

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. *Sectio Caesarea* (SC)

a. Definisi

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus sehingga janin dapat lahir secara utuh dan sehat (Jitawiyono, 2012). Menurut Mochtar (2012) *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan vagina.

Sectio caesarea adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin lebih dari 1000 gram atau umur kehamilan > 28 minggu (Manuaba, 2012). *Sectio caesarea* merupakan tindakan melahirkan bayi melalui insisi (membuat sayatan) di depan uterus. *Sectio caesarea* merupakan metode yang paling umum untuk melahirkan bayi, tetapi masih merupakan prosedur operasi besar, dilakukan pada ibu dalam keadaan sadar kecuali dalam keadaan darurat (Hartono, 2014).

b. Klasifikasi

1) *Sectio caesarea* klasik atau korporal

Ciri *section caesarea* klasik ini adalah dengan panjang sayatan kira-kira 10 cm yang memanjang pada korpus uteri. Untuk

mencegah masuknya air ketuban dan darah ke rongga perut maka setelah dinding perut dan peritoneum parietal tersayat dan terbuka pada garis tengahnya harus dibalut beberapa kain kasa panjang yang mencakup antara dinding perut serta dinding uterus (Solehati & Kosasih, 2015).

Pada bagian ujung bawah di atas batas plika vesiko uterina diberikan sayatan insisi pada bagian tengah korpus uteri dengan panjang 10-12cm. untuk mengisap air ketuban sebanyak mungkin maka dibuatlah lubang kecil pada kantong ketuban, kemudian lubang ini dilebarkan, dan untuk memudahkan tindakan-tindakan selanjutnya maka janin dilahirkan dari rongga perut (Solehati & Kosasih, 2015).

Plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan secara manual serta berikan suntikan 10 oksitosin dalam dinding uterus atau intravena. selanjutnya dinding uterus tersebut ditutup dengan jahitan catgut yang kuat dalam dua lapisan; lapisan awal atau pertama terdiri atas jahitan simpul dan lapisan kedua atas jahitan menerus. Selanjutnya diadakan jahitan menerus dengan catgut yang lebih tipis, yang mengikutsertakan peritoneum serta bagian luar miomertrium dan yang menutup jahitan yang terlebih dahulu dengan rafi. Akhirnya dinding perut ditutup secara biasa (Solehati & Kosasih, 2015).

2) *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Cirinya adalah sayatan yang melintang konkaf di segmen bawah rahim yang panjangnya kira-kira 10. ibu disuruh berbaring dalam keadaan trendelenburg ringan dan dipasang dauercatheter. Di dinding perut pada bagian garis tengah dari simfisis sampai beberapa sentimeter di bawah pusat diberikan insisi. Dengan satu kain kasa panjang atau lebih maka dipasang spekulum perut serta lapangan operasi dipisahkan dari rongga perut, itu dilakukan setelah peritoneum dibuka (Solehati & Kosasih, 2015).

Peritoneum pada dinding uterus depan dan bawah dipegang dengan pinset, plikavesiko-uterina dibuka dan insisi ini diteruskan melintang jauh ke lateral; kemudian kandung kencing dengan peritoneum di depan uterus didorong ke bawah dengan jari (Solehati & Kosasih, 2015).

c. Indikasi

1) Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvic (disproporsi janin/panggul) ada, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan

(kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya) (Solehati & Kosasih, 2015).

2) Indikasi yang berasal dari janin

Indikasi yang berasal dari janin itu sendiri ada kegagalan vakum atau forceps ,ada distress/gawat janin,mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin,polapsus tali pusat dengan pembukaan kecil (Solehati & Kosasih, 2015).

d. Patofisiologi

Akibat dari kelainan pada ibu dan janin menyebabkan dilakukannya SC dan tidak dilakukan dengan persalinan (Solehati & Kosasih, 2015).. Tindakan alternatif untuk dilakukannya persalinan adalah menggunakan sectio caesarea dengan berat diatas 500gram dan adanya bekas sayatan yang masih utuh. Penyebab atau indikasi dilakukannya Sc ini adalah karena distorsi kepala panggul,disfungsi uterus,distorsia jaringan lunak. Plasenta previa dan lain-lain.Untuk ibu sedangkan untuk gawat janin, janin besar dan letak lintang setelah dilakukan sectio caesarea ibu akan mengalami adaptasi post partum (Solehati & Kosasih, 2015).

Perlu anestesi yang bersifat regional dan umum sebelum dilakukannya operasi pasien. Namun anastesi mengakibatkan banyaknya pengaruh terhadap janin dan ibu, sehingga bayi kadang-kadang lahir dalam keadaan tidak dapat diatasi dengan mudah. dan bisa berakibat pada kematian janin sedangkan pengaruh anestesi bagi ibu

sendiri yaitu terhadap tonus uteri yang menyebabkan darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup anastesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Anjarsari, 2018).

e. Manifestasi Klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan section caesaria yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. (Doenges & Mary, 2011) mengemukakan, manifestasi klinis section caesarea meliputi:

- 1) Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
- 2) Adanya luka insisi dibagian abdomen
- 3) Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- 4) Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- 5) Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- 6) Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
- 7) Rata-rata terpasang kateter urinarius
- 8) Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
- 9) Pengaruh anastesi dapat memicu mual dan muntah
- 10) Status pulmonary bunyi paru jelas serta vesikuler

- 11) Biasanya ada kekurangan pemahaman prosedur pada kelahiran SC yang tidak direncanakan.
- 12) Pada anak yang baru dilahirkan akan dibonding dan attachment (Doenges & Mary, 2011).

f. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien post sectio caesarea adalah

1) Infeksi puerperal

Infeksi ini merupakan infeksi bakteri yang menyerang bagian tubuh reproduksi setelah post partum, keguguran atau pun post SC, biasanya ditandai dengan kenaikan suhu bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.

2) Perdarahan

Pendarahan biasanya terjadi saat proses pembedahan karena cabang-cabang arteri terbuka atau karena atonia uteri

3) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru dan sebagainya sangat jarang terjadi.

Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya otot pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan selanjutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah sesarea klasik (Solehati & Kosasih, 2015).

Komplikasi lain seperti resiko terjadinya depresi pernapasan pada bayi biasanya diakibatkan oleh obat bius yang mana obat bius tersebut mengandung narkose (Solehati & Kosasih, 2015).

g. Penatalaksanaan

Tindakan yang biasa dilakukan oleh tenaga kesehatan baik perawat maupun bidan untuk menangani pasien post sc dimulai dari keluar ruang operasi yaitu sebagai berikut:

1) Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin. Wanita dengan postur tubuh kecil, diberikan dosis 50 mg meperidin, wanita dengan postur tubuh besar, dosisnya lebih tinggi yaitu 100 mg meperidin, obat- obatan antiemetic, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama dengan pemberian preparat narkotik.

2) Tanda – tanda vital

Tanda- tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali. Perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

3) Terapi cairan dan diet

Pemberian 3 liter larutan RL, dalam pedoman umum, terbukti cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

4) Vesika urinarius dan usus

Setelah 12 jam post operasi kateter dapat dilepaskan atau keesokan paginya setelah operasi. Pada hari pertama setelah pembedahan biasanya bising usus belum terdengar, pada hari kedua juga bising usus masih lemah. Kemudian usus baru aktif di hari ketiga.

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien bangun dengan bantuan perawatan dari tempat tidur sebentar, sekurang – kurangnya 2 kali pada hari kedua baru pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

6) Perawatan luka

Luka sayatan diinspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari tujuh setelah pembedahan. Paling lambat hari sepuluh post operasi, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi atau sayatan.

7) Laboratorium

Secara rutin hemaglobin diukur pada pagi setelah operasi tersebut dan harus segera dicek kembali apabila ada kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

8) Perawatan payudara

Jika ibu memutuskan tidak menyusui maka pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi, pemasangan pembalut payudara untuk mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasa untuk mengurangi rasa sakit.

9) Pemulangan pasien dari rumah sakit

Akan lebih aman jika seorang pasien yang baru melahirkan bila diperbolehkan pulang pada hari ke dua atau empat post operasi, dan aktivitas ibu untuk seminggu harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain. (Roberia novrida, 2018).

2. Mual Muntah

a. Definisi

Mual adalah kecenderungan untuk muntah atau sebagai perasaan di tenggorokan atau daerah epigastrium yang memperingatkan seorang individu bahwa muntah akan segera terjadi. Mual sering disertai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis termasuk diaphoresis, air liur, bradikardia, pucat dan penurunan tingkat pernapasan. Muntah didefinisikan sebagai ejeksi atau pengeluaran isi lambung melalui mulut, seringkali membutuhkan dorongan yang kuat (DiPiro et al., 2015).

b. Epidimiologi

Prevalensi mual dan muntah akibat kemoterapi tetap tinggi dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari pasien di Italy, khususnya mualmuntah pada fase lambat. Mual dan muntah masih terus menjadi hal yang paling menimbulkan stress diantara efek samping kemoterapi, meskipun perkembangan agen antiemetik saat ini lebih efektif (DiPiro et al., 2015).

Selain adanya toleransi mual-muntah, waktu timbulnya atau pola mual-muntah juga bervariasi. Waktu timbulnya mual-muntah dapat terjadi sebelum kemoterapi (antisipator), saat kemoterapi (akut/24 jam pertama) dan setelah kemoterapi (lambat/24-120 jam), serta ada pula mual-muntah berlanjut (DiPiro et al., 2015)

c. Faktor-Faktor Predisposisi

Mual dan muntah biasanya merupakan gejala yang bisa disebabkan oleh banyak hal. Kondisi ini adalah cara tubuh untuk membuang materi yang mungkin berbahaya dari dalam tubuh. Obat-obatan tertentu seperti kemoterapi untuk kanker dan agen anestesi sering menyebabkan mual muntah. (Porter et al, 2010).

Penyakit gastroenteritis adalah penyebab paling umum yang mengakibatkan terjadinya mual dan muntah. Gastroenteritis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus di perut. Selain menyebabkan mual dan muntah, gastroenteritis biasanya juga menyebabkan diare (Porter et al, 2010).

d. Penilaian Kejadian muntah

Mual muntah pasca operasi (PONV) dapat berlangsung dalam beberapa menit, jam dan hari. Hal ini tergantung dari kondisi pasien.

Adapun tahapannya sebagai berikut:

- 1) Tahap awal yaitu 2 sampai 6 jam pasca operasi
- 2) Tahap lanjut yaitu 24 atau 48 jam pasca operasi

Kejadian PONV dinilai pada skala 5 nilai menurut Pang dkk, (2009) sebagai berikut:

- 0 = tidak mual dan tidak muntah.
- 1 = mual kurang 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 yang tidak berespon dengan pengobatan.

e. Terapi Farmakologis

Untuk pasien dengan risiko PONV sedang hingga berat, diindikasikan pemberian profilaksis antiemetik. Jika menggunakan dua obat, maka harus berasal dari kelas farmakologi yang berbeda. Secara umum, kombinasi obat memiliki kemampuan yang lebih besar daripada perawatan monoterapi.

1) 5-Hydroxytryptamine (5-HT₃) antagonis

Ondansetron, dolasetron, granisetron, dan tropisetron lebih efektif sebagai profilaksis PONV jika diberikan pada akhir operasi. Ondansetron memiliki efek anti muntah yang lebih besar dibandingkan efek anti mualnya. Ondansetron merupakan “gold standart” dibandingkan dengan anti emetik lainnya. Dosis yang direkomendasikan yaitu ondansetron 4 mg untuk mencegah mual dan muntah. Efek ondansetron oral 8 mg sama dengan ondansetron 4 mg IV (Intra Vena). Ondansetron sama efektifnya dengan 5-HT₃ lainnya termasuk ramosetron 0,3 g (Gan et al., 2014).

2) Steroid

Deksametason merupakan golongan kortikosteroid yang secara efektif dapat mencegah mual muntah pada pasien pasca operasi. Dosis profilaksis deksametason yaitu 4-5 mg IV. Pada pasien yang memiliki risiko tinggi terjadinya PONV diberikan deksametason dosis profilaksis 4-5 mg IV setelah dilakukan induksi anestesi. Deksametason 8 mg IV dapat meningkatkan pemulihan pasca operasi, dengan mengurangi mual, nyeri dan kelelahan. Untuk profilaksis PONV, efek deksametason 4 mg IV sama dengan ondansetron 4 mg IV dan droperidol 1,35 mg IV (Gan et al., 2014).

3) Antihistamin

Dimenhidrinat adalah antihistamin dengan efek anti emetik. Dosis yang dianjurkan adalah 1 mg/kgBB IV. Beberapa penelitian

menunjukkan bahwa efek antiemetik yang terdapat pada dimenhidrinat sama dengan efek antiemetik yang terdapat pada obat lain seperti antagonis reseptor 5-HT₃, deksametason, dan droperidol. Namun belum didapatkan data yang cukup untuk mengetahui waktu dan dosis respon yang optimal maupun efek samping yang ditimbulkan (Gan et al., 2014).

4) Phenothiazines

Prochlorperizine dan promethazine merupakan obat antidopaminergik dan anti-kolinergik. Salah satu efek samping paling umum yaitu gejala ekstra-piramidal (EPS), distonia akut, sedasi (efek anti-dopaminergik), dan efek anti-kolinergik (mulut kering dan takikardi). Golongan obat ini kontraindikasi pada pasien dengan penyakit Parkinson (Blackburn J & Spencer R, 2015).

5) Butyrophenones

Droperidol merupakan antagonizes reseptor D₂ dopamin di CTZ. Dosis profilaksis dari droperidol 0,625-1,25 mg IV dan efektif untuk mencegah terjadinya PONV. Efek droperidol mirip dengan ondansetron sebagai profilaksis PONV. Droperidol efektif bila diberikan pada akhir operasi. Sebuah meta analisis menunjukkan bahwa dengan droperidol dosis rendah

3. Premedikasi

a. Definisi

Premedikasi adalah pemberian obat-obatan 1-2 jam tertentu sebelum tindakan anestesi, untuk membantu induksi anestesi, pemeliharaan, dan masa pemulihan yang baik. Reaksi saraf simpatis terhadap rasa takut atau nyeri tidak dapat disembunyikan oleh pasien. Rasa takut dan nyeri mengaktifkan saraf simpatis untuk menimbulkan perubahan dalam berbagai derajat yang mengenai setiap sistem dalam tubuh. Banyak dari perubahan ini yang disebabkan oleh suplai darah ke jaringan, sebagian karena stimulasi eferen simpatis yang ke pembuluh darah dan sebagian karena naiknya katekolamin dalam sirkulasi.

Impuls adrenergik dari rasa takut timbul di korteks serebri dan dapat ditekan dengan tidur atau dengan sedatif yang mencegah kemampuan untuk menjadi takut bila ada penyebab takut yang sesuai. Tanda akhir dari reaksi adrenergik terhadap rasa takut ialah meningkatnya detak jantung dan tekanan darah.

b. Tujuan Pramedikasi

Tujuan pemberian obat premedikasi antara lain:

- 1) Mengurangi rasa cemas, memberikan efek sedasi psikis dan amnesia, misalnya: diazepam, alprazolam, dan midazolam.
- 2) Memberi efek analgesia dan memudahkan induksi, misalnya: morfin, petidin, fentanil, sufentanil, alfentanil dan remifentanil.

- 3) Memberi efek antisialo&ue, misalnya" sulfas atropin, glikopirolat, danskopolamin.
- 4) Mencegah terjadinya resiko aspirasi lambung dengan menguran volume cairan lambung dan menaikkan pH cairan lambung, misalnya: ranitidin, antasida, dan proton pump inhibitor (PPI)
- 5) Mencegah Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) misalnya: ondansetron, tropisetron, granisetron, ramosetron, dan metoklopramide.
- 6) Mencegah reaksi alergi, misalnya: Dexametasone.
- 7) Mencegah refleks yang tidak diinginkan, misalnya: lidokain.
- 8) Sebagai profilaksis seperti untuk mencegah infeksi, mencegah trombosis vena dalam, mencegah gagal ginjal, mencegah komplikasi jantung, dll.

c. Pertimbangan Pemberian Premedikasi

Premedikasi ini tidak boleh diberikan secara otomatis/rutin tetapi harus berdasar pada keadaan psikis dan fisiologis pasien yang ditetapkan setelah kunjungan anestesi dilakukan. Dengan demikian maka pemilihan obat premedikasi yang akan digunakan harus selalu dengan memperhitungkan:

- 1) Umur pasien
- 2) Berat badan
- 3) Derajat kecemasan
- 4) Riwayat anestesi sebelumnya terutama pada anak

- 5) Riwayat reaksi terhadap obat premedikasi sebelumnya bila pasien pernah dianestesi sebelumnya
 - 6) Riwayat penggunaan obat-obat tertentu yang kemungkinan dapat mempengaruhi jalannya anestesi misalnya MAO inhibitor, kortikosteroid, antibiotik tertentu
 - 7) Perkiraan lama operasi
 - 8) Macamnya operasi misalnya terencana, darurat pasien rawat inap atau rawat jalan.
 - 9) Rencana obat anestesi yang akan digunakan
- d. Prinsip Pemberian Premedikasi

Pemberian obat yang aman harus berdasarkan the five 'right' principle yang mencakup aspek, yaitu the right drug, right dose, right patient, right route, dan right time

1) The right drug

Obat yang diberikan sebaiknya dicocokkan kembali dengan resep yang tertulis, karena banyak obat yang memiliki nama yang sama. Tulisan tangan dokter yang meresepkan sebaiknya dapat dibaca, dan jika terdapat keraguan, sebaiknya diklarifikasi kembali ke dokter yang menuliskan resep. Selain itu, dokter harus mengerti alasan mengapa suatu obat diresepkan, dan mengetahui efek-efek samping yang dapat timbul akibat pemberian obat tersebut, termasuk apakah pasien memiliki riwayat alergi terhadap obat tersebut atau tidak.

2) *The right dose*

Dokter sebaiknya mengetahui dengan baik dosis rata-rata atau dosis yang biasanya digunakan terhadap obat yang diresepkan, dan mampu mengidentifikasi beberapa pasien yang membutuhkan dosis-dosis diluar dosis yang biasanya digunakan. Contohnya, pasien-pasien yang memiliki gangguan fungsi ginjal dan hati.

3) *The right patient*

Pasien yang masuk sebaiknya diidentifikasi dengan jelas, dan diberikan dua tag nama, yang harus dicek setiap sebelum pemberian obat.

4) *The right route*

Pemberian obat dapat diberikan secara oral, intravena, intramuskular, subkutan atau melalui feeding tube.

5) *The right time*

Pemberian obat sangat penting untuk memperhatikan waktu pemberian, karena kebanyakan obat diresepkan berdasarkan durasi kerjanya. Pemberian obat terkadang tidak sesuai dengan waktu kerja obat yang diharapkan. Selain itu, waktu operasi juga sering berubah, sehingga pemberian obat harus dilakukan pada waktu yang tepat untuk mendapatkan efek yang diinginkan.

e. Contoh Obat Premedikasi

- 1) Mengurangi Rasa Cemas, Memberikan Efek Sedasi Psikis dan Amnesia

a) Diazepam

Obat ini digunakan untuk menghilangkan rasa cemas, sedasi, dan membuat amnesia penderita. Hal ini disebabkan tempat kerja dari benzodiazepin berada pada susunan saraf pusat (SSP) yang berefek sedikit mendepresi pernafasan atau kardio'askular pada dosis premedikasi. Secara spesifik mual dan muntah biasanya tidak berkaitandengan pemberian benzodiazepin pada pemberian preoperative (Chatterjee et al., 2011).

Pemberian diazepam dapat dilakukan secara intramuskuler (IM) atau intravena (IV). Pemberian secara IM dapat menyebabkan rasa sakit pada tempat penyuntikan. Dosis premedikasi diazepam adalah 0,2-0,5 mg/kgBB diberikan secara oral. Dosis sedasi 0,04-0,2 mg/kgBB diberikan secara IV. Dosis induksi diberikan 0,3-0,6 mg/kgBB secara IV. Onset kerja diazepam dalam waktu 15-30 menit dengan durasi kerjaselama 21-37 jam (Chatterjee et al., 2011).

b) Midazolam

Midazolam merupakan golongan benzodiazepin yang paling sering digunakan. Midazolam dianggap pemulihannya lebih cepat dan memberikan efek sedasi maksimal jika diberikan dalam dosis yang besar atau ketika dikombinasikan dengan obat lain. Sedangkan dengan benzodiazepin lain, midazolam menghasilkan anxiolysis, sedasi, dan amnesia. Ini dua sampai tiga

kali lebih poten daripada diazepam karena peningkatannya pada reseptor bennodiazepin (Chatterjee et al., 2011).

Dosis midazolam untuk premedikasi yakni 0.07-0,15 mg/kgBB secara IV. Dosis sedasi 0,01-0,1 mg/kgBB secara IV. Dosis induksi 0,1-0,4 mg/kgBB secara IV. Onset kerja midazolam dalam waktu 30-60 detik secara IV. Efek puncak 3-5 menit dan durasi kerja selama 15-80 menit. Midazolam 0,5 mg/kgBB secara oral diberikan 30 menit sebelum induksi anestesi (Chatterjee et al., 2011).

Midazolam pada dosis 0.15-0,27 mg/kgBB secara IV dapat menurunkan tekanan intrakranial (TIK). Midazolam dosis 0,2 mg/kgBB secara IV dapat menurunkan ventilasi. Apneu dapat terjadi pada pemberian injeksi yang cepat dengan dosis >0,15 mg/kgBB secara IV. Midazolam dosis 0,2mg/kgBB secara IV dapat menurunkan tekanan darah dan meningkatkan laju jantung (Chatterjee et al., 2011).

2) Mencegah Mual dan Muntah Post Operatif

5-HT₃ Reseptor Antagonis

a) Ondansetron

Indikasinya adalah profilaksis mual dan muntah. Dengan efek samping seperti sakit kepala mengantuk dan gangguan saluran cerna. Dosis ondansetron 0,15 mg/kgBB secara oral dan 0,05-0,15 mg/kgBB secara intravena diberikan 30 menit

sebelum operasi. Onset kerja ondansentron dalam waktu 1-1,5 jam secara oral dan 30-60 menit secara intravena dengan durasi kerja selama 3-4 jam (Chatterjee et al., 2011).

4. Regional Anestesi

a. Definisi

Anestesi regional merupakan suatu metode yang lebih bersifat sebagai analgesik. Anestesi regional hanya menghilangkan nyeri tetapi pasien tetap dalam keadaan sadar. Oleh sebab itu, teknik ini tidak memenuhi trias anestesi karena hanya menghilangkan persepsi nyeri saja (Pramono, 2017).

b. Jenis Anestesi Regional

Jenis Anestesi Regional menurut (Pramono, 2017) digolongkan sebagai berikut :

1) Anestesi Spinal

Penyuntikan anestesi lokal ke dalam ruang subaraknoid disegmen lumbal 3-4 atau lumbal 4-5. Untuk mencapai ruang subaraknoid, jarum spinal menembus kulit subkutan lalu menembus ligamentum supraspinosum, ligamen interspinosum, ligamentum flavum, ruang epidural, durameter, dan ruang subaraknoid. Tanda dicapainya ruang subaraknoid adalah dengan keluarnya liquor cerebrospinalis (LCS).

Teknik anestesi ini populer karena sederhana, efektif, aman terhadap sistem saraf, konsentrasi obat dalam plasma yang tidak

berbahaya serta mempunyai analgesi yang kuat namun pasien masih tetap sadar, relaksasi otot cukup, perdarahan luka operasi lebih sedikit, aspirasi dengan lambung penuh lebih kecil, pemulihan saluran cerna lebih cepat.

Anestesi spinal memiliki komplikasi. Beberapa komplikasi yaitu hipotensi terjadi 20-70% pasien, nyeri punggung 25% pasien, kegagalan tindakan spinal 3-17% pasien dan post dural puncture headache di Indonesia insidensinya sekitar 10% pada pasien paska spinal anestesi. Kekurangan dari anestesi spinal dibahas dalam sub bab komplikasi anestesi spinal (Pramono, 2017).

2) Anestesi Epidural

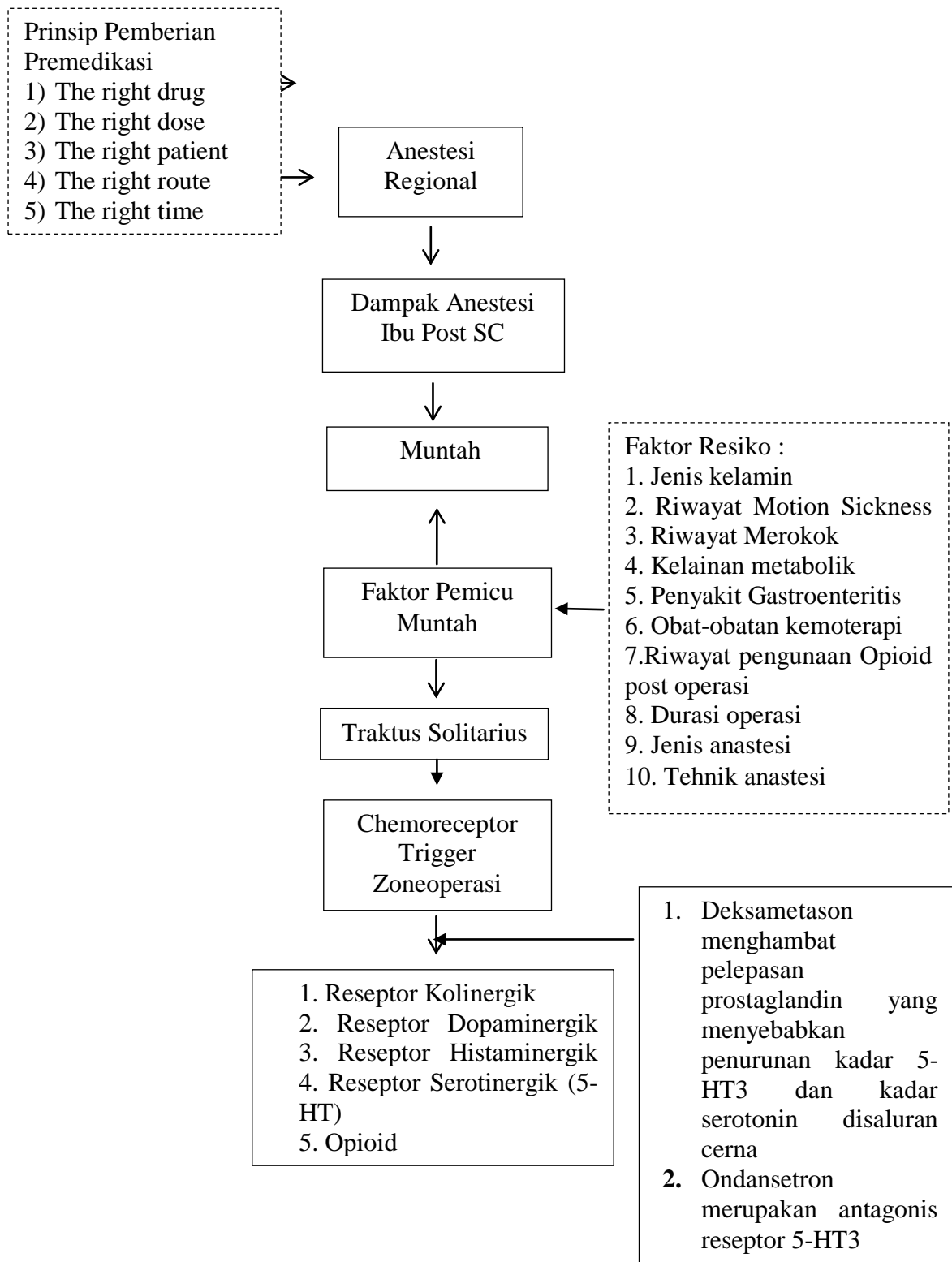
Anestesi yang menempatkan obat di ruang epidural (peridural, ekstradural). Ruang ini berada di antara ligamentum flavum dan durameter. Bagian atas berbatasan dengan foramen magnum di dasar tengkorak dan bagian bawah dengan selaput sakrokoksigeal. Kedalaman ruang rata-rata 5 mm dan di bagian posterior kedalaman maksimal terletak pada daerah lumbal (Pramono, 2017).

Anestetik lokal di ruang epidural bekerja langsung pada saraf spinal yang terletak di bagian lateral. Onset kerja anestesi epidural lebih lambat dibanding anestesi spinal. Kualitas blokade sensoris dan motoriknya lebih lemah (Pramono, 2017)..

3) Anestesi Kaudal

Anestesi kaudal sebenarnya sama dengan anestesi epidural, karena kanalis kaudalis adalah kepanjangan dari ruang epidural dan obat ditempatkan di ruang kaudal melalui hiatus sakralis. Hiatus sakralis ditutup oleh ligamentum sakrokoksigeal. Ruang kaudal berisi saraf sakral, pleksus venosus, felum terminale, dan kantong dura. Teknik ini biasanya dilakukan pada pasien anak-anak karena bentuk anatominya yang lebih mudah ditemukan dibandingkan daerah sekitar perineum dan anorektal, misalnya hemoroid dan fistula perianal (Pramono, 2017).

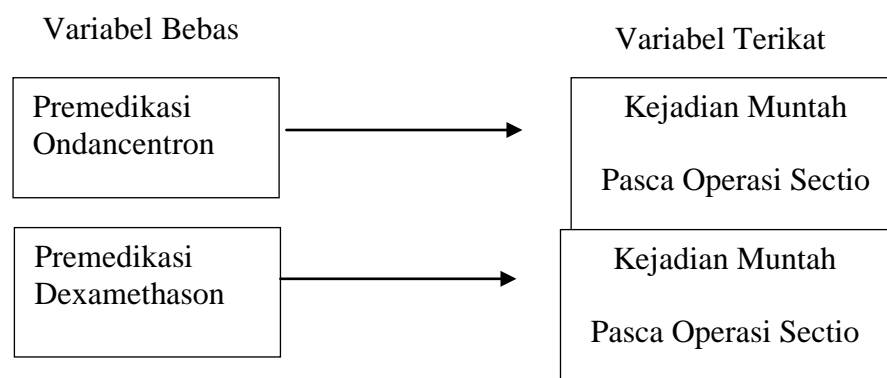
B. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan antara konsep satu dengan konsep lainnya dari masalah yang diteliti sesuai dengan yang telah diuraikan pada tinjauan teori (Notoatmodjo, 2018). Adapun kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesa Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pertanyaan peneliti (Notoatmodjo, 2018). Hipotesis kerja (H_a) adalah suatu rumusan hipotesis dengan tujuan untuk membuat ramalan tentang peristiwa yang terjadi apabila suatu gejala muncul. Hipotesis nol (H_0) atau hipotesis statistik biasanya dibuat untuk menyatakan suatu kesamaan atau tidak adanya suatu perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok atau lebih mengenai suatu hal yang dipermasalahkan (Notoatmodjo, 2018).

Hipotesa pada penelitian ini adalah:

H_0 : Tidak terdapat perbedaan pemberian premedikasi dexamethasone dan ondancentron terhadap muntah pasca operasi sc dengan regional anestesi di RSUD Amanah Sumpiuh..

Ha : Terdapat Perbedaan pemberian Dexametason dan Ondancetron Terhadap Kejadian Muntah Pasca Operasi Sectio Caesare dengan regional anestesi di RSUD Amanah Sampiuh