagi menjadi dua, yaitu :

a. Etiologi Yang Berasal Dari Ibu

Etiologi yang berasal dari Ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak, ada

disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio placentae tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit dengan (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

b. Etiologi Yang Berasal Dari Janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

4. Indikasi *Sectio Caesarea*

Sung Mahdy (2020) menyatakan indikasi Ibu untuk melakukan operasi *sectio caesarea* yaitu :

- a. Permintaan Ibu
- b. Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvis
- c. Riwayat persalinan sesar sebelumnya
- d. Riwayat Trauma perineum
- e. Riwayat operasi rekonstruksi panggul atau anal/rektal
- f. Riwayat penyakit jantung dan paru
- g. Terkena penyakit Herpes simpleks atau infeksi HIV

Berdasarkan indikasi janin untuk operasi caesar yaitu :

- a. Status janin yang tidak meyakinkan (seperti pemeriksaan doppler tali pusat abnormal) atau detak jantung janin yang abnormal
 - b. Prolaps tali pusat atau tertutupnya jalan lahir oleh tali pusat yang turun terlebih dahulu sebelum janin
 - c. Gagal melahirkan pervaginam operatif
 - d. Makrosomia (kondisi janin yang terlalu besar)
 - e. Trombositopenia
 - f. Trauma kelahiran neonatal sebelumnya
5. Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Kontraindikasi *sectio caesarea* yaitu keadaan janin sudah dalam keadaan mati, ibu hamil dengan syok, anemia berat yang belum diatasi, dan kelainan kongenital (Manuaba, 2012). *sectio caesarea* juga disebabkan oleh beberapa keadaan yaitu: janin mati, janin terlalu prematur untuk bertahan hidup, adanya infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum diatasi, kelainan kongenital, tidak ada atau kurangnya sarana/fasilitas serta kemampuan.

6. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Beberapa komplikasi yang paling sering terjadi dari operasi *Sectio Caesarea* adalah akibat tindakan regional anestesi dengan teknik spinal anestesi selain itu juga jumlah darah yang dikeluarkan oleh Ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, endometriosis (radang endometrium), tromboplebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak

sempurna (Manuaba, 2012). Beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan *sectio caesarea* adalah perdarahan karena atonia uteri (kondisi uterus yang tidak adekuat), pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta. Selain itu infeksi pada traktus genitalia, infeksi traktus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratorius atas. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah mual muntah , dan kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas.

B. Konsep *Post Operative Nausea And Vomiting (PONV)*

1. Definisi *PONV*

Mual dan muntah pasca operasi (*PONV*) didefinisikan sebagai mual atau dorongan atau keinginan untuk muntah, atau muntah atau keduanya mual dan muntah yang terjadi selama 24-48 jam pertama pasca operasi pada pasien yang menjalani operasi. *PONV* adalah masalah umum pasca operasi dalam bidang anestesi dan masih menjadi tantangan, terutama pada populasi obstetri dan lebih sering terjadi setelah operasi sesar dengan anestesi regional. Mengetahui patofisiologi *PONV* dan menilai faktor risikonya dapat memberikan pendekatan yang lebih rasional dalam pencegahan dan penatalaksanaan. Beberapa agen anestesi dan analgesik bersifat emetogenik dan dengan demikian mempengaruhi pasien terhadap risiko tinggi *PONV*. Menggabungkan beberapa obat antiemetik dengan tempat kerja yang berbeda sebagai bagian dari rejimen profilaksis *PONV* berbasis risiko akan mengurangi kejadian *PONV* pada pasien (Hailu et al., 2022).

Menurut Asosiasi Perawat Pasca Anestesi Amerika/ ASPAN (2016) PONV dibedakan menjadi 3, yaitu :

a. Mual

- 1) Sensasi subjektif dibelakang tenggorokan atau epigastrium
- 2) Aktivitas kortikal sadar
- 3) Kesadaran akan kebutuhan untuk/ingin muntah
- 4) Tidak ada pergerakan otot ekspulsif
- 5) Mungkin tidak berujung pada muntah

b. Muntah

- 1) Pengeluaran isi lambung melalui organ mulut atau hidung
- 2) Reflek yang dikendalikan oleh batang otak
- 3) Mungkin atau tidak mungkin didahului dengan mual
- 4) Gerakan otot terkoordinasi
- 5) Terkait dengan perubahan fisiologis, peningkatan denyut jantung.
- 6) Frekuensi napas meningkat, berkeringat

2. Patofisiologi Muntah Pasca Operasi

Patofisiologi mual merupakan mekanisme kompleks yang mencakup keadaan psikologis, sistem saraf otonom, sistem saraf pusat, disritmia lambung, dan sistem endokrin. Mekanisme terjadinya PONV bersifat kompleks dan multifaktorial yang meliputi *chemoreceptor triggering zone (CTZ)*, jalur refleks aferen dari korteks serebral, jalur mukosa vagal pada sistem cerna, jalur saraf dari sistem vestibular, dan jalur aferen otak tengah. Stimulasi jalur aferen ini mengaktifkan pusat muntah melalui reseptor dopaminergik, histaminergik, kolinergik

(muskarinik), atau serotonergik. Reseptor ini berfungsi sebagai dasar terapi farmakologis untuk mual dan muntah (Hailu et al., 2022)

Impuls motorik dihantarkan dari pusat muntah melalui nervus cranials ke saluran pencernaan bagian atas, dan melalui syaraf spinal ke diafragma dan otot-otot abdominal. —*Trigger zone*. chemoreseptor pada ventrikel ke 4 memiliki peran khusus untuk mengawali muntah. *Chemoreceptor trigger zone (CTZ)*, pusat muntah, dan nukleus traktus solitarius. Chemoreceptor trigger zone (CTZ) terletak diarea postrema pada dasar ujung kaudal ventrikel IV diluar darah otak. *Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ)* mengandung resptor yang bermacam senyawa neuroaktif yang dapat menyebabkan reflek muntah. Rangsang refleks muntah berasal dari gastrointestinal, vestibulo-okular, aferen kortikal yang tinggi menuju *Central Venous Catheter (CVC)*, kemudian dimulai dengan gejala mual (*nausea*), upaya kuat yang tidak disengaja untuk muntah (*retching*), serta ekspulsi isi lambung atau muntah (Hailu et al., 2022).

3. Klasifikasi Terjadinya *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV)

Menurut asosiasi perawat pasca anastesi amerika/ASPAN (2016) berdasarkan waktu timbulnya PONV digolongkan sebagai berikut:

- a. Early *PONV* Adalah mual atau muntah pasca operasi yang timbul pada 2-6 jam setelah pembedahan, biasanya terjadi pada fase PACU (Post Anestesi Care Unit) atau saat berada diruang recovery room.

- b. Late *PONV* Adalah mual dan muntah pasca operasi yang timbul pada 6-24 jam setelah pembedahan, biasanya terjadi diruang pemulihan atau ruang perawatan pasca bedah.
 - c. Delayed *PONV* Adalah mual dan muntah yang timbul setelah 24 jam pasca pembedahan
4. Faktor Resiko *Post Operative Nausea And Vomiting (PONV)*

Kejadian mual muntah pasca operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor (Hailu et al., 2022), yaitu :

a. Faktor Pasien

- 1) Umur : insiden terjadinya mual dan muntah pasca operasi 5% pada bayi, 25% pada usia dibawah 5 tahun , 42-51% pada umur 6-16 tahun dan 14-40 pada dewasa.
- 2) Jenis kelamin : wanita dewasa 3 kali lebih berisiko dibanding laki-laki (kemungkinan disebabkan oleh hormon). Lenka Doubravska et al dalam penelitian Sholihah et al (2014) yaitu tingginya frekuensi jenis kelamin perempuan yang mengalami mual muntah pasca operasi diakibatkan adanya pengaruh hormonal yang berkontribusi dalam sensitivitas terhadap kejadian mual muntah pasca operasi.
- 3) Obesitas : BMI >30 menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial abdominal yang disebabkan karena adanya refluks esofagus yang dapat menyebabkan mual muntah pasca operasi

- 4) Merokok : kejadian mual muntah pasca operasi lebih berisiko pada pasien yang tidak merokok. Anggrahini (2017) dalam penelitiannya bahwa rokok (tembakau) mengandung zat emetogenik sehingga orang yang merokok lebih toleran terhadap zat emetogenik yang terkandung dalam obat-obat anestesi sehingga dapat menurunkan respon mual muntah.
- 5) Kelainan metabolik (Diabetes melitus) : akibat waktu penundaan pengosongan lambung dapat menyebabkan terjadinya mual muntah pasca operasi.
- 6) Riwayat mual dan muntah sebelumnya : pasien dengan riwayat mual muntah pasca operasi sebelumnya memiliki potensial yang lebih baik terhadap terjadinya mual muntah. Hal ini karena Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ) dan vestibular aferen lebih sensitif terhadap rangsangan, baik itu obat maupun rangsangan lain yang terjadi pada responden yang pernah mengalami mual muntah pasca operasi sebelumnya.

b. Faktor Anestesi

1) Premedikasi

Pemberian opioid pada pasien dapat meningkatkan kejadian mual muntah pasca operasi. Reseptor opioid terdapat di Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ) yang dapat menimbulkan efek gamma amino butyric acid (GABA) meningkat. Akibat peningkatan gamma amino butyric acid

(GABA) dapat menyebabkan aktifitas dopaminergik menurun sehingga terjadi pelepasan 5-HT3 di otak.

2) Obat Anestesi Inhalasi

Kejadian mual muntah post operasi akibat pemberian obat anestesi inhalasi tetap didasarkan atas lamanya pasien terpapar obat-obat anestesi selama menjalani operasi. Tetapi biasanya terjadi dalam beberapa jam pasca operasi.

3) Obat Anestesi Intravena

Pemberian propofol dapat menurunkan mual muntah post operasi. sebagian besar menyebutkan bahwa propofol dapat menghambat antagonis dopamin di area postrema.

4) Regional Anestesi

Teknik regional anestesi lebih menguntungkan dibandingkan dengan teknik general anestesi. Karena Kejadian hipotensi dapat menyebabkan batang otak iskemik sehingga dapat meningkatkan kejadian mual muntah post operasi. Namun kejadian mual muntah post operasi pada teknik regional anestesi ini dapat diturunkan dengan pemberian opioid yang bersifat lipofilik.

5) Faktor pasca operasi

Mual pasca operasi disebabkan akibat pengosongan lambung yang terjadi karenan adanya nyeri. Selain itu perubahan posisi pasien pasca operasi dapat menimbulkan mual muntah post operasi.

c. Faktor Pembedahan

1) Kejadian mual dan muntah juga berhubungan dengan tingginya insiden dan keparahan mual dan muntah pasca operasi, seperti pembedahan laparaskopi, bedah payudara, laparatomi, bedah plastik, bedah THT, dan bedah ginekologi.

2) Durasi operasi (setiap 30 menit penambahan waktu resiko mual dan muntah pasca operasi meningkat sampai 60%

5. Penilaian Respon *Post Operative Nausea and Vomiting (PONV)*

PONV dapat berlangsung dalam beberapa menit, jam dan hari.

Tergantung dengan kondisi pasien, adapun tahapannya yaitu :

Tahap awal = 2 sampai 6 jam pasca operasi

Tahap lanjut = 24 atau 48 jam pasca operasi

Skala pengukuran PONV (Skala Gordon)

0 = Tidak mual dan tidak muntah

1 = Mual menetap lebih dari 10 menit dan atau muntah hanya sekali, tidak membutuhkan pengobatan.

2 = Mual menetap lebih dari 10 menit dan atau muntah 2 kali dan tidak membutuhkan pengobatan.

3 = Mual menetap lebih dari 10 menit dan atau muntah lebih dari 2 kali dan membutuhkan pengobatan.

4 = Mual muntah membandel yang tidak berespon dengan pengobatan.

6. Pengelolaan Mual dan Muntah Pasca Operasi

a. Terapi Farmakologi

Penanganan mual dan muntah dengan terapi farmakologi dengan pemberian obat antiemetik. Pemberian antiemetik tidak ada yang efektif sepenuhnya untuk mencegah mual muntah post operasi. Cara kerja antiemetik yaitu menghambat reseptor yang berkaitan dengan emesis. Oleh karena itu dilakukan pendekatan multimodal dengan cara pemberian anestesi regional dan menghindari pemberian obat emetogenik.

b. Terapi non farmakologi

Teknik non farmakologi yang memiliki kemampuan mencegah mual muntah pasca operasi antara lain akupunktur, elektroakupunktur (EA), accupresure, pengaturan posisi pasien semi fowler, teknik relaksasi nafas dalam (Virgianti Nur Faridah, 2013). Selain itu terapi non farmakologi alternatif yang dapat bermanfaat sebagai profilaksis dan pengobatan mual muntah pasca operasi yaitu hipnosis.

C. Konsep Semi *Fowler*

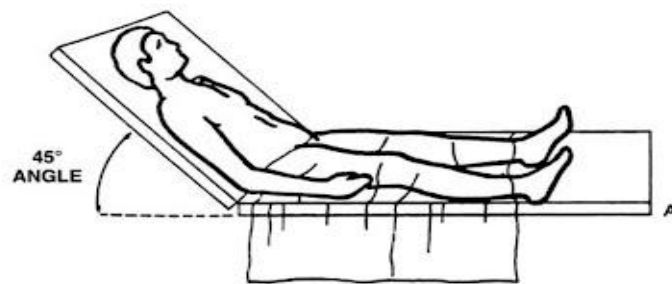
1. Definisi Semi *Fowler*

Semi *Fowler* merupakan posisi Dimana bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45 derajat dan lutut klien sedikit ditinggikan tanpa tekanan untuk membatasi sirkulasi ditungkai bawah. Posisi Semi *Fowler* atau posisi setengah duduk juga merupakan posisi ditempat

tidur dengan kepala dan tubuh ditinggikan dan lutut dapat fleksi atau tidak fleksi (Hidayat, 2008)

Semi *Fowler* atau posisi setengah duduk adalah posisi tempat tidur yang meninggikan batang tubuh dan kepala dinaikkan 15 sampai 45 derajat. Apabila pasien dalam posisi ini, gravitasi menarik diafragma kebawah, memungkinkan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar (Kozier, 2012)

Gambar 2. 1 Posisi Semi *Fowler*



2. Tujuan Pemberian Posisi Semi *Fowler*

Posisi semi *fowler* bertujuan untuk memberikan kenyamanan pada pasien, memfasilitasi fungsi pernafasan, mobilitas, memberikan perasaan lega pada pasien yang sesak nafas dan pasien yang mengalami mual dan muntah sehingga memudahkan perawatan pada pasien (Hidayat, 2008).

3. Keuntungan Posisi Semi *Fowler*

Posisi Semi *Fowler* juga disukai saat melahirkan karena lebih nyaman bagi individu yang melahirkan dan terlihat untuk mengurangi kebutuhan analgesik dan intervensi lain, seperti operasi Caesar yang

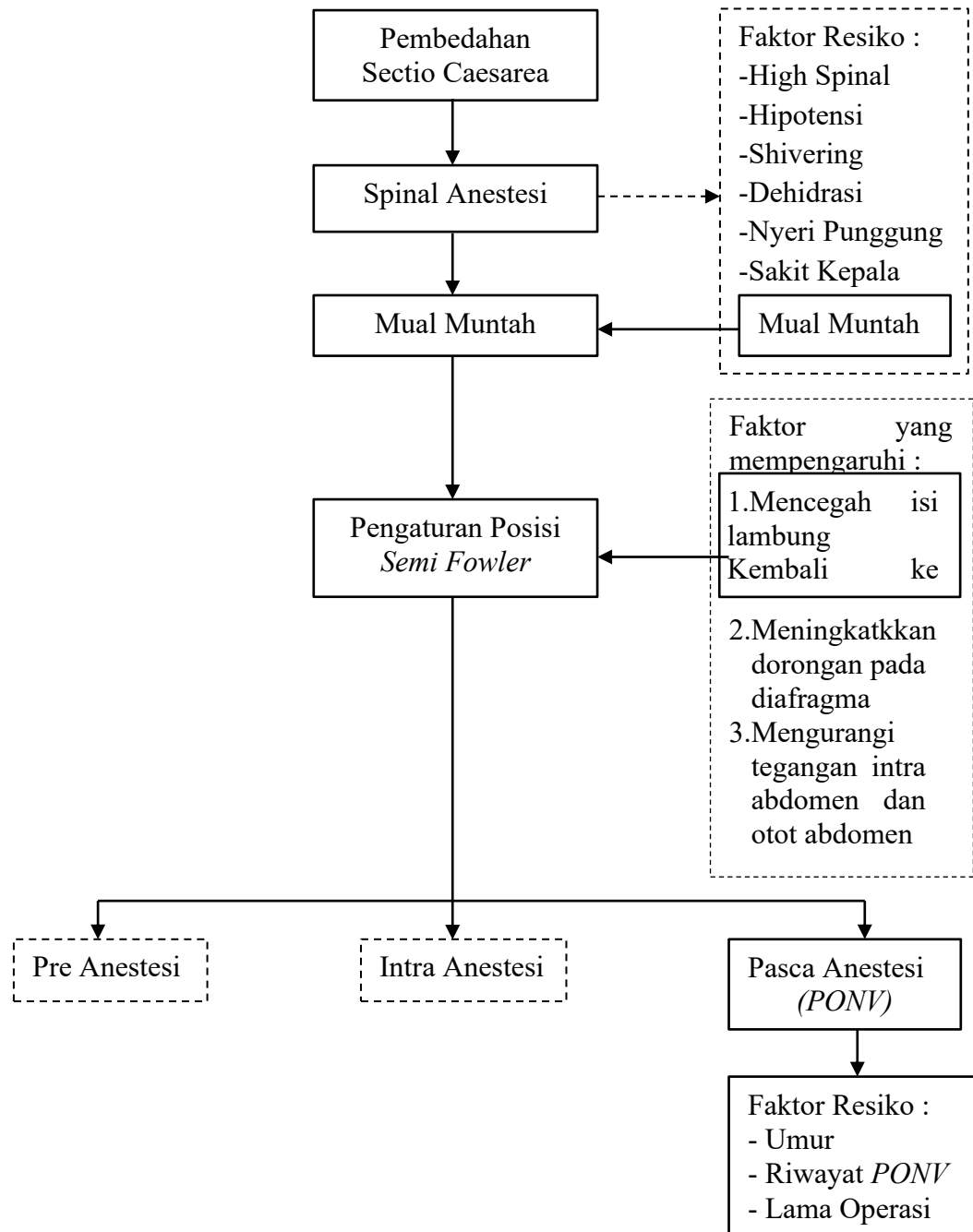
mendesak. Mengangkat kepala tempat tidur dalam posisi *semi fowler* mencegah isi lambung Kembali ke kerongkongan (Maria Emfietzoglou, n.d.)

4. Prosedur Posisi Semi *Fowler*

SOP Pengaturan Posisi Semi *Fowler* menurut PPNI 2021 :

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- b. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur pengaturan posisi *semi fowler*
- c. Lakukan cuci tangan 6 langkah
- d. Pasang handscone bersih, jika perlu
- e. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- f. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi
- g. Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30 – 45°
- h. Pastikan pasien dalam posisi nyaman
- i. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- j. Lepaskan sarung tangan
- k. Lakukan cuci tangan 6 langkah Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien.

D. Kerangka Teori



Sumber : Rehatta, N.M et.al. (2019), Sjamsuhidajat (2017)

Keterangan : : Diteliti
 : Tidak Diteliti

Bagan 2. 1 Kerangka Teori

Pengaruh Posisi Semi Fowler terhadap penurunan kejadian *Post Operative Nausea and Vomiting (PONV)* Pada Pasien *Sectio Caesarea*