

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesaria*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea* (SC)

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio Caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histeretomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Sofian , 2011)

Sectio caesarea (SC) adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2007)

2.1.2 Insiden

Insiden kelahiran *Sectio Caesarea* telah meningkat secara dramatis pada beberapa tahun terakhir, dari sekitar 5,5% pada tahun 1970 menjadi 22,5% pada tahun 1985 dan terus mengalami kenaikan hingga 24% pada tahun 1988; dilaporkan sampai saat ini rentang insiden persalinan *Sectio Caesarea* 10% - 40% dari semua kelahiran (Seiler, 1990; Newnham et al 1992). Indikasi utama dilakukan *Sectio Caesarea* adalah karena riwayat mengalami persalihan *Sectio Caesarea* sebelumnya. Ketika prevalensi meningkat, angka *Sectio Caesarea* total meningkat terutama sekali disebabkan oleh jumlah wanita yang mempunyai riwayat *Sectio Caesarea* sangat besar. Peningkatan kelahiran *Sectio Caesarea* merupakan hal yang menjadi kontroversi dikalangan penyedia pelayanan kesehatan, terutama

didalam sorotan perhatian nasional saat ini tentang tingginya biaya perawatan medis. Angka yang meningkat ini telah terjadi dilingkungan yang banyak terjadi kasus-kasus malpraktik medis, yang menurunkan angka kelahiran, dan ketersediaan teknologi baru seperti alat monitor denyut jantung janin. Hal ini juga bertepatan dengan penurunan angka kesakitan dan kematian selama masa perinatal. Oleh karena itu, beberapa pendapat mempercayai peningkatan *Sectio Caesarea* primer diperlukan untuk memperbaiki hasil akhir, sementara pendapat lainnya mengatakan kondisi ini hanya bukti “defensif” dunia kedokteran, yaitu terapi ini dibenarkan karena lebih sedikit pilihan tuntutan hukumnya. Kebenaran hanya dapat dibuktikan dengan menganalisa kasus perkasus untuk mengetahui apakah tiap tindakan *Sectio Caesarea* diindikasikan secara medis. Ketika klien tertentu sudah memiliki suatu “kepercayaan anti-intervensi” umum, hal ini menyebabkan tertundanya *Sectio Caesarea* yang dibutuhkan dan hasil akhir yang tragis. (Reeder, 2003)

2.1.3 Jenis Jenis Operasi *Sectio Caesarea*

1. Segmen Bawah : Insisi Melintang

Keuntungan:

- a. Insisinya ada pada segmen bawah uterus. Namun demikian, kita harus yakin bahwa tempat insisi ini berada pada segmen bawah yang tipis dan bukannya pada bagian inferior dari segmen atas yang muskuler.
- b. Otot tidak dipotong tetapi dipisah kesamping; cara ini mengurangi perdarahan.
- c. Insisi jarang terjadi sampai plasenta.

- d. Kepala janin biasanya berada dibawah insisi dan mudah diekstraksi.
- e. Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali dibanding segmen atas yang tebal.
- f. Keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi perembesan ke cavum peritonei generalisata.
- g. Ruptur jaringan cicatrix yang melintang tidak membahayakan jiwa dan janin karena:
 - 1) Insiden ruptur tersebut lebih rendah
 - 2) Kejadian ini jarang terjadi sebelum aterm. Dengan demikian pasien sebelumnya sudah dalam pengamatan ketat di rumah sakit.
 - 3) Perdarahan dari segmen bawah yang kurang mengandung pembuluh darah itu lebih sedikit dibandingkan perdarahan dari corpus.
 - 4) Ruptur bekas insisi melintang yang rendah letaknya kadang-kadang saja diikuti dengan ekspulsi janin atau dengan terpisahnya plasenta, sehingga masih ada kesempatan untuk menyelamatkan bayi.

Kerugian :

- a. Jika insisi terlalu jauh ke lateral, seperti terjadi pada kasus bayinya terlalu besar, maka pembuluh darah uterus dapat terobek sehingga menimbulkan perdarahan hebat.
- b. Prosedur ini tidak dianjurkan kalau terdapat abnormalitas pada segmen bawah, seperti fibroid atau varices yang luas
- c. Pembedahan sebelumnya atau pelekatan yang padat yang menghalangi pencapaian segmen bawah akan mempersulit operasi.

- d. Kalau segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dilakukan
- e. Kadang-kadang vesica urinaria melekat pada jaringan cicatrix yang terjadi sebelumnya sehingga vesica urinaria dapat terluka.

2. Segmen Bawah : Insisi Membujur

Keuntungan :

- a. Luka insisi bisa diperlebar keatas, diperlukan saat bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau kalau ada anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (saling mengunci)

Kerugian :

- a. Perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot; juga, sering luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang.

3. *Sectio Caesarea* klasik

Indikasi :

- a. Kesulitan dalam menyingkapkan segmen bawah
 - 1) Adanya pembuluh darah besar pada dinding anterior
 - 2) Vesica urinaria yang letaknya tinggi dan melekat
 - 3) Myoma pada segmen bawah
- b. Bayi yang tercekam pada letak lintang
- c. Beberapa kasus plasenta previa anterior
- d. Malformasi uterus tertentu (Reeder, 2003)

Kelebihan:

- a. Pengeluaran janin lebih cepat
- b. Tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih
- c. Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal

(Sofian, 2011)

Kerugian :

- a. Myometrium yang tebal harus dipotong, sinus-sinus yang lebar dibuka, dan perdarahannya banyak.
- b. Bayi sering diekstraksi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan ketuban lebih besar.
- c. Apabila plasenta melekat pada dinding depot uterus, insisi akan memotongnya dan dapat menimbulkan kehilangan darah dari sirkulasi janin yang berbahaya.
- d. Letak insisi tidak tertutup dalam cavum peritoneal generalisata dan isi uterus yang terinfeksi kemungkinan besar merembes dengan akibat peritonitis.
- e. Insiden pelekatan abdomen pada luka jahitan uterus lebih tinggi.
- f. Insiden ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya lebih tinggi.

(Reeder, 2003)

4. Abdomen (*Sectio Caesarea Abdominalis*)

Sectio Caesarea Transperitonealis

- a. *Sectio Caesarea* klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri

- b. *Sectio Caesarea* ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim
- c. *Sectio Caesarea* ekstraperitonealis yaitu *Sectio Caesarea* tanpa membuka peritonium parietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis.

5. Vagina (*Sectio Caesarea Vaginalis*)

Menurut arah sayatan pada rahim *Sectio Caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig
- b. Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr
- c. Sayatan huruf T (T- incision)

6. *Sectio Caesarea* Ismika (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- a. Penjahitan luka lebih mudah
- b. Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- c. Tumpang tindih peritoneal flap sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
- d. Perdarahan kurang
- e. Dibandingkan cara klasik kemungkinan rupture uteri spontan lebih kecil.

Kekurangan :

- a. Luka dapat melebar kekiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya a.uterina yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak.
- b. Tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan.

(Sofian, 2011)

2.1.4 Etiologi

1. Ibu Dan Janin

Distosia (kemajuan persalinan yang abnormal) adalah indikasi paling umum kedua (30%) yang pada umumnya ditujukan sebagai suatu “kegagalan kemajuan” dalam persalinan. Hal ini mungkin berhubungan dengan ketidak sesuaian antara ukuran panggul dengan ukuran kepala janin (disproporsi sefalopelvik), kegagalan induksi, atau aksi kontraksi uterus yang abnormal. (Reeder,2003)

2. Ibu

Penyakit ibu yang berat, seperti penyakit jantung berat, diabetes melitus, preeklampsi berat, eklampsi, kanker serviks, atau infeksi berat (yaitu : virus herpes simpleks tipe II, atau herpes genetalis dalam fase aktif atau dalam 2 minggu lesi aktif). Penyakit tersebut membutuhkan persalinan *Sectio Caesarea* karena beberapa alasan ; untuk mempercepat kelahiran dalam suatu kondisi yang kritis; karena klien dan janinnya tidak mampu menoleransi persalinan; atau janin akan terpajan dengan risiko bahaya yang meningkat saat melalui jalan lahir. Pembedahan uterus sebelumnya, termasuk miomektomi, kelahiran *Sectio Caesarea* sebelumnya dengan insisi

klasik atau rekonstruksi uterus. Obstruksi jalan lahir karena adanya fibroid atau tumor ovarium. (Reeder,2003)

3. Janin

Gawat janin, seperti janin dengan kasus prolaps tali pusat, insufisiensi uteroplasenta berat, malpresentasi, seperti letak lintang, janin dengan presentasi dahi. Kehamilan ganda dengan bagian terendah janin kembar adalah pada posisi melintang bokong. Atau pada kehamilan ganda yang posisinya saling mengunci. (Reeder, 2003)

4. Plasenta

Plasenta previa, solusio plasenta. (Reeder, 2003)

Indikasi kontroversial meliputi tidak diketahuinya jaringan parut sebelumnya, presentasi bokong, kehamilan lewat bulan, dan makrosomia janin (dengan perkiraan berat badan janin lebih dari 4500 gram). (Reeder, 2003)

2.1.5 Kontraindikasi

1. Apabila janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan.
2. Jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk *Seccio Caesarea* extraperitoneal tidak tersedia.
3. Dokter bedahnya tidak berpengalaman, kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai. (Oxorn, 2010)

2.1.6 Prognosis

Dahulu angka morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin sangat tinggi. Pada masa sekarang, karena kemajuan yang pesat dalam teknik operasi, penyediaan cairan dan darah, anastesi, indikasi dan antibiotik, angka ini sangat menurun.

Angka kematian ibu pada rumah sakit yang memiliki fasilitas operasi yang baik dan tenaga-tenaga yang cekatan adalah kurang dari 2 per 1000 kelahiran hidup.

Keberhasilan janin yang ditolong *Sectio Caesarea* sangat tergantung pada keadaan janin sebelum dilakukan *Sectio Caesarea*. Menurut data dari negara-negara dengan pengawasan antenatal yang baik dan fasilitas neonatal yang sempurna, angka kematian perinatal 4-7%. (Sofian, 2011)

2.1.7 Patofisiologis

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir normal atau spontan. Misalnya plasenta previa sentralis atau lateralis, panggul sempit, CPD, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsi, distosia serviks, malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea*.

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anastesi yang menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan

aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar darah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka bekas post OP, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan risiko infeksi. (Sofian, 2011)

2.1.8 Komplikasi

1. Infeksi

Komplikasi saat atau setelah dilakukan pembedahan *Sectio Caesarea* diantaranya adalah infeksi yang meliputi infeksi pada traktus genetalis, infeksi pada tempat insisi, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratorius atas. (Oxorn, 2010)

2. Perdarahan

Perdarahan juga bisa terjadi pada proses atau setelah dilakukan *Sectio Caesarea* yang disebabkan oleh banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri, perdarahan pada plasental bed.(Sofian, 2011)

3. Luka kandung kemih, emboli paru, dan keluhan kandung kemih bila repiratonialisasi terlalu tinggi (Sofian, 2011)

4. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang (Sofian, 2011)
5. Hemoragi dapat menyebabkan syok. Hal tersebut dapat termanifestasi selama pembedahan, segera setelah persalinan, atau dapat terjadi akibat kehilangan darah lambat yang awalnya tidak terdeteksi karena perdarahan interna atau tetesan PV. Terkadang produk yang tertinggal didalam rahim dapat menyebabkan perdarahan.
6. Terdapat risiko trombosis vena provunda yang dapat menyebabkan embolisme pulmonal.
7. Kerusakan atau memar selama pembedahan mungkin terjadi dan dapat mencakup kandung kemih dan ureter. Infeksi saluran kemih dapat terjadi atau trauma saluran kemih dapat menyebabkan fistula dan kebocoran urine.
8. Trauma pada kolon juga bisa terjadi
9. Terdapat risiko infeksi, endometriosis, atau rusaknya luka.
10. Komplikasi dari anastesi umum juga bisa terjadi. Efek progesteron pada saluran gastrointestinal memicu keterlambatan pengosongan lambung. Selama pemberian anastesi umum, regurgitasi laten dapat terjadi dan menyebabkan aspirasi kedalam paru serta menyebabkan pneumonitis kimiawi. Kondisi tersebut mengganggu pernapasan dan dapat serius yaitu menyebabkan kematian maternal. (Oxford, 2010)

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Hemoglobin atau hematokrit (Hb / Ht) untuk mengaji perubahan dan kadar pra OP dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.

2. Lukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
3. Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah
4. Urinalisis / kultur urine
5. Pemeriksaan elektrolit (Cunningham, 2011)

2.1.10 Kehamilan Dengan Riwayat *Sectio Caesarea*

Pada perempuan dengan riwayat *Sectio Caesarea*, kehamilan selanjutnya biasanya aman. Akan tetapi untuk mengantisipasi segala kemungkinan, maka sangat penting bagi kita untuk mengetahui data operasi *caesarea* sebelumnya, seperti indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* sebelumnya dan bentuk sayatan dirahim. Namun pendapat bahwa jika sebelumnya telah operasi *Caesarea* maka persalinan berikutnya harus operasi *Caesarea* lagi adalah tidak benar, asalkan kita menaati beberapa ketentuan sebagai berikut :

1. Jarak kehamilan berikutnya minimum 1 tahun, karena penyembuhan luka pada dinding rahim terjadi 3–9 bulan paska operasi.
2. Interval kehamilan yang dianjurkan adalah 2–4 tahun untuk menghindari komplikasi kehamilan.
3. Alasan lain perlunya interval kelahiran adalah agar bayi yang baru lahir cukup memperoleh perawatan dan kasih sayang dari orang tuanya sebelum adiknya lahir. Jadi atur dengan baik perencanaan mempunyai anak.

(Nurhayati, 2012)

2.1.11 Deteksi Dini Kehamilan dengan Risiko Tinggi

Kehamilan dengan risiko tinggi adalah salah satu kehamilan yang didalamnya kehidupan atau kesehatan ibu atau janin dalam bahaya akibat gangguan kehamilan yang kebetulan (Bobak, 1998).

Menurut Poedji Rochjati, dkk mengemukakan kriteria kehamilan risiko tinggi sebagai berikut :

a. Risiko

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, seperti kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan, atau ketidakpuasan pada ibu dan bayi.

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut SKOR. Digunakan angka bulat dibawah 10 sebagai angka dasar 2, 4, dan 8 pada setiap faktor untuk membedakan risiko yang rendah, risiko menengah, risiko tinggi. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok :

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Kehamilan tanpa masalah / faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi sehat.

2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang

menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

Kehamilan dengan faktor risiko :

- a. Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan atau bayinya membutuhkan dirujuk tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.
- b. Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, tingkat risiko kegawatannya lebih meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan dirumah sakit oleh dokter spesialis.

(Poedji Rochjati, 2003)

b. Batasan Faktor Risiko / Masalah

1. Ada Potensi Gawat Obstetri / APGO

Kehamilan yang perlu diwaspadai

1) Primimuda

Ibu hamil pertama pada usia ≤ 16 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa. Bahaya yang mungkin terjadi antara lain : bayi lahir belum cukup umur (premature), perdarahan bisa terjadi sebelum

bayi lahir, perdarahan dapat terjadi sesudah bayi lahir.
(Poedji Rochjati, 2003)

2) Primitua

Lama perkawinan ≥ 4 tahun : ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa (suami istri tinggal serumah, suami istri tidak sering keluar kota, suami istri tidak memakai KB). Bahaya yang terjadi pada primi tua: Selama hamil dapat timbul masalah, faktor risiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya pre-eklamsia, Persalinan tidak lancar. (Poedji Rochjati, 2003).

3) Pada umur ibu ≥ 35 tahun

Ibu yang hamil pertama pada umur ≥ 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan yang menua. Jalan lahir juga bertambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan. Bahaya yang terjadi antara lain: hipertensi / tekanan darah tinggi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar atau macet: ibu mengejan lebih dari satu jam, bayi tidak dapat lahir dengan tenaga ibu sendiri melalui jalan lahir biasa, perdarahan setelah bayi lahir, bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) < 2500 gr. (Poedji Rochjati, 2003).

4) Anak terkecil < 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya. Bahaya yang dapat terjadi: perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu lemah, bayi prematur / lahir belum cukup bulan, sebelum 37 minggu, bayi dengan berat badan rendah / BBLR < 2500 gr. (Poedji Rochjati, 2003).

5) Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Kehamilan ini bisa terjadi pada: anak pertama mati, janin didambakan dengan nilai sosial tinggi, anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber-KB. Bahaya yang dapat terjadi: persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan, penyakit ibu: hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain. (Poedji Rochjati, 2003).

6) Grande multi

Ibu pernah hamil / melahirkan 4 kali atau lebih. Karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan: kesehatan terganggu: anemia, kurang gizi, kekendoran pada dinding perut, tampak ibu dengan perut

menggantung, kekendoran dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi: kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan. (Poedji Rochjati, 2003).

7) Tinggi badan 145 cm atau kurang

Terdapat tiga batasan pada kelompok risiko ini: ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi: panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin / kepala tidak besar, panggul ukuran normal tetapi anaknya besar / kepala besar, ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang, ibu hamil kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah < 2500 gram. Bahaya yang dapat terjadi: persalinan berjalan tidak lancar, bayi sukar lahir, dalam bahaya. Kebutuhan pertolongan medik : persalinan operasi *Sectio Caesarea*. (Poedji Rochjati, 2003).

8) Riwayat obstetric jelek (ROJ)

Dapat terjadi pada ibu hamil dengan:

- a. Kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami: keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati umur ≤ 7 hari

- b. Kehamilan ketiga atau lebih, kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran ≥ 2 kali
- c. Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan

Bahaya yang dapat terjadi:

- a. Kegagalan kehamilan dapat berulang dan terjadi lagi, dengan tanda-tanda pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya keluar darah, perut kencang.
- b. Penyakit dari ibu yang menyebabkan kegagalan kehamilan, misalnya: Diabetes mellitus, radang saluran kencing, dll. (Poedji Rochjati, 2003).

9) Persalinan yang lalu dengan tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau per-vaginam:

- a. Tindakan dengan cunam / forcep / vakum. Bahaya yang dapat terjadi: robekan / perlukaan jalan lahir, perdarahan pasca persalinan, uri manual yaitu: tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan pada keadaan bila: ditunggu setengah jam uri tidak dapat lahir sendiri, setelah bayi lahir serta uri belum lahir terjadi perdarahan banyak $>500\text{cc}$

Bahaya yang dapat terjadi: radang, perforasi, perdarahan: ibu diberi infus / tranfusi pada persalinan lalu. Persalinan

yang lalu mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500 cc, sehingga ibu menjadi syok dan membutuhkan infus, serta transfusi darah. (Poedji Rochjati, 2003).

10) Bekas operasi sesar

Ibu hamil, pada persalinan yang lalu dilakukan operasi *Sectio Caesarea*. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bahaya pada robekan rahim: kematian janin dan kematian ibu, perdarahan dan infeksi. (Poedji Rochjati, 2003).

2. Ada Gawat Obstetri / AGO

Tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas

1. Penyakit pada ibu hamil

a. Anemia (kurang darah)

Keluhan yang dirasakan ibu hamil: lemah badan, lesu, lekas lelah, mata berkunang-kunang, jantung berdebar

Dari inspeksi didapatkan keadaan ibu hamil: pucat pada muka, pucat pada kelopak mata, lidah dan telapak tangan.

Dari hasil Laboratorium: kadar Hb < 11 gr%

Pengaruh anemia pada kehamilan: menurunkan daya tahan ibu hamil, sehingga ibu mudah sakit, menghambat pertumbuhan janin, sehingga janin lahir dengan berat badan lahir rendah, persalinan premature.

Bahaya yang dapat terjadi bila terjadi anemia berat ($Hb < 6$ gr%): kematian janin mati, persalinan prematur, pada kehamilan < 37 minggu, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan. (Poedji Rochjati, 2003).

b. Malaria

Keluhan yang dirasakan ibu hamil, adalah: panas tinggi, menggigil, keluar keringat, sakit kepala, muntah-muntah

Bila penyakit malaria ini disertai dengan panas yang tinggi dan anemia, maka akan mengganggu ibu hamil dan kehamilannya.

Bahaya yang dapat terjadi: abortus, IUFD, persalinan premature. (Poedji Rochjati, 2003).

c. Tuberculosis paru

Keluhan yang dirasakan: batuk lama tak sembuh-sembuh, tidak suka makan, badan lemah dan semakin kurus, batuk darah

Penyakit ini tidak secara langsung berpengaruh pada janin. Janin baru tertular setelah dilahirkan. Jika TBC berat dapat menurunkan fisik ibu, tenaga, dan ASI ikut berkurang.

Bahaya yang dapat terjadi: keguguran, bayi lahir belum cukup umur, janin mati dalam kandungan. (Poedji Rochjati, 2003).

d. Payah jantung

Keluhan yang dirasakan: sesak napas, jantung berdebar, dada terasa berat, kadang-kadang nyeri, nadi cepat, kaki bengkak

Bahaya yang dapat terjadi: payah jantung bertambah berat, kelahiran prematur, BBLR, bayi dapat lahir mati. (Poedji Rochjati, 2003).

e. Diabetes mellitus

Dugaan adanya kencing manis pada ibu hamil apabila: ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu-minggu terakhir, ditemukan glukosa dalam air seni (Glikosuria)

Bahaya yang dapat terjadi: persalinan prematur, hydramnion, kelainan bawaan, makrosomia, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan minggu ke-36, kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup, kemudian mati < 7 hari). (Poedji Rochjati, 2003).

f. HIV / AIDS

Bahaya yang dapat terjadi: terjadi gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil mudah terkena infeksi, kehamilan memperburuk progresifitas infeksi HIV, HIV pada kehamilan adalah pertumbuhan intra uterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan risiko prematur, bayi

dapat tertular dalam kandungan atau tertular melalui ASI. (Poedji Rochjati, 2003).

g. Toksoplasmosis

Toksoplasmosis penularannya melalui makanan mentah atau kurang masak, yang tercemar kotoran kucing yang terinfeksi.

Bahaya yang dapat terjadi: infeksi pada kehamilan muda menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut menyebabkan kelainan kongenital, hidrosefalus. (Poedji Rochjati, 2003).

h. Pre-Eklamsia ringan

Tanda-tanda: edema pada tungkai, muka, karena penumpukan cairan disela-sela jaringan tubuh, tekanan darah tinggi, dalam urin terdapat Proteinuria

Sedikit bengkak pada tungkai bawah atau kaki pada kehamilan 6 bulan ke atas mungkin masih normal karena tungkai banyak di gantung atau kekurangan Vitamin B1. tetapi bengkak pada muka, tangan disertai dengan naiknya tekanan darah sedikit, berarti ada Pre-Eklamsia ringan.

Bahaya bagi janin dan ibu: menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, janin mati dalam kandungan. (Poedji Rochjati, 2003).

i. Hamil kembar

Ibu hamil dengan dua janin (gemeli), atau tiga janin (triplet) atau lebih dalam rahim. Rahim ibu membesar dan menekan organ dalam dan menyebabkan keluhan-keluhan: sesak napas, edema kedua bibir kemaluan dan tungkai, varises, hemorhoid

Bahaya yang dapat terjadi: keracunan kehamilan, hidramnion, anemia, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar, perdarahan saat persalinan. (Poedji Rochjati, 2003).

j. Hidramnion / Hamil kembar air

Kehamilan dengan jumlah cairan amnion lebih dari 2 liter, dan biasanya nampak pada trimester III, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat.

Keluhan-keluhan yang dirasakan: sesak napas, perut membesar, nyeri perut karena rahim berisi cairan amnion > 2 liter, edema labia mayor, dan tungkai

Bahaya yang dapat terjadi: keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan prematur, perdarahan pasca persalinan. (Poedji Rochjati, 2003).

k. Janin mati dalam rahim

Keluhan-keluhan yang dirasakan: tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, payudara mengecil

Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan pada umur kehamilan 4-5 bulan. Bila gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan janin mungkin terancam.

Dari keluhan ibu dapat dilakukan pemeriksaan: DJJ tidak terdengar, hasil tes kehamilan negatif

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim, yaitu: gangguan pembekuan darah ibu, disebabkan dari jaringan-jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu. (Poedji Rochjati, 2003).

l. Hamil serotinus / Hamil lebih bulan

Ibu dengan umur kehamilan ≥ 42 minggu. Dalam keadaan ini, fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampak tidak baik bagi janin: janin mengecil, kulit janin mengkerut, lahir dengan berat badan rendah, janin dalam rahim dapat mati mendadak. (Poedji Rochjati, 2003).

m. Letak sungsang

Letak sungsang: pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah.

Bahaya yang dapat terjadi: bayi lahir bebang putih yaitu gawat napas yang berat, bayi dapat mati. (Poedji Rochjati, 2003).

n. Letak lintang

Merupakan kelainan letak janin di dalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan): kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu tubuh janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu.

Pada janin letak lintang baru mati dalam proses persalinan, bayi dapat dilahirkan dengan alat melalui jalan lahir biasa.

Sedangkan pada janin kecil dan sudah beberapa waktu mati masih ada kemungkinan dapat lahir secara biasa.

Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang.

Pada persalinan yang tidak di tangani dengan benar, dapat terjadi robekan rahim, dan akibatnya:

1. Bahaya bagi ibu : perdarahan yang mengakibatkan anemia berat, infeksi, ibu syok dan dapat mati
2. Bahaya bagi janin: janin mati. (Poedji Rochjati, 2003).

3. Ada Gawat Darurat Obstetri / AGDO

Ada ancaman nyawa ibu dan bayi

1) Perdarahan antepartum

Perdarahan sebelum persalinan, perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi.

Tiap perdarahan keluar dari vagina pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan

tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan atau janinnya, perdarahan dapat keluar: sedikit-sedikit tapi terus-menerus, lama-lama ibu menderita anemia berat, sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok, lemah nadi dan tekanan darah menurun.

Perdarahan dapat terjadi pada: plasenta Previa plasenta melekat dibawah rahim dan menutupi sebagian / seluruh mulut rahim, solusio plasenta sebagian atau seluruhnya lepas dari tempatnya. Biasanya disebabkan karena trauma / kecelakaan, tekanan darah tinggi atau pre-eklamsia, maka terjadi perdarahan pada tempat melekat plasenta. Akibat perdarahan, dapat menyebabkan adanya penumpukan darah beku dibelakang plasenta.

Bahaya yang dapat terjadi:

- a. Bayi terpaksa dilahirkan sebelum cukup bulan
- b. Dapat membahayakan ibu: kehilangan darah, timbul anemia berat dan syok serta ibu dapat meninggal.
- c. Dapat membahayakan janinnya yaitu mati dalam kandungan.(Poedji Rochjati, 2003).

2) Pre-Eklamsia berat / Eklamsia

Pre-eklamsia berat terjadi bila ibu dengan pre-eklamsia ringan tidak dirawat, ditangani dengan benar. Pre-eklamsia berat bila tidak ditangani dengan benar akan terjadi kejang-kejang, menjadi eklamsia. Pada waktu kejang, sudip lidah

dimasukkan ke dalam mulut ibu diantara kedua rahang, supaya lidah tidak tergigit.

Bahaya yang dapat terjadi:

- a. Bahaya bagi ibu, dapat tidak sadar (koma) sampai meninggal
- b. Bahaya bagi janin: dalam kehamilan ada gangguan pertumbuhan janin dan bayi lahir kecil, mati dalam kandungan. (Poedji Rochjati, 2003).

2.1.12 Persalinan Per Vaginam Setelah *Sectio Caesarea*

Pada perempuan dengan riwayat *Sectio Caesarea*, persalinan pervaginam biasanya aman. Banyak laporan dalam beberapa tahun terakhir yang menguatkan pernyataan ini.

1. Pedoman untuk persalinan per vaginam setelah *Sectio Caesarea*

Pedoman spesifik kapan dapat dilakukan partus percobaan sebelum kembali melakukan *Sectio Caesarea* diajukan oleh *American College of Obstetricians and Gynecologists* (1988). Komite menekankan pentingnya keberadaan petugas yang dapat mengatasi kedaruratan yang mungkin terjadi. Sekarang ini, diyakini bahwa perempuan yang pernah mengalami *Sectio Caesarea* insisi transversal seyogyanya dianjurkan untuk menjalani partus percobaan. Komite juga menyimpulkan bahwa induksi oksitosin dan analgesia epidural tidak dikontraindikasikan. Masalah yang belum terpecahkan adalah riwayat insisi vertikal rendah (riwayat insisi klasik merupakan kontraindikasi partus percobaan),

kembar, presentasi bokong, dan janin tunggal dengan perkiraan berat badan janin lebih dari 4000 gram.

Jika seorang perempuan dengan riwayat *Sectio Caesarea* akan menjalani partus percobaan, dirumah sakit yang bersangkutan harus tersedia semua penunjang teknis yang sesuai. Harus terdapat bank darah yang buka 24 jam dengan darah kompatibel yang selalu siap digunakan. Harus tersedia alat pemantau tekanan intrauterus dan kecepatan denyut jantung janin. Seyogyanya tersedia fasilitas dan petugas yang adekuat yang dapat melakukan *Sectio Caesarea* dalam 30 menit dari waktu putusan diambil. (Cunningham, 2011)

2. Prasyarat *Trial of Labor*

- a. Bekas insisi tunggal yang melintang dan pada bagian cervical bawah uterus (*low cervical transverse uterine incision*)
- b. Indikasi untuk prosedur pertama bukan disproporsi
- c. Harapan akan kelahiran dan persalinan yang mudah. (Oxorn, 2010)

3. Kontraindikasi *Trial of Labor*

- a. Bekas insisi vertikal tipe apapun
- b. Insisi yang tipenya tidak diketahui
- c. Pernah *Sectio Caesarea* lebih dari satu kali
- d. Saran untuk tidak melakukan *Trial of Labor* dari dokter bedah yang melaksanakan pembedahan pertama
- e. Panggul sempit
- f. Presentasi abnormal, seperti presentasi dahi, bokong, atau letak lintang

g. Indikasi medis untuk segera mengakhiri kehamilan, termasuk diabetes, toxemia gravidarum, dan plasenta previa. (Oxorn, 2010)

4. Penatalaksanaan *Trial of Labor*

- a. Harus ada staf dokter
- b. Darah harus tersedia dan sudah dilakukan *cross - matching*
- c. Ada monitoring fetal dan maternal baik secara elektronik maupun personal
- d. *Trial of Labor* dilakukan terus sampai terjadi kelahiran per vaginam atau dikerjakannya *Sectio Caesarea*
- e. Indikasi *Sectio Caesarea* adalah macetnya kemajuan persalinan, gawat janin, dan adanya kecurigaan ruptura cicatrix dalam uterus
- f. Oksitosin dapat digunakan untuk membantu persalinan pada kasus-kasus yang terpilih
- g. Eksplorasi manual jaringan cicatrix dalam uterus harus dilakukan setelah kelahiran selesai. (Oxorn, 2010)

5. Faktor-Faktor Yang Menyebabkan Gagalnya Percobaan Persalinan Dengan Riwayat *Sectio Caesarea*:

a. Jenis Insisi Uterus Sebelumnya

Pasien dengan jaringan parut melintang yang terbatas di segmen uterus bawah kecil kemungkinan mengalami robekan jaringan parut simtomatik pada kehamilan berikutnya. Secara umum angka terendah untuk rupture dilaporkan terdapat pada insisi transversal rendah, dan tertinggi pada insisi klasik yaitu insisi yang meluas ke fundus (*American College of Obstetry and Gynecologist, 1999*).

b. Jumlah *Sectio Caesarea* Sebelumnya

Risiko rupture uteri meningkat seiring dengan jumlah insisi sebelumnya. Angka rupture uteri secara bermakna meningkat lima kali lipat pada wanita dengan riwayat dua kali *Sectio Caesarea* dibandingkan dengan satu *Sectio Caesarea* (3,7 % berbanding dengan 0,8%).

c. Indikasi *Sectio Caesarea* Sebelumnya

Angka keberhasilan persalinan pervaginam relatif bergantung pada indikasi *Sectio Caesarea* sebelumnya. Riwayat persalinan pervaginam baik sebelum maupun sesudah *Sectio Caesarea* secara bermakna meningkatkan prognosis keberhasilan VBAC (Caughey, dkk, 1998). Artinya bahwa sebelum melakukan VBAC maka perlu dilakukan penilaian ketat keadaan-keadaan yang berkaitan risiko efek samping.

d. Oksitosin Dan Anestesi Epidural

Pemakaian oksitosin untuk menginduksi persalinan dilaporkan menjadi penyebab rupture uteri pada wanita dengan riwayat *Sectio Caesarea* dengan prevalensi 13 dari 15 wanita (Turner, 1997).

6. Wewenang Bidan Terhadap Pasien Dengan Riwayat *Sectio Caesarea*

Permenkes No.149/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik Bidan yang isinya masih banyak menuai pro-kontra akibat terdapat beberapa pemangkasan wewenang Bidan yang ada di Kepmenkes No.900/2002 sebelumnya, dinyatakan bahwa Bidan hanya diberi

wewenang untuk melakukan pertolongan persalinan normal (Bab III tentang penyelenggaraan praktik, pasal 10).

Disimpulkan bahwa selain alasan medis mengapa Bidan harus merujuk pasien inpartu dengan riwayat bekas *Sectio Caesarea* yang dipaparkan sebelumnya, namun juga tidak ada payung hukum bagi Bidan untuk melakukan pertolongan persalinan normal terhadap pasien dengan riwayat *Sectio Caesarea*.

7. Perawatan Praoperatif

Persiapan kelahiran *Sectio Caesarea* meliputi persiapan klien untuk pembedahan dan melakukan persiapan yang diperlukan untuk merawat bayi baru lahir. Pemeriksaan laboratorium yang umum, pemeriksaan fisik, pemeriksaan golongan darah, pencocokan gelang, pencukuran abdomen, dan prosedur umum lain yang dilakukan. Dokter mendiskusikan tipe pembedahan dan anestesia bersama klien dan keluarganya, dan mendapatkan persetujuan/izin tindakan dari klien. Ketika klien masuk kerumah sakit untuk mendapat prosedur *Sectio Caesarea Elektif*, asuhan yang diberikan meliputi pemeriksaan DJJ, dan memerhatikan tanda-tanda persalinan. Asupan oral harus dihentikan minimal 8 jam sebelum pembedahan dan antasida diberikan sesaat sebelum induksi anestesi umum dilakukan guna memperkecil risiko kerusakan paru akibat aspirasi asam lambung. (Cunningham, 2013)

Abdomen bawah dicukur, termasuk rambut pada daerah pubis. Sebuah kateter retensi dapat diinsersi dan dipasangkan ke sistem drainase

kontinu guna memastikan bahwa kandung kemih tetap dalam keadaan kosong selama operasi berlangsung.

Suatu infus intravena sebanyak 1000mL (umumnya digunakan larutan Ringer Laktat atau Dextrose 5% dalam air) mulai diberikan. Benda-benda berharga disimpan untuk keamanan, dan tindakan pencegahan praoperatif dilakukan, seperti menghapus cat kuku, melepas gigi palsu, kacamata, dan lensa kontak. (Reeder, 2011)

8. Persiapan Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi baru lahir. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. (Wiknjastro, 2008)

Untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan ibu dan bayi tcepat singkatan yang harus diingat yaitu BAKSOKUDA.

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan bayi baru lahir hingga tempat rujukan.

S (Surat) : Berikan surat rujukan ke tempat rujukan. Srtakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.

K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.

U (Uang) : Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di tempat rujukan.

Da (Darah) : Bawa persipan darah atau rencanakan jauh-jauh hari untuk mencari atau menyiapkan pendonor.

(Wiknjosastro, 2008)

2.1.13 Perawatan Pasca Operasi *Sectio Caesarea*

1) Ruang pemulihan

Pascaoperasi, jumlah perdarahan dari vagina harus dipantau ketat, dan fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan uterus tetap berkontraksi keras. Akan tetapi setelah efek analgesia konduksi hilang atau wanita sudah sadar dari anastesia umum, palpasi abdomen mungkin menimbulkan rasa tidak nyaman. Hal ini dapat diatasi dengan memberikan

obat analgesia intravena seperti meperidin 75-100mg, atau morfin 10-15mg.

Pasien juga diberi edukasi untuk batuk dan bernafas dalam. Setelah pasien sadar sepenuhnya, perdarahan minimal, tekanan darah baik, dan aliran urine sedikitnya 30ml/jam, pasien dapat dipindahkan keruangan.

(Cunningham, 2009)

2) Perawatan selanjutnya

a) Tanda vital

Setelah dipindahkan keruangan, pasien diperiksa sedikitnya setiap jam selama 4 jam dan selanjutnya dalam interval 4 jam. Tekanan darah, denyut nadi, suhu, tonus uterus, keluaran urine, dan jumlah perdarahan dievaluasi setiap 4 jam (Cunningham, 2009).

b) Terapi cairan dan diet

Masa nifas ditandai dengan ekskresi cairan yang bertahan selama kehamilan. Sebagai generalisasi, 3L cairan harus terbukti adekuat selama 24jam pertama setelah pembedahan. Namun, bila keluaran urine turun dibawah 30ml/jam, pasien harus segera dievaluasi ulang. Penyebab oliguria dapat dikarenakan kehilangan darah yang tidak diketahui hingga efek antidiuretika dari infus oksitosin.

Pengecualian dari pola mobilisasi cairan tipikal ini adalah konstriksi kompartemen cairan ekstrasel yang patologis dari pre-eklampsia berat, muntah demam, persalinan lama tanpa asupan cairan adekuat, kehilangan darah signifikan atau sepsis.

(Cunningham,2009)

c) Fungsi kandung kemih dan usus

Kateter kandung kemih paling sering dapat dilepas dalam waktu 12 jam pascaoperasi atau supaya lebih nyaman, dilepas pada pagi hari setelah operasi. Prevalensi retensi urin setelah *Sectio Caesarea* mencapai 3%, dan operasi setelah persalinan gagal maju adalah salah satu risiko yang diketahui (Chai, dkk, 2008). Karena itu, surveilans untuk distensi berlebih kandung kemih harus diimplementasikan seperti pada kelahiran pervagina.

Pada kasus-kasus tanpa komplikasi, makanan padat dapat diberikan 8 jam pascaoperasi (Orji, 2009). Walaupun beberapa derajat ileus dinamik selalu terjadi setelah operasi abdomen, namun tidak perlu dikhawatirkan pada sebagian besar kelahiran *Caesarea*. Gejalanya mencakup distensi abdomen dan nyeri saat buang gas, tidak dapat flatus atau buang air besar. Patofisiologis ileus pascaoperasi itu kompleks dan melibatkan faktor hormonal, neural, dan lokal yang tidak sepenuhnya dipahami. (Cunningham, 2009)

d) Ambulasi

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

e) Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat setelah

pembedahan. Paling lambat hari ke tiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

f) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia

g) Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri

h) Memulangkan pasien dari rumah sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan kelima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

(Sugeng Jitowiyono, 2009)

3) Perawatan Ibu Bersalin Dengan Obstetri Operatif *Sectio Caesarea*

Setelah selesai tindakan di kamar operasi, Ibu dengan obstetri operatif *Sectio Caesarea* dipindahkan ke ruang rawat khusus (Recovery Room) yang dilengkapi dengan alat pendingin selama beberapa hari. Bila keadaan gawat, segera dipindahkan ke unit perawatan darurat (Intensif Care Unit) untuk perawatan bersama dengan

unit anestesi, guna menyelamatkan ibu. Kemudian setelah beberapa hari di rawat di ruang rawat khusus atau perawatan darurat dan keadaan ibu mulai pulih, Ibu dipindahkan ke ruang perawatan. Disini dilakukan perawatan luka dan pemantauan tanda-tanda vital. 24 jam pertama setelah pembedahan. Ibu masih dipuasakan dan di beri cairan infus yang mengandung elektrolit, dan untuk mengurangi nyeri maka diberikan obat-obatan anti nyeri (Muchtar, 1998).

Pada 6-10 jam setelah sadar, Ibu dapat diberi makan dan minum secara bertahap dan di lakukan mobilisasi dengan miring ke kanan dan ke kiri. Sedangkan latihan nafas dalam dilakukan sedini mungkin (Wiraatmaja, 1997).

Pada hari ke 3-5 penderita dianjurkan untuk belajar berjalan dan kemudian berjalan sendiri. Menurut Michael Saleh dan vija K Soder (1997) menyatakan bahwa; penyembuhan luka operasi di daerah perut memerlukan waktu 7-10 hari setelah tindakan (Muchtar, 1998).

Untuk penyembuhan luka yang lebih dalam dari jaringan epitel, disamping perlu waktu untuk epitelisasi adalah proses penyembuhan lain, pada umumnya penyembuhan luka tersebut dibagi dalam tiga (3) fase, walaupun secara biologis batasnya tidak tegas (Michael Saleh. Et all, 1992).

Fase substrat atau fase eksudasi, juga disebut fase inflamasi atau Lag Phase, fase ini berlangsung selama empat hari yaitu sejak hari pertama terjadinya luka hingga pada hari ke empat. selanjutnya fase proliferasi atau disebut juga fase jaringan ikat, fase fibroblastik, fase ini

berlangsung mulai dari hari ke lima hingga pada hari ke dua puluh, fase terakhir yaitu remodeling atau fase resorpsi atau fase deferensiasi atau fase maturasi, fase ini sulit ditentukan karena menyangkut karakteristik individu masing-masing (Wiratmadja, 1979).

- 4) Nasihat Pascaoperasi
 - a. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih 1 tahun dengan cara memakai kontrasepsi
 - b. Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik
 - c. Dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit yang besar
 - d. Apakah kelahiran selanjutnya harus ditolong dengan *Sectio Caesarea* bergantung pada indikasi *Sectio Caesarea* dan keadaan pada kehamilan berikutnya. (Sofian, 2011)

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan

2.2.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu, pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara :

1. Bertahap dan sistematis
2. Melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan (Varney, 1997)

2.2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Varney

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses

ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

1) Pengumpulan data dasar.

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu: riwayat kesehatan klien, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2) Identifikasi masalah / diagnosa.

Pada langkah ini identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik.

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial.

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan

masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

4) Identifikasi kebutuhan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5) Penyusunan rencana / intervensi.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6) Pelaksanaan / implementasi.

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

7) Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini, bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnose yang telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif apabila memang telah dilaksanakan secara efektif. (Saminem.2010)

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Data Subyektif

1. Keluhan Utama (PQRST)

Keluhan yang dirasakan pada TM III dengan riwayat *Sectio Caesarea* seperti : nyeri pada luka bekas operasi apabila digunakan beraktivitas yang berlebihan.(Bobak, 2010)

2. Riwayat Obstetri yang lalu : Usia kehamilan saat bersalin, Persalinan yang lalu dengan tindakan operatif *Sectio Caesarea* dengan indikasi Distosia (kemajuan persalinan yang abnormal), CPD, gawat janin, plasenta previa, malpresentasi, prolaps tali pusat, dll,penolong, tempat persalinan, jenis kelamin bayi, keadaan saat ini hidup atau mati, usia anak saat ini > 2 tahun, lama meneteki (Reeder, 2003)

3. Riwayat KB

KB sangat dianjurkan karena untuk menjarangkan kehamilan dan mencegah terjadinya komplikasi.(Sofian,2011)

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1. Abdomen : simetris, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, terdapat luka bekas operasi horizontal atau vertical. TFU 2 jari bawah prosesus xifoideus , konvergen/devergen, primi > 36 minggu sudah enggement. $(TFU-n) \times 155 = 2790 - 3255$ gram.

DJJ normal 120–160 x/menit dan teratur (Kusmiyati, 2009)

Leopold I

Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoideus, pada fundus teraba bagian bundar ,lunak dan tidak melenting, apabila pemeriksaan tidak sesuai maka curigai malpresentasi.

Leopold II

Teraba seperti bagian papan, kerasa, panjang dikanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin, apabila pemeriksaan tidak sesuai maka curigai malpresentasi.

Leopold III

Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat, kerasa, dan melenting, apabila pemeriksaan tidak sesuai maka curigai malpresentasi.
(Mochtar,1998)

Leopold IV

Kedua tangan konvergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, usia kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP .

d) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah ibu hamil bertujuan untuk memeriksa hemoglobin (mendeteksi anemia/tidak).

1. Darah: Hb: >11 gram %

2. Urine: -Reduksi : (-)

-Albumine : (-)

Apabila Hb <11 gram % maka ibu anemia, reduksi (+) maka kemungkinan ibu mempunyai diabetes, dan apabila albumin (+) maka kemungkinan ibu mengalami pre-eklamsi.

e) Pemeriksaan Lain-Lain

Penulisan pemeriksaan obstetrik meliputi Usia kehamilan, posisi dan presentasi janin, posisi plasenta relatif terhadap ostium interna, evaluasi volume cairan amnion, presentasi grafikal biometri yang relevan (harry,2012)

1) USG : digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalitas janin, tafsiran persalinan, taksiran berat badan janin, (Feryanto,2011)

2. Interpretasi data dasar

1) Diagnosa : G...(PAPIAH), usia kehamilan, anak hidup/mati, anak tunggal/kembar, letak anak, intrauterine/extrauterine, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita dan janin baik dengan riwayat *Sectio Caesarea* (Saminem, 2009).

3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Ibu : Ruptur uteri, syok

Janin : gawat janin, IUFD

4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Kolaborasi dengan dokter Sp.OG dan rujukan

5. Intervensi

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan ibu mengerti tentang penjelasan yang disampaikan bidan

Kriteria Hasil : K/U ibu dan janin baik, ibu mengerti dan mampu melakukan HE yang diberikan, tidak terjadi komplikasi

Intervensi:

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.

Rasionalisasi : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap tanggung jawab terhadap kesehatan ibu dan janinnya.

2. Jelaskan kepada ibu mengenai ketidaknyamanan yang terjadi pada kehamilan trimester III.

Rasionalisasi : memberikan informasi penyebab, akibat dan cara mengatasi ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III, sehingga ibu dapat mengurangi ketidaknyamanan yang terjadi .

3. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang.

Rasionalisasi : nutrisi pada ibu hamil dibutuhkan tambahan kalori 285 kkal/hari, protein 75-100 gram/hari, zat besi 30-60 gram/hari, dimana dapat menunjang pertumbuhan ibu dan janin .

4. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup.

Rasionalisasi : memenuhi kebutuhan metabolik, serta meningkatkan aliran darah ke uterus dan dapat menurunkan kepekaan/aktivitas uterus.

5. Anjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat.

Rasionalisasi: aktivitas yang berat dianggap dapat menurunkan sirkulasi uretrotplasenta, kemungkinan mengakibatkan distress janin..

6. Jelaskan pada ibu tentang tanda - tanda bahaya kehamilan trimester III.

Rasionalisasi : membantu ibu membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat.

7. Berikan multivitamin

Rasionalisasi : vitamin, besi sulfat dan asam folat membantu mempertahankan kadar Hb normal. Kadar Hb rendah mengakibatkan kelelahan lebih besar karena penurunan jumlah oksigen .(Dagoes,2001)

8. Kolaborasi dengan dr.Sp.OG

Rasionalisasi : mencegah terjadinya komplikasi

2.3.2 Persalinan

1. Pengkajian data dasar

1) Data Subjektif

a. Keluhan Utama (PQRST)

a) Kontraksi atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering).

b) Lendir bercampur darah dari jalan lahir.

c) Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban

(DEPKES RI,2008)

Keluhan utama yang timbul saat dilakukan *Sectio Caesarea* elektif tidak harus ada tanda-tanda inpartu. Sering kali kecemasan timbul saat akan menjalani kelahiran *Sectio Caesarea*. (Reeder, 2011)

a. Riwayat Psiko-sosio-spiritual

Secara psikologis ibu yang mendekati persalinan akan merasa cemas, takut, khawatir dengan keadaannya(Medforth, 2012).

1) Data Obyektif

1. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen : Pembesaran perut tidak sesuai dengan usia kehamilan yang dicurigai makrosomia, terdapat luka bekas operasi. (Sarwono, 2010). His 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih(APN, 2008). Jika his menurun curigai adanya his hipotonik lanjutkan dengan periksa kandung kemih, dan jika his meningkat curigai adanya kejang dalam persalinan(Prawiroharjo, 2010).

a) DJJ : normal 120–160 x/menit dan teratur. (Feryanto, 2011)

3. Pemeriksaan Laboratorium :

a. Darah : Hb \geq 11 gr %, jika Hb $<$ 11 gr% antisipasi adanya perdarahan intra partum(Saifudin, 2007).

b. Urine : albumin urine : negatif (-), protein urine (-), jika terdapat albumin dan reduksi positif curigai pre eklampsi/eklampsi intrapartum dan diabetes. (Saifuddin, 2007).

f. Pemeriksaan Lain

a) Tes lakmus/ Nitrazin test : air ketuban mempunyai sifat basa, jika lakmus merah berubah menjadi biru(Prawirohardjo, 2010).

b) NST : idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ(Ibrahim, 1993).

1. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa : G...PAPIAH Usia Kehamilan, Tunggal/ganda, Hidup, Presentasi Kepala/malpresentasi, Intrauterin, Kesan jalan lahir normal/ tidak, Keadaan umum ibu dan bayi baik, dengan inpartu fase laten/aktif dengan riwayat *Sectio Caesarea*.(Saminem, 2009)

2) Masalah : ibu cemas menjelang tindakan operasi

3) Kebutuhan : Dukungan emosional

2. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Ibu : Rupture uteri, perdarahan, infeksi, syok dll.

Janin : asfiksia, distress pada janin

3. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Kolaborasi dengan dokter Sp. OG dan rujukan.

4. Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan kecemasan ibu berkurang atau hilang.

Kriteria hasil : 1. Ibu siap menjalani kelahiran *Sectio Caesarea*

2. Keadaan umum ibu dan janin baik

Intervensi :

1. Berikan informasi dan penjelasan pada ibu dan keluarga tentang dilakukannya *Sectio Caesarea*, persiapan pembedahan

Rasionalisasi : pengetahuan yang cukup akan mencegah kecemasan dan meningkatkan pemahaman ibu dan keluarga.

2. Lakukan informed consent kepada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang dilakukan

Rasionalisasi : bukti tanggung gugat

3. Anjurkan ibu untuk puasa minimal 8 jam sebelum pembedahan

Rasionalisasi : mengurangi cedera paru akibat aspirasi cairan lambung

4. Lepaskan alat bantu (misal : lensa, gigi palsu, perhiasan, dll)

Rasionalisasi : mencegah terjadinya cedera

5. Pasang kateter menetap

Rasionalisasi : untuk mengosongkan kandung kemih dan mencegah terjadinya kerusakan kandung kemih selama pembedahan berlangsung

6. Cukur abdomen dari puting sampai paha

Rasionalisasi : menghilangkan rambut didaerah insisi untuk mencegah terjadinya infeksi

7. Lakukan pemantauan TTV dan DJJ

Rasionalisasi : mempertahankan keadaan umum ibu dan janin serta mempertahankan pemantauan janin yang adekuat.

2.3.3 Nifas

a. Pengkajian Data Dasar

1) Data Subyektif

1. Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, nyeri, sakit pada luka bekas operasi (Ambarwati, 2008).

2) Data Objektif

1. Pemeriksaan fisik

a. Dada / Payudara : Bentuk simetris, bersih, Puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi Areola mammae, tidak ada massa abnormal, kolostrum sudah keluar, tidak ada pembesaran kelenjar limfe pada axila, tidak ronchi dan wheezing.

b. Abdomen :

1. Uterus : berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, keadaan luka bekas operasi (saleha,2009)

2. Kandung kemih : penuh/tidak , berkaitan dengan penurunan tinggi fundus dan masalah/penyulit dalam berkemih.

c. Genitalia: Lochea: meliputi warna, bau, bekuan darah, jumlah, keadaan anus : tidak hemoroid (saleha,2009).

d. Ekstremitas : Oedem -/-, varices -/-, reflek patella (+/+)

2. Pemeriksaan laboratorium

a. Darah : Hb > 11 gr%,

b. Urine : albumin (-/+), reduksi(-/+)

3. Riwayat psio-sosio-spiritual

Adanya respon positif dari ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayi(Sulistyowati,2009).

b. Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : P..... 6 jam dengan riwayat *Sectio Caesarea*

2. Masalah : Nyeri pada luka bekas operasi, mules

3. Kebutuhan : Health education nutrisi, health education mobilisasi, health education mengurangi rasa nyeri.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Infeksi puerpuralis, perdarahan, dll

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Kolaborasi dngan dokter Sp.OG dan rujukan

e. Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan ibu mengerti dan memahami keadaannya

Kriteria :Keadaan umum baik, ibu merasa tenang dan nyaman serta dapat mengulang penjelasan dari petugas, tidak terjadi komplikasi

Intervensi :

1. Pantau kondisi insisi, asupan dan haluaran, fungsi usus dan kandung kemih, fungsi pernafasan

Rasionalisasi : untuk mengkaji kemungkinan terjadinya infeksi

2. Pantau TTV dan kontraksi uterus setiap 15 menit sampai stabil

Rasionalisasi : mencegah terjadinya komplikasi

3. Pantau keseimbangan cairan

Rasionalisasi : mengetahui intake output dan keseimbangan cairan didalam tubuh

4. Pastikan kenyamanan ibu

Rasionalisasi : memberikan kenyamanan pada ibu

5. Berikan HE pada ibu tentang :

a. Mobilisasi Dini

Rasional : Dengan melakukan mobilisasi dini diharapkan dapat memperlancar sirkulasi darah ibu

b. Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Rasional : Dengan memenuhi kebutuhan nutrisi secara cukup diharapkan keadaan ibu dan dan bayi baik dan mempercepat pulihnya keadaan ibu setelah melahirkan

c. Personal Higiene

Rasional : dengan selalu menjaga kebersihan diri diharapkan ibu akan terhindar dari berbagai macam infeksi

d. Pemberian ASI

Rasional : dengan memberikan ASI secara dini kebutuhan nutrisi bayi tercukupi dan mempercepat proses involusi uterus

e. Perawatan payudara

Rasional : dengan melakukan perawatan payudara diharapkan tidak terjadi bendungan payudara dan ASI lancar keluarnya

6. Jelaskan bagaiman merawat luka bekas jahitan

Rasional : dengan memberikan penjelasan tentang cara merawat luka bekas jahitan diharapkan luka cepat kering dan tidak terjadi infeksi

7. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian teraphi

Rasional : mempercepat proses penyembuhan.

2.4 Kerangka Konsep

