

BAB 2

TINJAWAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerektomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Sofian, 2012)

Sektio caesarea primer (efektif) adalah *sectio caesarea* yang sejak semula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan secara *sectio caesarea*, tidak diharapkan lagi kelahiran biasa, misalnya, pada panggul sempit (CV kurang dari 8 cm).

Secto caesarea sekunder adalah *sectio caesarea* yang kita tunggu kelahiran biasa (partus percobaan). Jika tidak ada kemajuan persalinan atau partus percobaan gagal, baru dilakukan *sectio caesarea*.

Sectio caesarea ulang adalah *sectio caesarea* ibu pada kehamilan yang lalu menjalani *sectio caesarea* dan pada kehamilan selanjutnya juga dilakukan *sectio caesarea* ulang.

Secto caesarea histerektomi adalah suatu operasi yang meliputi kelahiran janin dengan *sektio caesarea* yang secara langsung diikuti histerektomi karena suatu indikasi.

Operasi porro adalah suatu operasi tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri (tentunya janin sudah mati), dan langsung dilakukan histerektomi, misalnya, pada keadaan infeksi rahim yang berat.

Sectio caesarea oleh ahli kebidanan disebut obstetric panacea, yaitu obat atau terapi ampuh bagi semua masalah obstetri. (Mochtar 2012).

2.1.2 Etiologi

Peningkatan *sectio caesarea* terus terjadi di Indonesia. Meskipun dictum "*Once caesarean always caesarean*" di Indonesia tidak dianut, tetapi sejak dua dekade terakhir ini telah terjadi perubahan tren *sectio caesarea* di Indonesia. Dalam 20 tahun terakhir ini terjadi kenaikan proporsi *sectio caesarea* dari 5% sampai 20%. Menurut DEPKES RI (2010) secara umum jumlah persalinan *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah sekitar 20-25% dari total persalinan, sedangkan di rumah sakit swasta jumlahnya sangat tinggi yaitu sekitar 30-80% dari total persalinan.

Peningkatan ini disebabkan oleh teknik dan fasilitas operasi yang tambah baik, operasi berlangsung lebih aseptis, teknik anestesi bertambah baik, kenyamanan pasca operasi dan lama perawatan yang menjadi lebih singkat. Di samping itu morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal dapat diturunkan secara bermakna (Dewi, 2007)

1. Indikasi

Indikasi *sectio caesarea* bisa indikasi absolute atau relative. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin dapat terlaksana karena merupakan indikasi absolute untuk *sectio abdominalis*. Diantara adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma

yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relative, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu, anak atau pun keduanya.

a. Indikasi ibu

1) Panggul sempit dan dystocia mekanis

a) Disproporsi fetopelvik

Disproporsi fetopelvik mencakup panggul sempit (*contracted pelvis*), fetus yang tumbuhnya terlampau besar, atau adanya ketidak-imbangan relative antara ukuran bayi dan juga ukuran pelvis. Yang ikut menimbulkan masalah disproporsi adalah bentuk pelvis, presentasi fetus serta kemampuannya untuk moulage dan masuk panggul, kemampuan berdilatasi pada cervix, dan keefektifan kontraksi uterus.

b) Malposisi dan malpresentasi

Abnormalitas ini dapat menyebabkan perlunya *sectio caesarea* pada bayi yang dalam posisi normal dapat dilahirkan pervaginam. Bagian terbesar dari peningkatan insidensi *sectio caesarea* dalam kelompok ini berkaitan dengan presentasi bokong. Barangkali sepertiga dari presentasi bokong harus dilahirkan lewat abdomen. Bukan saja akibat langsung kelahiran vaginal terhadap janin lebih buruk pada presentasi bokong dibanding pada presentasi kepala, tetapi juga terbukti adanya pengaruh jangka panjang sekalipun kelahiran tersebut tanpa

abnormalitas. Adapun perkiraan bahwa persalinan kaki dan bokong premature yang viable paling baik dilakukan melalui *sectio caesarea*.

c) Disfungsi uterus

Disfungsi uterus mencakup kerja uterus yang tidak terkoordinasikan, inertia, cincin konstiksi dan ketidakmampuan dilatasi cervix. Partus menjadi lama dan kemajuannya mungkin akan terhenti sama sekali. Keadaan ini sering disertai disproporsi dan malpresentasi.

d) Distosia jaringan lunak

Distosia jaringan lunak (*soft tissue dystocia*) dapat menghalangi atau mempersulit kelahiran yang normal. Ini mencakup keadaan seperti cicatrix pada saluran genitalia, kekakuan cervix akibat cedera atau pembedahan, dan atresia atau stenosis vagina. Kelahiran vagina yang dipaksa akan mengakibatkan laserasi yang luardan perdarahan.

e) Neoplasma

Neoplasma yang menyambu pelvis menyebabkan persalinan normal tidak mungkin terlaksana. Kanker invasive cervix yang didiagnosis pada trimester ketiga kehamilan dapat diatasi dengan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan terapi radiasi, pembedahan radikal ataupun keduanya.

f) Persalinan yang tidak dapat maju

Dalam kelompok ini termasuk keadaan-keadaan seperti isproporsi cephalopelvik, kontraksi uterus yang tidak efektif, pelvis yang jelek, bayi yang besar dan defleksi kepala bayi. Sering diagnosis tepat tidak dapat dibuat dan pada setiap kasus merupakan diagnosis akademik. Keputusan ke arah *sectio caesarea* dibuat berdasarkan kegagalan persalinan untuk mencapai dilatasi servix dan atau turunnya fetus, tanpa mempertimbangkan etiologinya.

2) Pembedahan sebelumnya pada uterus

a) *Sectio Caesarea*

Pada sebagian besar negara ada kebiasaan yang dipraktikkan akhir-akhir ini, yaitu setelah prosedur pembedahan caesarea dikerjakan, maka semua kehamilan yang mendatang harus diakhiri dengan cara yang sama. Bahaya ruptur lewat tempat insisi sebelumnya dirasakan terlalu besar. Akan tetapi, pada kondisi tertentu ternyata bisa dilakukan trial of labor dengan kemungkinan persalinan lewat vagina. Kalau upaya ini berhasil, baik morbiditas maternal maupun lamanya rawat tinggal akan berkurang.

b) Histerotomi

Kehamilan dalam uterus akan disertai bahaya ruptur uteri bila kehamilan sebelumnya diakhir dengan histerotomi. Resikonya sama seperti resiko *sectio caesarea* klasik. Histeroto

kalau mungkin harus dihindari dengan pertimbangan bahwa kehamilan berikutnya akan mengharuskan *sectio caesaria*.

3) Perdarahan

a) Placenta previa

Sectio caesarea untuk plasenta previa centralis dan lateralis telah menurunkan mortalitas fetal dan maternal. Keputusan akhir diambil melalui pemeriksaan vaginal dalam kamar operasi dengan menggunakan double setup. Darah sudah terseia dan sudah dicocokkan (cross-matching). Team dokter bedah harus sudah siap sedia. Jika pada pemeriksaan vaginal ditemukan placenta previa centralis atau partialis, *sectio caesarea* segera dikerjakan.

b) Abruptio placentae

Abruptio placenta yang terjadi sebelum atau selama persalinan awal dapat diatasi dengan pemecahan ketuban dan pemberian tetesan oxytocin. Kalau perdarahannya hebat, cervix mengeras dan menutup atau kalau ada kecurigaan apoplexia uteroplacental, maka perlu dilakukan *sectio caesarea* untuk menyelamatkan bayi, mengendalikan perdarahan, mencegah afibrinogenemia dan untuk mengamati keadaan uterus serta kemampuannya berkontraksi dan mengendalikan perdarahan. Pada sebagian kasus diperlukan tindakan histerotomi.

4) Toxemia gravidarum

Toxemia gravidarum dapat menyebabkan pengakhiran kehamilan sebelum waktunya. Pada sebagian besar kasus, pilihan metodenya adalah induksi persalinan. Kalau cervix belum matang dan induksi suka terlaksana, sebaiknya dikerjakan *sectio caesarea*.

5) Lain-lain

a) Primigravida usia lanjut

Primigravida usialanjut sulit didefinisikan. Sementara umur bervariasi dari 35 hingga 40 tahun, faktor-faktor lain juga sama pentingnya. Faktor-faktor ini mencakup ada tidaknya sagemen bawah uterus yang baik, kelenturan atau kekakuan servix dan jaringan lunak jalan lahir, kemudian menjadi hamil, jumlah abortus, presentasi anak dan koordinasi kekuatan his. Kalau semua ini menguntungkan, kelahiran per vaginam harus dipertimbangkan. Kalau faktor-faktor yang merugikan terdapat, maka *sectio caesarea* merupakan prosedur yang lebih aman dan lebih bijaksana.

b) Bekas jahitan pada vagina

Dikerjakan *sectio caesarea* elektif kalau terdapat kekhawatiran bahwa kelahiran lewat vagina yang pernah dijahit akan menimbulkan cystocele, rectocele dan prolapsus uteri.

c) Anomali uteri congenital

Bukan saja uterus yang abnormal itu fungsinya jelek, tetapi juga pada kasus anomali seperti uterus bicornuata, salah satu

ujungnya dapat merintang jalannya bayi dari ujung yang lain.

Pada keadaan seperti ini harus dikerjakan *sectio caesarea*.

d) Riwayat obstetrik yang jelek

Kalau kelahiran sebelumnya berlangsung dengan sukar dan menyebabkan cedera luas pada servix, vagina serta perineum, atau kalau bayinya pernah cedera, maka dipilih *sectio caesarea* bagi kelahiran berikutnya.

e) Forceps yang gagal

Forceps yang gagal merupakan indikasi dilakukannya *sectio caesarea*. Lebih bijaksana bila kita beralih ke kelahiran per abdomen dari pada menarik bayi lewat panggul dengan paksa.

b. Indikasi fetal

1) Gawat janin

Gawat janin, yang ditunjukkan dengan adanya bradycardia berat, irregularitas denyut jantung anak atau adanya pola deselerasi yang terlambat, kadang-kadang menyebabkan perlunya *sectio caesarea* darurat. Angka *sectio caesarea* tinggi pada pasien-pasien yang dimonitor. Hal ini tidak mengherankan karena indikasi utama untuk tindakan monitoring adalah kasus-kasus dengan predisposisi hipoksia janin. Namun demikian, gawat janin bukanlah alasan utama bagi meningkatnya angka *sectio caesarea*. Permasalahan yang disertai dystocia merupakan indikasi utama bagi persalinan per abdominal. Suatu indikasi *sectio caesarea* yang baru disebut sebagai intoleransi janin pada persalinan (fetal

intolerance of labor). Keadaan ini terlihat pada pasien-pasien yang persalinannya tidak menentu. Stimulasi dengan oxytocin menghasilkan abnormalitas pada frekuensi denyut jantung anak. Dikerjakan *sectio caesarea* dan dilahirkan bayi normal tanpa gejala kegawatan.

2) Cacat atau kematian janin sebelumnya

Khususnya pada ibu-ibu yang pernah melahirkan bayi yang cacat atau mati dilakukan *sectio caesarea* elektif.

3) Prolapsus funiculus umbilikalisis

Prolapsus funiculus umbilikalisis dengan servix yang tidak berdilatasi sebaiknya diatasi dengan *sectio caesarea*, asalkan bayinya berada keadaan baik.

4) Insufisiensi placentae

Pada kasus retardasi pertumbuhan intrauterin atau kehamilan post mature dengan pemeriksaan klinis dan berbagai test menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan bahaya, maka kelahiran harus dilaksanakan. Jika induksi tidak mungkin terlaksana atau mengalami kegagalan, *sectio caesarea* menjadi indikasi. Dengan meningkatnya kemampuan dokter-dokter anak untuk menyelamatkan bayi-bayi yang kecil dan kalau memang diperlukan, *sectio caesarea* dapat memberikan kesempatan hidup dan kesempatan untuk berkembang secara normal kepada bayi-bayi yang lain.

5) Diabetes maternal

Fetus dari ibu diabetik cenderung lebih besar dari pada bayi normal; keadaan ini bisa mengakibatkan kesulitan persalinan dan kelahiran. Meski bayi-bayi ini berukuran besar, namun perilakunya menyerupai bayi prematur dan tidak bisa bertahan dengan baik terhadap beban persalinan lama. Kematian selama persalinan dan pascalahir sering terjadi. Disamping itu, sejumlah bayi meninggal dalam kandungan sebelum maturitasnya tercapai. Karena adanya bahaya terhadap keselamatan fetus ini dan karena proporsi timbulnya toxemia yang tinggi pada ibu hamil yang menderita diabetes, maka kehamilan perlu diakhiri sebelum waktunya. Jika keadaannya menguntungkan dan persalinan diperkirakan berlangsung mudah serta cepat, maka dapat dilakukan induksi persalinan. Akan tetapi pada primigravida dan multipara dengan servix yang panjang dan tertutup atau dengan riwayat obstetrik yang jelek, *sectio caesarea* adalah metode yang dipilih.

6) Inkompatibilitas rhesus

Kalau janin mengalami cacat berat akibat antibodi dari ibu Rh-negatif yang menjadi peka dan kalau induksi serta persalinan per vaginam sukar terlaksana, maka kehamilan dapat diakhiri dengan *sectio caesarea* bagi kasus-kasus yang terpilih demi keselamatan janin.

7) Postmortem caesarean

Kadang-kadang bayi masih hidup bilamana *sectio caesarea* segera dikerjakan pada ibu hamil yang baru saja meninggal dunia.

8) Infeksi virus herpes pada traktus genitalis

Virus herpes menyebabkan infeksi serius yang sering fatal pada bayi baru lahir. Kalau jalan lahir terdapat virus herpes pada saat kelahiran, maka sedikitnya 50% dari bayi-bayi yang lahir akan terinfeksi dan separuh diantaranya akan cacat berat, bila tidak meninggal, akibat infeksi herpetik ini. Bahaya terbesar timbul kalau infeksi primer genital terjadi 2 hingga 4 minggu sebelum kelahiran. Transmisi lewat placenta tidak begitu penting bila dibandingkan dengan kontak langsung selama persalinan dan kelahiran. Pada kontak langsung, kontaminasi terjadi pada mata, kulit, kulit kepala, tali pusat dan traktus respiratorius atas dari bayi yang dilahirkan.

(Oxorn 2010)

2.1.3 Kontra Indikasi

Sectio caesarea tidak boleh dikerjakan kalau ada keadaan seperti ini :

1. Kalau 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 Caesarea extraperitoneal tidak tersedia.

3. Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman, kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai. (Oxorn 2010)

2.1.4 Patofisiologi

Anatomi fungsional yang dibahas pada kasus post operasi *sectio caesarea* terdiri dari anatomi dinding perut dandan otot dasar panggul.

1. Anatomi dinding perut

Dinding perut dibentuk oleh otot-otot perut dimana disebelah atas dibatasi oleh angulus infrasternalis dan disebelah bawah oleh krista iliaka, sulkus pubikus dan sulkus inguinalis.

Otot- otot dinding perut tersebut terdiri dari otot-otot dinding perut bagian depan, bagian lateral dan bagian belakang.

1) Otot rectus abdominis

Terletak pada permukaan abdomen menutupi linea alba, bagian depan tertutup vagina dan bagian belakang terletak di atas kartilago kostalis 6-8. Origo pada permukaan anterior kartilago kostalis 5-7, prosesus xyphoideus dan ligamen xyphoideum. Serabut menuju tuberkulum pubikum dan simpisis ossis pubis. Insertio pada ramus inferior ossis pubis. Fungsi dari otot ini utuk flexi trunk, mengangkat pelvis.

2) Otot piramidalis

Terletak dibagian tengah diatas simpisis ossis pubis, di depan otot rectus abdominis. Origo pada bagian anterior ramus superior ossis

pubis dan simpisis ossis pubis. Insertio terletak pada linea alba. Fungsinya untuk meregangkan linea alba.

3) Otot transversus abdominis

Otot ini berupa tendon menuju linea alba dan bagian inferior vagina musculi recti abdominis. Origo pada permukaan kartilago kostalis 7-12 insertio pada fascia lumbo dorsalis, labium internum krista iliaca, 2/3 lateral ligamen inguinale. Berupa tendon menuju linea alba dan bagian inferior vagina muskuli recti abdominis. Fungsi dari otot ini menekan perut, menegangkan dan menarik dinding perut.

4) Otot obligus eksternus abdominis

Letaknya yaitu pada bagian lateral abdomen tepatnya di sebelah inferior thoraks. Origonya yaitu pada permukaan luas kosta 5-12 dan insertionya pada vagina musculi recti abdominis. Fungsi dari otot ini adalah rotasi thoraks ke sisi yang berlawanan.

5) Otot obligus internus abdominis

Otot ini terletak pada anterior dan lateral abdomen, dan tertutup oleh otot obligus ekstermus abdominis. Origo terletak pada permukaan posterior fascia lumbodorsalis, linea intermedia krista iliaka, 2/3 ligamen inguinale insertio pada kartilago kostalis 8-10 untuk serabut ke arah supero medial. Fungsi dari otot ini untuk rotasi thoraks ke sisi yang sama.

2. Otot dasar panggul

Otot dasar panggul terdiri dari diafragma pelvis dan diafragma urogenital. Diafragma pelvis adalah otot dasar panggul bagian dalam

yang terdiri dari otot levator ani, otot pubokoksigeus, dan ischiokoksigeus. Sedangkan diafragma urogenetik dibentuk oleh aponeurosis otot transverses perineae profunda dan mabdor spincter ani eksternus. Fungsi dari otot-otot tersebut adalah levator ani untuk menahan rectum dan vagina turun ke bawah, otot spincter ani eksternus diperkuat oleh otot mabdor ani untuk menutup anus dan otot pubokavernosus untuk mengecilkan introitus vagina.

3. Patologi

Pada operasi *sectio caesarea* transperitonial ini terjadi, perlukaan baik pada dinding abdomen (kulit dan otot perut) dan pada dinding uterus. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan dari luka operasi antara lain adalah suplay darah, infeksi dan iritasi. Dengan adanya suplay darah yang baik akan berpengaruh terhadap kecepatan proses penyembuhan. Perjalanan proses penyembuhan sebagai berikut:

- 1) sewaktu insisi (kulit diiris), maka beberapa sel epitel, sel dermis dan jaringan kulit akan mati. Ruang insisi akan di isi oleh gumpalan darah dalam 24 jam pertama akan mengalami reaksi radang mendadak,
- 2) dalam 2-3 hari kemudian, exudet akan mengalami resolusi proliferasi (pelipat gandaan) fibroblast mulai terjadi,
- 3) pada hari ke-3-4 gumpalan darah mengalami organisasi,
- 4) pada hari ke 5 tensile strength (kekuatan untuk mencegah terbuka kembali luka) mulai timbul, yang dapat mencegah terjadi dehiscence (merekah) luka,

- 5) pada hari ke-7-8, epitelisasi terjadi dan luka akan sembuh. Kecepatan epitelisasi adalah 0,5 mm per hari, berjalan dari tepi luka ke arah tengah atau terjadi dari sisa-sisa epitel dalam dermis,
- 6) pada hari ke 14-15, tensile strength 1/5 maksimum,
- 7) tensile strength mencapai maksimum dalam 6 minggu. Untuk itu pada seseorang dengan riwayat *Sectio Caesarea* dianjurkan untuk tidak hamil pada satu tahun pertama setelah operasi.(Yetti Anggraini 2010)

2.1.5 Komplikasi

1. Infeksi

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

2. Perdarahan

- a. banyak pembuluh darah yang terputus
- b. Atonia uteri
- c. perdarahan dan placenta bed. (Muchtar, 2012)

3. Luka kandung kemih, emboli paru, dan keluhan kandung kemih bila respiratonialisasi terlalu tinggi. (Sofian,2012)

4. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang. (Sofian,2012)

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. 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. (Janet, 2012)

2.1.6 Jenis – jenis Operasi *Sectio Caesarea*

1. *Sektio caesarea* klasik (korporal)

Dilakuan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

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

Kekurangan :

- a. Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- b. Pada persalinan berikutnya, lebih mudah terjadi ruptur uteri spontan. (Sofian, 2012)

2. Sectio caesarea ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (low cervical transversal) 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. Di bandingkan dengan cara klasik, kemungkinan ruptur uteri spontan lebih kecil.

Kekurangan :

- a. Luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya uterina yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak.
- b. Tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan. (Sofian, 2012)

3. 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

Sectio Caesarea ekstraperitonealis yaitu *Sectio Caesarea* tanpa membuka peritonium parietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis. (Sofian,2012)

4. 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). (Sofian,2012)

2.1.7 . Perawatan Pra Operasi *Sectio Caesarea*

1. Persiapan kelahiran *Sectio Caesarea* meliputi mempersiapkan klien untuk pembedahan dan melakukan persiapan yang diperlukan untuk merawat bayi baru lahir. Pemeriksaan laboratorium yang umum seperti Hemoglobin atau hematokrit (Hb / Ht) untuk mengaji perubahan dan kadar pra OP dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan, Lukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi, tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah, urinalisis / kultur urine, Pemeriksaan elektrolit (Cunningham,

2011). Pemeriksaan golongan darah dan pencocokan silang, pemeriksaan fisik, pencukuran abdomen, dan prosedur umum lainnya 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 denyut jantung janin, dan memerhatikan tanda-tanda persalinan. Asupan oral harus dihentikan minimal 8 jam sebelum pembedahan dan antasida diberikan sesaat sebelum induksi anastesi umum dilakukan guna memperkecil risiko kerusakan paru akibat aspirasi asam lambung. (Reeder, dan Cunningham, 2011 : 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. Dan harus memerhatikan bahwa fungsi sebagai mana mestinya sebelum dilakukan prosedur. (Reeder, 2011)

Suatu infus intravena sebanyak 1.000 mL (umunya 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, kaca mata, dan lensa kontak. (Reeder, 2011)

Obat-obat praoperatif diberikan diberikan menurut program dokter. Selain melakukan persiapan di kamar operasi untuk prosedur pembedahan, petugas kesehatan juga melakukan persiapan yang dibutuhkan untuk perawatan bayi baru lahir. dan memastikan bahwa segala peralatan operasi yang dibutuhkan tersedia, termasuk tempat tidur bayi yang hangat dan peralatan resusitasi. Sebuah alat resusitasi bayi baru lahir, yang dilengkapi dengan penghangat, alat pengisap, oksigen (masker terbuka dan tekanan positif), dan tempat yang dapat disesuaikan untuk memungkinkan pemberian posisi bayi baru lahir yang tepat merupakan persiapan alat yang bermanfaat. Alur perawatan : kelahiran sectio caesarea memberikan contoh perawatan yang diberikan untuk klien mulai dari periode intrapartum sampai 72 jam setelah klien melahirkan. (Reeder, 2011)

2. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Hemoglobin atau hematokrit (Hb / Ht) untuk mengaji perubahan dan kadar pra operasi 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)

2.1.8 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 *Sectio Caesarea* maka persalinan berikutnya harus operasi *Sectio Caesarea* lagi adalah tidak benar, asalkan kita menanti 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)

2.1.9 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. Trial of Labor setelah sebelumnya pernah dilakukan *sectio caesarea*

1.) Persyaratannya :

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

4. Pedoman 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
- e. 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 ruptur uteri pada wanita dengan riwayat *Seccio Caesarea* dengan prevalensi 13 dari 15 wanita (Turner, 1997).

2.1.10 Perawatan Pasca Operasi *Seccio 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 anestesia 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 ke ruangan.

(Cunningham, 2009)

2) Perawatan selanjutnya

a) Tanda vital

Setelah dipindahkan ke ruangan, 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 24 jam 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 adinamik 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 pasca operasi 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 alternative 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 (Mughtar, 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 Pasca Operasi

- a. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih 1 tahun dngan 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 Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

2.2.1 Pengumpulan Data Dasar

1. Riwayat kesehatan.
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan.
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Asrinah, 2010)

2.2.2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

1. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi.
2. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
3. Memiliki ciri khas kebidanan.
4. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan.
5. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

(Asrinah, 2010).

2.2.3 Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Asrinah, 2010).

2.2.4 Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan perinatal saja, tetapi juga selama perempuan tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu ia berada dalam persalinan (Asrinah, 2010).

2.2.5 Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar

terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Asrinah, 2010).

2.2.6 Melaksanakan Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh, yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap bias dilengkapi (Asrinah, 2010).

2.2.7 Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaan (Asrinah, 2010).

2.2 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

1) Pengumpulan Data Dasar

1. Subjektif

a) Identitas.

Nama, Umur : 16 – 35 tahun (Rochjati, 2011). Agama, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, suku/bangsa, alamat, diharapkan dapat memberikan gambaran tentang faktor resiko. Keadaan sosial ekonomi serta tingkat pendidikan yang rendah

mempengaruhi kondisi klien dan merupakan salah satu faktor penyebab anemia (Manuaba, 2010).

b) 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)

c) 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 > 10 tahun, lama meneteki (Reeder, 2003).

d) Riwayat Menstruasi.

Hari pertama haid terakhir, penentuan usia gestasi, usia gestasi > 20 minggu (Yeyeh, 2010).

e) Rwayat Kesehatan Fungsional

1. Pola Nutrisi:

Selama hamil : 3 -4x/hari (2500 kalori, kalsium 1,5gram, zat besi 30 mg, asam folat 400 mikrogram). Minum : 8-9 gelas/hari (prawiroharjo, 2009).

2. Pola Eliminasi

Selama hamil :BAK : 4-5x (cenderung tidak teratur, adanya tekanan oleh massa uterus yang membesar). BAB : 1x/hari

dengan konsistensi spontan, lunak dan nyeri. Terkadang terjadi konstipasi.

3. Pola Istirahat

Selama hamil : Istirahat malam : rata-rata tidur malam adalah 6-8 jam. Istirahat siang : 1-2 jam/hari (Kusmiyati, 2009)

4. Pola Aktivitas Sehari-hari

Selam hamil : tidak melakukan pekerjaan yang terlalu berat dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil (Sulistyowati, 2011).

5. Pola seksual

Diperbolehkan sampai akhir kehamilan (Kusmiyati, 2009).

6. Pola Personal hygiene

1) Mandi: minimal 2x/hari (dilakukan pagi dan sore).

2) Ganti baju dan celana dalam :

Ganti baju minimal sekali dalam sehari, sedangkan celana dalam minimal 2kali.

3) Kebersihan kuku : 2x/minggu.

7. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan :

Tidak merokok, tidak alcohol, tidak memakai narkoba, tidak minum obat – obatan,tidak minum jamu, tidak memelihara binatang peliharaan (Sulistyawati, 2009).

f) Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita :

Tidakpernah menderita penyakit jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, DM, hipertensi, TORCH.

g) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Bahwa dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti dibawah ini penyakit jantung, hipertensi, DM, paru – paru, asma, TBC, dan AIDS serta keturunan kembar

h) Riwayat psiko-social-spiritual

1. Riwayat emosional : Trimester III

Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal (Sulistyowati, 2009).

2. Status perkawinan : menikah

3. Kehamilan ini : direncanakan

i) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :

Adanya respon yang positif antara ibu dan keluarga dengan adanya kehamilan ini.

j) Dukungan keluarga :

Adanya suatu dukungan positif dari keluarga, dan dengan adanya suatu peran yang aktif dari keluarga.

k) Tradisi :

Ibu hamil pantang makanan yang berasal dari daging, ikan, dan goreng-gorengan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan pada janin (Sulistyawati, 2011).

1) Riwayat KB :

Suntikan KB, AKDR, Pil KB , Metode sederhana (Manuaba, 2010). KB sangat dianjurkan karena untuk menjarangkan kehamilan dan mencegah terjadinya komplikasi.(Sofian,2011)

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Keadaan emosional : Kooperatif
4. Tanda –tanda vital
 - a. Tekanan darah : dibawah 140/90 mmHg.
 - b. Nadi : 80-100 kali/menit
 - c. Pernafasan : 16-24 Kali / menit
 - d. Suhu : 36,5-37,5 °C (Prawiroharjo, 2006)

5. Antropometri

- a. BB Trimester I : 4 kg, Trimeter II dan III : 0,5/minggu.
Totalnya 15-16 kg.
- b. Tinggi Badan : > 145 cm
- c. Lingkar Lengan Atas : > 23,5 cm (Sulistyawati, 2011).

b. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1. Konjungtiva merah muda
2. Tidak terdapat caries gigi yang terjadi pada kehamilan
3. Puting susu menonjol, kolostrum belum keluar

4. Abdomen : 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.

Leopold I : teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting

Leopold II : teraba keras, panjang seperti papan pada dinding abdomen bagian kanan/kiri

Leopold III : teraba bulat, keras, melenting

Leopold IV : divergen

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

c. Pemeriksaan panggul

a) Distansia spinarum (23 – 26 cm)

b) Distansia kristarum (26 – 29 cm)

c) Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm)

d) Distansia tuberum (10 – 11 cm)

e) Lingkar panggul (80 – 90 cm) (Saminem, 2009).

d. Pemeriksaan Laboratorium

1. Darah :

Hb : Trimester I : 11-14 gr%

Trimester II : 10,5-14,5 g

Trimester III : 11-14 gr% (Tarwoto, 2007)

2. Urine

Reduksi : negatif (-)

Albumine : negatif (-)

e. pemeriksaan lain :

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).
2. Masalah : khawatir akan keadaannya dan janinnya (Mitayani, 2011)
3. Kebutuhan : Pemberian asuhan kebidanan sesuai kebutuhan Dukungan dari keluarga, tenaga kesehatan dan pemberian rasa aman dan nyaman selama kehamilan (Asrinah, 2010).

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 spesialis kandungan (Varney, 2007).

5) Intervensi Tujuan dan Kriteria Hasil

Rencana asuhan bagi ibu hamil adalah :

- 1) Bangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan klien.
- 2) Libatkan klien dalam perencanaan.

- 3) Lakukan deteksi masalah dan menanganinya
- 4) Lakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia, kekurangan zat besi, penggunaan praktek yang merugikan.
- 5) Dorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dsb).
- 6) Jelaskan tanda bahaya pada kehamilan.
- 7) Jelaskan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
- 8) Berikan informasi tentang kebutuhan klien. (Kepmenkes RI 369, 2007)

2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

1) Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

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)

2. Obyektif

Pemeriksaan fisik terjadi perubahan pada pemeriksaan abdomen pada Leopold IV dan genitalia.

1. Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan terdapat luka bekas operasi. 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).
2. Genitalia : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak terdapat lendir bercampur darah, terdapat cairan ketuban atau tidak. Pemeriksaan dalam : VT Ø 1-10 cm, eff 25-100%, ketuban (negatif/positif), jernih, letak kepala, denominator UUK, hodge I-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin (Sofian, 2011).

2) Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnosa : G...PAPIAH Usia Kehamilan 37-40 minggu, 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 *Seccio Caesarea*. (Saminem, 2009)
- 2) Masalah : ibu cemas menjelang tindakan operasi
- 3) Kebutuhan : Dukungan emosional

3) Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial

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

Janin : asfiksia, distress pada janin

4) **Identifikasi akan kebutuhan segera**

kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan (Varney, 2007).

5) **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 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Nifas

1) Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

1) Keluhan Utama (PQRST) :

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

2) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola makan

Pada 6 sampai 10 jam setelah sadar, ibu dapat diberi makanan dan minum secara bertahap. (wiratmaja 1997)

b. Pola eliminasi

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 *Seccio Caesarea* mencapai 3%, dan operasi setelah persalinan gagal maju adalah salah satu risiko yang diketahui (Chai,dkk , 2008).

c. Pola aktifitas

Mobilisasi dengan miring ke kanan dan ke kiri.(wiratmaja 1997)
 Pada hari ke 3 sampai 5 penderita dianjurkan untuk belajar berjalan dan kemudiana berjalan sendiri (muchtar 1998)

d. Pola personal hygiene

paling lambat hari ke tiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi. (sugeng jitowiyono 2009)

3) Riwayat Psikososiospiritual

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

2. Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg, nadi : normal kurang dari 100 x/menit. Denyut nadi di atas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi. Respiratory rate : Pernafasan harus berada pada rentang yang normal, yaitu sekitar 16 - 25x/menit, suhu : 37° C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi (Ambarwati, 2008)

2) 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 dibawah 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 (+/+)

3) Pemeriksaan laboratorium

a. Darah : Hb > 11 gr%,

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

2) Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : P..... 8 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.

3) Antisipasi terhadap diagnosa/Masalah Potensial

Infeksi puerpuralis, perdarahan, dll

4) Identifikasi Kebutuhan akan tindakan segera / kolaborasi / rujukan

Kolaborasi dngan dokter Sp.OG dan rujukan

5) Planning

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

Kriteria : Keadaan umum baik, TTV dalam batas normal (TD : 120/80-130/80 mmHg, S : 36,5-37,5 C, N : 70-88X/ menit, RR : 16-24 X/ menit), ASI +/+, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik (keras), lochea rubra, ibu merasa tenang dan nyaman serta dapat mengulang penjelasan dari petugas

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 bagaimana 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 Krangka Konsep

