

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Risiko Infeksi Pada Post *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*(SC)

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.(Nurarif & Kusuma, 2015).

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

2. Klasifikasi *Sectio Caesarea* (SC)

a. *Sectio Caesarea* (SC) abdomen

SC transperitonealis

b. *Sectio Caesarea* (SC) vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, SC dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Sayatan yang memanjang
- 2) Sayatan yang melintang
- 3) Sayatan yang berbentuk huruf T

c. *Sectio Caesarea* (SC) klasik

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak

kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

d. *Sectio Caesarea (SC)* ismika

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira – kira sepanjang 10 cm (Nurarif & Kusuma, 2015).

3. Etiologi *Sectio Caesarea (SC)*

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir.

b. Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

4. Komplikasi *PostSectio Caesarea (Sc)*

Komplikasi pada *sectio caesarea* menurut (Mochtar, 2013, hal. 87) adalah saebagai berikut :

a. Infeksi Puerferral (nifas)

- 1) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.
- 2) Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- 3) Berat dengan peritonitis, sepsis dan illeus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.

b. Perdarahan karena :

- 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
- 2) Atonia uteri.
- 3) Perdarahan pada placentar bed.

c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

5. Resiko Infeksi Pada Post Sectio Caesaria

Infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Risiko infeksi merupakan keadaan dimana seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen (Potter & Perry, 2005).

6. Faktor Risiko Infeksi

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia(2017), faktor risiko terjadinya infeksi adalah sebagai berikut :

- a. Efek prosedur invasif
- b. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- c. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

Kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya,

- d. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :

Penurunan hemoglobin, imununosupresi.

7. Faktor Penyebab Risiko Infeksi

Penyebab dari resiko infeksi pada ibu post sectio caesaria dalam klasifikasi (NANDA, 2012) antara lain:

1. Prosedur invasive
2. Tidak cukup pengetahuan dalam menghindari paparan pathogen
3. Trauma
4. Destruksi jaringan dan peningkatan paparan lingkungan
5. Rupture membrane amnionik
6. Agen farmasetikal (misalnya imunosupresan)
7. Malnutrisi
8. Peningkatan paparan lingkungan terhadap pathogen
9. Imunosupresi

10. Imunitas yang tidak adekuat
11. Pertahanan sekunder tidak adekuat (Hb menurun, Leukopenia, Penekanan respon inflamasi)
12. Pertahanan respon primer tidak adekuat (kulit tak utuh, trauma jaringan, penurunan gerak silia, cairan tubuh statis, perubahan sekresi Ph, perubahan peristaltik)
13. Penyakit kronis

8. Faktor Predisposisi/Faktor Pencetus

Beberapa faktor yang mencetuskan risiko infeksi pada pasien menurut Potter & Perry (2005) adalah:

a. Agen

Agen itu penyebab infeksinya, yaitu mikroorganisme yang masuk bisa karena agennya sendiri atau karena toksin yang dilepas.

b. Host

Host itu yang terinfeksi, jadi biarpun ada agen, kalau tidak ada yang bisa dikenai, tidak ada infeksi. Host biasanya orang atau hewan yang sesuai dengan kebutuhan agen untuk bisa bertahan hidup atau berkembang biak.

c. Environment (lingkungan)

Environment itu lingkungan di sekitar agen dan host, seperti suhu, kelembaban, sinar matahari, oksige dan sebagainya. Ada agen tertentu yang hanya bisa bertahan atau menginfeksi pada keadaan lingkungan yang tertentu juga.

9. Dampak risiko infeksi

Dampak apabila ibu nifas mengalami infeksi luka *Post Sectio Caesarea* dan tidak segera ditangani akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan epidermis maupun dermis, gangguan pada sistem persyarafan, dan kerusakan jaringan seluler menurut (Hasanah and Wardayanti, 2015)

10. Tanda dan gejala

Tanda dan Gejala yang lazim terjadi, pada infeksi menurut (Smeltzer, 2002) sebagai berikut :

a. Rubor

Rubor atau kemerahan merupakan hal yang pertama yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan. Saat reaksi peradangan timbul, terjadi pelebaran arteriola yang mensuplai darah ke daerah peradangan. Sehingga lebih banyak darah mengalir ke mikrosirkulasi local dan kapiler meregang dengan cepat terisi penuh dengan darah. Keadaan ini disebut hyperemia atau kongesti, menyebabkan warna merah local karena peradangan akut.

b. Kalor

Kalor terjadi bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut. Kalor disebabkan pula oleh sirkulasi darah yang meningkat. Sebab darah yang memiliki suhu 37 derajat celsius disalurkan ke permukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak daripada ke daerah normal.

c. Dolor

Perubahan pH local atau konsentrasi local ion-ion tertentu dapat merangsang ujung-ujung saraf. Pengeluaran zat seperti histamine atau bioaktif lainnya dapat merangsang saraf. Rasa sakit disebabkan pula oleh tekanan meninggi akibat pembengkakan jaringan yang meradang.

d. Tumor

Pembengkakan sebagian disebabkan hiperemi dan sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringan interstitial.

e. Functio Laesa

Merupakan reaksi peradangan yang telah dikenal. Akan tetapi belum diketahui secara mendalam mekanisme terganggunya fungsi jaringan yang meradang.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* Dengan Risiko Infeksi

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2011), Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya.

1. Pengkajian Post SC

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama

Pada ibu dengan kasus post SC keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka operasi.

c. Riwayat persalinan sekarang

Pada pasien post SC kaji riwayat persalinan yang dialami sekarang.

d. Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

e. Riwayat perkawinan

Yang perlu ditanyakan adalah usia perkawinan, perkawinan keberapa, usia pertama kali kawin.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.

g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h. Pola kebutuhan sehari-hari

- 1) Bernafas, pada pasien dengan post SC tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.

- 2) Makan dan minum, pada pasien post SC tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.
- 3) Eliminasi, pada pasien post SC pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
- 4) Istirahat dan tidur, pada pasien post SC terjadi gangguan pada pola istirahat tidur dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerak dan aktifitas, pada pasien post SC terjadi gangguan gerak dan aktifitas oleh karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri, pada pasien post SC kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien post SC biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- 8) Rasa nyaman, pada pasien post SC akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 9) Konsep diri, pada pasien post SC seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
- 10) Sosial, pada SC lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- 11) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan SC meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang

perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

i. Data fokus pengkajian

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, dalam pengkajian ibu post sectio caesarea dengan risiko infeksi data fokus yang dikaji adalah mengkaji faktor penyebab mengapa pasien berisiko terjadi infeksi. Menurut Tim Pokja SDKI (2016), faktor yang dapat menyebabkan risiko infeksi adalah :

- 1) Efek prosedur invasif
- 2) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- 3) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

Kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya,

- 4) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :
Penurunan hemoglobin, imununosupresi.

j. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, tinggi badan, keadaan kulit.
- 2) Pemeriksaan kepala wajah:Konjuntiva dan sklera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher:Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan buah dada:Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.

- 6) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka dan tanda-tanda infeksi disekitar luka operasi.
- 7) Pemeriksaan ekstremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genetalia: Menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang
Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis yang mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Tujuan dari diagnose keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang terkait pada ibu post seksio sesaria yaitu Risiko Infeksi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 1
Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi pada ibu post *sectio caesarea*

Masalah keperawatan	Faktor risiko	Kondisi klinis terkait
<p>Risiko Infeksi</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efek prosedur invasif 2. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : (ketuban pecah sebelum waktunya) 3. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : penurunan hemoglobin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketuban pecah sebelum waktunya 2. Prosedur invasif 3. Peningkatan leukosit

(Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dengan risiko infeksi menggunakan pendekatan menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015). Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan aktivitas keperawatan perlu ditetapkan untuk mengurangi, menghilangkan, serta mencegah masalah keperawatan ibu. Tahapan ini disebut perencanaan keperawatan yang meliputi penentuan prioritas, diagnose keperawatan, menetapkan sasaran dan tujuan, menetapkan kriteria evaluasi, serta merumuskan intervensi dan aktivitas keperawatan.

Berikut ini adalah intervensi untuk pasien dengan masalah keperawatan risiko infeksi :

Tabel 2
Intervensi Untuk Pasien Dengan Masalah
Keperawatan Risiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
<p>Risiko Infeksi</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p>	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Immune status 2. Knowledge : infection control 3. Risk control <p>Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu bebas dari tanda-tanda gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4. Ibu menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 2) Memonitor kondisi luka atau insisi bedah 3) Memonitor kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase 4) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 5) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan 6) Menggunakan baju atau sarung tangan sebagai alat pelindung 7) Tingkatkan intake nutrisi 8) Melakukan perawatan luka pada area insisi 9) Mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi 10) Mengajarkan pasien menghindari infeksi 11) Mendelegasikan pemberian antibiotic sesuai resep.

(Sumber: (Bulechek et al., *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 2016; Moorhead et al., *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, 2016)

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Kozier (2010) Implementasi keperawatan adalah sebuah fase dimana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan menurut Kozier (2010) adalah fase kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing), Adapun komponen SOAP yaitu S (*Subjektif*) dimana perawat menemui keluhan ibu yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*Objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada ibu dan yang dirasakan ibu setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interpretasi dari data subjektif dan objektif untuk menentukan tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik, P (*Planing*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Achjar, 2010). Evaluasi yang

diharapkan sesuai dengan masalah yang ibu hadapi yang telah di buat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil.

Evaluasi yang diharapkan dapat dicapai pada pasien post *sectio caesarea* dengan risiko infeksi adalah sebagai berikut:

- 1) Ibubebas dari tanda-tanda gejala infeksi
- 2) Menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi
- 3) Jumlah leukosit dalam batas normal
- 4) Ibu menunjukkan perilaku hidup sehat.