

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Harry Oxorn,2010).

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding dan perut, *seksio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dalam rahim (Mochtar,2012).

Riwayat *Seksio Caesarea* adalah ibu yang pernah mengalami *seksio caesarea* 1 kali atau lebih pada persalinan sebelumnya (Chapman,2006).Ibu dengan riwayat operasi *seksio casarea* biasanya dianjurkan untuk bersalin dan melahirkan di rumah sakit. Sebab, ibu dengan riwayat operasi *seksio caesarea* merupakan ibu dengan kehamilan resiko tinggi dan membutuhkan penanganan secara intensif oleh dokter kandungan (SpOG) (Chapman,2006).

a. Alasan Terjadinya Kenaikan Persalinan dengan *Sectio Caesarea*

1. *Sectio Caesarea* berulang secara bermakna meningkatkan total jumlah persalinan *Sectio Caesarea*.
2. Pengurangan Parietas : Hal ini menyebabkan separuh dari wanita yang hamil adalah nullipara. Oleh karena itu,peningkatan jumlah *Sectio Caesarea* dapat di perkirakan pada beberapa keadaan yang lebih lazim di

jumpai pada wanita nullipara, khususnya distosia dan kehamilan dengan hipertensi.

3. Wanita cenderung mempunyai anak pada usia yang lebih tua. peningkatan usia ibu hamil diatas 35 tahun meningkatkan proses melahirkan dengan *seksio caesarea*.
4. Pemantauan Janin secara elektronik, meningkatkan peluang untuk mendeteksi gawat janin dan meningkatkan kenaikan jumlah *sectio Caesarea*.
5. Bayi dengan Presentasi Bokong, lintang sering di lakukan dengan *Sectio Caesarea*.

2.1.2 Etiologi

1. Plasenta Previa
2. Malpresentasi Janin

Terdiri dari :

- a. Letak Lintang

Greenhill dan Eastman sama-sama sependapat:

- 1) Bila ada kesempitan panggul, maka *sectio caesarea* adalah cara yang terbaik dalam segala letak lintang dengan janin hidup dan besar biasa.
- 2) Semua Primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan *sectio caesarea*, walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit.
- 3) Multipara dengan letak lintang dapat lebih dulu ditolong dengan cara-cara lain.

a. Letak Bokong

Sectio Caesarea dianjurkan pada letak bokong bila ada, panggul sempit, primigravida, janin besar dan berharga.

b. Presentasi Dahi dan muka, bila reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil.

c. Presentasi Rangkap, bila reposisi tidak berhasil.

d. Gemelli

Dianjurkan bila : janin pertama letak lintang atau *presentase bahu*, bila terjadi *interlok*, *distosia* oleh karena tumor dan gawat janin.

3. Panggul Sempit

Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin vias naturalis ialah CV=8cm. Panggul dengan CV (konjungata vera)<8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin secara normal, harus diselesaikan dengan seksio caesarea . conjungata vera antara 8 dan 10 cm boleh dilakukan partus percoabaan,baru setelah gagal, dilakukan seksio cesarea sekunder. Selain itu,Usia normal hamil antara ≥ 16 - ≤ 35 , jika usia hamil ≤ 16 tahun rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Jika hamil usia ≥ 35 tahun, usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua, jalan lahir kaku, dan kemungkinan akan terjadi anak cacat, persalinan macet dan perdarahan(Rochjati, 2003).

4. Disproporsi Sevalopelvik yaitu ketidak seimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul.

5. Rupture uteri mengancam

Penipisan abnormal segmen bawah uterus menimbulkan bahaya serius selama partus lama, terutama pada ibu dengan paritas tinggi dan pada mereka dengan riwayat *sectio caesaria*. apabila disproporsi antara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cukup (*engaged*) dan tidak terjadi penurunan, segmen bawah uterus menjadi sangat teregang kemudian dapat menyebabkan rupture. Pada kasus ini, mungkin membentuk cincin retraksi patologis yang dapat diraba sebuah krista transversal atau bilik yang berjalan melintang di uterus antara symfisis dan umbilikus. Apabila dijumpai keadaan ini, diindikasikan persalinan perabdominan segera (Prawirohardjo,2009).

6. Partus lama (prolonged labor)

Persalinan lama disebut juga dengan “distosia” didefinisikan sebagai persalinanyang abnormal/ sulit yang bisa disebabkan karena Kelainan tenaga (kelainan his). His tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

7. Kelainan jalan lahir, kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

8. Partus tak maju (obstructed labor).

2.1.3 Deteksi Dini Kehamilan dengan Resiko Tinggi

Kehamilan dengan resiko tinggi adalah salah satu kehamilan yang di dalamnya kehidupan atau kesehatan ibu atau janin dalam bahaya akibat gangguan kehamilan yang kebetulan.

Menurut Poedji Rochjati, mengemukakan kriteria kehamilan resiko tinggi sebagai berikut

a. Resiko

Resiko adalah suatu cara statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan kegawat daruratan yang diinginkan pada masa mendatang, seperti kematian, kesakitan, ketidak nyamanan, atau keyidak puasan pada ibu dan bayi.

Ukuran resiko dapat dilihat dalam bentuk angka yang disebut SKOR. Digunakan angka bulat di bawah 10 sebagai angka dasar 2,4, dan 8 pada setiap faktor untuk membedakan resiko yang rendah, resiko menengah, dan resiko tinggi. Berdasarkan jumlah skor kehamilan di bagi menjadi tiga kelompok :

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

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

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

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat.

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

Kehamilan dengan faktor resiko :

- a. Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan atau bayinya membutuhkan di rujuk tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.
- b. Ibu dengan faktor resiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawat daruratannya lebih meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis (Poedji Rochjati,2003).

b. Batasan Faktor Resiko/Masalah

1. Ada Potensi Gawat Obstetri /APGO

Kehamilan yang perlu di waspadai

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 yang 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 resiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya pre-eklamsia, persalinan tidak lancar (Poedjie 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 terjadi perdarahan. Bahaya yang mungkin terjadi antara lain : hipertensi / tekanan darah tinggi, preeklamsia, 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 (Poedjie 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 tuannya. Bahaya yang dapat terjadi: Perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu lemah, bayi prematur / lahir belum cukup bulan, sebelum 37 minggu, bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR) , 2500 gr (Poedjie Rochjati,2003).

5) Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir \geq 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 di dampak dengan nilai sosial tinggi, anak terkecil hidup 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 atau kurang

Terdapat tiga batasan pada kelompok resiko 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 besar, ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi 7 hari

atau kurang, ibu hamil dan 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 *seksio caesarea* (Poedji Rochjati,2003).

8) Bekas Operasi saesar

Ibu hamil, pada persalinan yang lalu dilakukan operasi *Seksio Caesarea*. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat luka bekas 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: badan lemah, lesu, mata berkunang- kunang, dan jantung berdebar- debar.

Dari inspeksi di dapatkan 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.

b. Hipertensi/ preeklamsi

Hipertensi dalam kehamilan merupakan 5-15% penyulit kehamilan dan merupakan salah satu dari tiga penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Di Indonesia mortalitas dan morbiditas hipertensi dalam kehamilan juga masih tinggi. Hal ini disebabkan selain oleh etiologi tidak jelas, juga oleh perawatan dalam persalinan masih ditangani oleh petugas non medik dan sistem rujukan yang belum sempurna. Hipertensi dalam kehamilan dapat dialami oleh semua lapisan ibu hamil sehingga pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi dalam kehamilan harus benar-benar dipahami oleh semua tenaga medik baik dipusat maupun di daerah (Chapman, 2006).

2. Kelainan Letak janin pada kehamilan

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

b. Letak Sungsang

Letak Sungsang : Pada kehamilan tua (8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki di bawah.

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

3. Ada Gawat Darurat Obstetri / AGDO

Ada ancaman nyawa bagi ibu dan bayi

a. 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 dapat membahayakan nyawa ibu dan bayi jika tidak ditangani dengan benar dan tepat (Poedji Rochjati,2003).

2.1.3 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan / hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan.

misalnya plasenta previa sentralis, lateralis, panggul sempit, CPD, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, preeklamsia, distosia cervix, malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu SC.

Dalam proses operasinya dilakukan anastesi yang akan 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 hingga timbul masalah deviasi 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 dilakukan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar 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 operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan resiko infeksi (Oxorn, 2010).

2.1.4 Penatalaksanaan Medis dengan Riwayat Operasi Seksio Caesarea

a. Pedoman Untuk Partus Percobaan

Pedoman Spesifik kapan dapat dilakukan partus percobaan sebelum kembali melakukan *seksio caesarea* dianjurkan 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 menjalani *seksio caesarea* insisi transversal seyogyanya dianjurkan untuk menjalani partus percobaan. Mereka yang pernah dua kali menjalani *Seksio Caesarea*

tidak dihambat untuk menjalani partus percobaan asalkan tidak ada kontraindikasi lain. masalah- masalah yang belum terpecahkan adalah riwayat insisi vertikal rendah (riwayat insisi klasik merupakan kontraindikasi partus percobaan), kembar, presentasi bokong, lintang, dan janin tunggal dengan perkiraan berat bayi lebih dari 4000 gram.

Jika seorang perempuan dengan riwayat *Seksio Caesarea* akan menjalani partus percobaan, dirumah sakit yang bersangkutan harus tersedia semua penunjang teknis yang sesuai. Harus terdapat bank darah yang buka 24 jam, Pemantauan kecepatan denyut jantung janin, serta tersedianya fasilitas dan petugas kesehatan yang siap sewaktu waktu dapat melakukan tindakan seksio caesarea (Cunningham,2011).

Paling bijaksana mencoba induksi persalinan bila ada indikasi valid dan murni untuk melakukannya.

Ibu yang ingin melahirkan pervaginam memerlukan dukungan ekstra. Ini merupakan saat yang menguntungkan untuk mendiskusikan kelahiran ibu sebelumnya dan bagi bidan untuk memberikan informasi positif, penjelasan dan penjaminan. Kriteria dan asuhan induksi kurang lebih sama bagi semua ibu yang menjalani induksi persalinan. NICE (2001) membuat panduan rekomendasi bahwa induksi persalinan hanya boleh dilakukan di kamar bersalin tempat adanya lebih banyak staf untuk memantau ibu(Cunningham 2010).

b. Asuhan Persalinan di rumah sakit

Ibu yang pernah mengalami sesaria sebelumnya biasanya dianggap resiko “tinggi”. Di bawah adalah panduan yang umum untuk asuhan di

unit obstetri. Namun, penggunaannya tidak berdasar- bukti tentang efektivitasnya, lebih karena rutin dan asumsi manfaat yang mereka perkirakan bila terjadi sesuatu. Ingat bahwa rupture uteri jarang terjadi, banyak ibu memberikan persetujuan terhadap intervensi yang tidak ringan bagi mereka sendiri dan bukan tanpa morbiditas. Maka, bidan yang memberikan asuhan dapat menasehati dan memberikan informasi kepada semua atau sebagian mengenai “prosedur” dan intervensi tersebut(Chapman,2006).

c. Dukungan Persalinan dan pemberian Informasi

Horn (2003) mengatakan bahwa ibu yang pernah menjalani seksio caesarea sebelumnya sering merasa gentar saat mereka memikirkan persalina pervaginam.Mereka mungkin merasakan bahwa persalinan yang terdahulu sangat sulit mereka lupakan. Kebanyakan ibu secara alamiah takut tentang kemungkinan pengalaman terdahulu kembali lagi.

Sangat penting memberikan penjelasan dan penjaminan kuat serta dukungan bagi ibu saat bersalin dan pasangan melahirkannya. Diskusikan rencana kelahirannya, harapannya, dan diskusikan kemungkinan berbagai macam peristiwa. Indikasi sasarria sebelumnya harus didiskusikan sehubungan dengan relevansi, bila ada, untuk kemungkinan hasil persalinan yang sekarang.

Wainer Cohen (1991) mengatakan bahwa ibu memerlukan lebih banyak bantuan dan dukungan pada saat yang sama dalam persalinan seperti saat mengalami *seksio caesarea* sebelumnya(Chapman,2006).

d. Pemantauan Janin Secara elektronik

Pemantauan Janin secara kontinu meningkatkan secara bermakna intervensi obstetrik, termasuk *angka seksio caesarea*, sesuatu yang berusaha di hindari oleh ibu dengan kelahiran pervaginam setelah *seksio caesarea*. Misalnya USG, idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi janin bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin(Chapman,2006).

e. Prosedur Lain yang di berikan pada ibu

1. Memasang infus, mungkin di perlukan jika terjadi kegawatan. seperti : perdarahan, ibu dengan riwayat operasi *seksio caesarea*.

2.2 Kehamilan

2.2.1 Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester III dengan

Riwayat operasi *Seksio Cesarea*

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. ibu merasa sering khawatir bila bayinya lahir dengan tidak normal. kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan untuk calon bayinya (Asrinah,2011).

Kecemasan merupakan suatu perasaan subyektif yang sering dirasakan oleh ibu dengan kehamilan resiko tinggi, mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak

menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis(Kholil Lur Rochman,2010).

2.2.2 Penatalaksanaan Kehamilan pada TM III dengan riwayat operasi *Seksio Caesarea*

Pantau ibu dan janin dengan mengukur TFU, mendengarkan DJJ, dan secara khusus memakai USG dan KTG. lakukan penilaian setiap akhir minggu sejak usia kehamilan 36 minggu. Adanya makrosomia, pertumbuhan janin terhambat, kelainan letak janin dan gawat janin merupakan indikasi *sectio caesarea* (SC). Jika terdapat tanda-tanda tersebut maka perlu dilakukan tindakan SC ulang, dan keluarga diberikan penjelasan agar keluarga dan ibu lebih siap(Rachmawati,2011)

2.3 Persalinan

2.3.1 Faktor-faktor Internal Ibu Bersalin Yang Dapat Meningkatkan Risiko Persalinan *sectio caesarea*

1. Umur

Faktor umur si ibu mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Ibu yang berumur di bawah 20 tahun diatas 35 tahun sangat beresiko untuk persalinan patologis sebagai indikasi persalinan *sectio caesarea*. Kehamilan ibu dengan usia dibawah 20 tahun berpengaruh kepada kematangan fisik dan mental dalam menghadapi persalinan. Rahim dan panggul ibu seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan kesehatan dan keselamatan janin dalam kandungan.

Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga sangat meragukan pada ketrampilan perawatan diri ibu dan bayinya.

Bahaya yang dapat terjadi antara lain : bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir ataupun setelah bayi lahir. Kebutuhan pertolongan medik, bila terdapat kelainan yaitu:

- a. Janin tidak dapat lahir normal, biasa dengan tenaga ibu sendiri.
- b. Persalinan membutuhkan tindakan kemungkinan operasi *sectio caesarea*.
- c. Bayi yang baru lahir kurang bulan membutuhkan perawatan khusus.

Sebaliknya usia ibu diatas 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak tlenur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu.

Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini adalah :1) tekanan darah tinggi dan *pre-eklamsi*. 2) ketuban pecah dini yaitu ketuban pecah sebelum persalinan dimulai. 3) persalinan tidak lancar atau macet. 4) perdarahan setelah bayi lahir.

Kebutuhan pertolongan medik yang dilakukan adalah : 1) perawatan kehamilan teratur agar dapat ditemukan penyakit/faktor risiko lain secara dini dan mendapat pengobatan. 2) pertolongan persalinan membutuhkan tindakan *sectio caesarea* (Rochjati,2006).

Usia hamil yang ideal bagi seorang wanita adalah antara umur 20-35 tahun. Karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental juga sudah matang dan sudah mampu merawat sendiri bayi dan dirinya (Draper,2006).

2. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu baik yang hidup maupun mati. *Paritas* digolongkan menjadi 3 bagian yaitu :

- 1) Golongan *primipara* adalah ibu dengan *paritas* 1.
- 2) Golongan *multipara* adalah ibu dengan *paritas* 2-4.
- 3) Golongan *grande multipara* yaitu *paritas* lebih dari 4

Paritas berpengaruh pada ketahanan uterus. Pada *grande multipara* yaitu ibu dengan kehamilan/ melahirkan 4 kali atau lebih merupakan risiko persalinan patologis. Keadaan kesehatan yang sering ditemukan pada ibu *grande multipara* adalah; 1) kesehatan terganggu karena *anemia* dan kurang gizi. 2) kekendoran pada dinding perut. 3) tampak ibu dengan perut menggantung. 4) kekendoran dinding rahim (Rochjati,2006).

Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini adalah : 1) kelainan letak dan persalinan letak lintang. 2) robekan rahim pada kelainan letak lintang. 3) persalinan lama. 4) perdarahan pasca persalinan (Rochjati,2006).

3. Jarak antara kelahiran

Kehamilan sebelum 2 tahun sering mengalami komplikasi dalam persalinan. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya. Bahaya yang mungkin terjadi bagi ibu antara lain ; 1) perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah. 2) bayi prematur/ lahir belum cukup bulan sebelum 37 minggu.3) bayi dengan berat badan lahir rendah/BBLR <2500 gram.

Kebutuhan pertolongan medik yang dilakukan adalah :

1) perawatan kehamilan yang teratur. 2) pertolongan persalinan kemungkinan dengan tindakan.

4. Riwayat komplikasi

Riwayat persalinan ibu dengan persalinan tidak normal merupakan risiko tinggi untuk persalinan berikutnya. Riwayat persalinan tidak normal seperti; perdarahan, abortus, kematian janin dalam kandungan, *preeklamsi/eklamsi*, ketuban pecah dini, kelainan letak pada hamil tua dan riwayat *sectio caesarea* sebelumnya merupakan keadaan yang perlu diwaspadai, karena kemungkinan ibu akan mendapatkan kesulitan dalam kehamilan dan saat proses persalinan (Rochjati,2006).

2.3.2 Faktor- faktor Eksternal Ibu Bersalin Yang dapat Meningkatkan Risiko Persalinan *Sectio caesaria*

1. Pelayanan *Antenatal*

Pedoman pelayanan kebidanan dasar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan *antenatal* seperti yang ditetapkan dalam buku pedoman pelayanan *Antenatal* bagi petugas puskesmas.

Antenatal care adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional untuk ibu selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Pelayanan *antenatal care* merupakan upaya peningkatan untuk menjaga kesehatan ibu pada masa kehamilan. Pelayanan *antenatal* mencakup banyak hal yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium atas indikasi serta

intervensi dasar dan khusus. Hal ini meliputi konseling gizi, pemantauan berat badan, penemuan penyimpangan kehamilan, pemeriksaan intervensi dasar seperti pemberian imunisasi *Tetanus Toksoid (TT)* dan tablet zat besi serta mendidik dan memotivasi ibu agar dapat merawat dirinya selama hamil dan mempersiapkan persalinan (Depkes RI,2005).

Dengan demikian maka secara operasional pelayanan antenatal yang tidak memenuhi standar minimal “5 T” tersebut belum dianggap suatu pelayanan *antenatal*. Pemeriksaan *antenatal care* pertama dilakukan pada bulan pertama kehamilan. Selanjutnya periksa ulang 1 kali sebulan dan periksa ulang 1 kali setiap minggu sesudah kehamilan 9 bulan.

Jadwal pemeriksaan *antenatal*

- a. Trimester I dan II : dilakukan setiap bulan dengan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan ultrasonografi, penyuluhan diet, observasi penyakit yang berhubungan dengan kehamilan dan komplikasi kehamilan, pengobatan penyakit dan imunisasi TT pertama.
- b. Trimester III : dilakukan setiap minggu atau dua minggu sampai ada tanda- tanda kelahiran, evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan, bimbingan diet, pemeriksaan USG, imunisasi TT ke II, observasi penyakit dan komplikasi kehamilan trimester III serta nasehat dan petunjuk tentang tanda *inpartus* serta kemana harus datang untuk melahirkan.

Tujuan pelayanan *antenatal*

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.

- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial janin.
- c. Mengenal secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat baik ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dengan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dan menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Depkes,2005).

2.4 Nifas

2.4.2 Pengertian

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan.(Haryani,2012:1).

Masa nifas adalah masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu- minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal .
(Cunningham,2011.:281).

2.5 Konsep Manajemen Kebidanan

2.5.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan adalah proses masalah dengan metode pengaturan pemikiran dan tindakan dalam suatu urutan yang logis baik pasien maupun petugas kesehatan(APN,2007).

2.5.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

1) Pengumpulan data dasar

1. Riwayat Kesehatan yang lalu.
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, 2011).

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 (Muslihatin, 2009).

3) Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ini merupakan langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan

dilakukan pencegahan. Bidan harus waspada menghadapi diagnosis/masalah potensial yang benar-benar akan terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman (Jannah,2011).

4) Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain yang berdasarkan kondisi klien. Pada langkah ini, mengidentifikasi perlunya adanya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang sesuai dengan kondisi klien (Jannah,2011).

5) Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Langkah ini merupakan kelanjutan menejeman terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, kultural atau psikologis(Soepardan, 2008).

6) Melaksanakan Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini

bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Soepardan, 2008).

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).

2.5.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Kehamilan

1) Pengumpulan data

Usia : 16 - \geq 35, (Rochjati, 2003).

jumlah anak : \geq 4 (*Grande Multipara*) (Rochjati, 2003).

Jarak anak : \leq 2 tahun (Rochjati, 2003).

Keluhan utama:

pada daerah abdomen/ bekas luka operasi jika digunakan untuk beraktifitas yang berlebihan.

1. Riwayat obstetric yang lalu yang menjadi indikasi operasi *seksio caesaria*

kehamilan : sering keluar darah pada kemaluan pada trimester II dan III (indikasi plasenta previa), TFU ibu lebih besar dari usia kehamilan yang sebenarnya (indikasi bayi makrosomia), perut

ibu terlihat menggantung, tekanan darah ibu tinggi pada saat TM III, odema pada tungkai dan wajah (Rochjati, 2003).

Persalinan : kontraksi tidak adekuat, DJJ buruk $<120x$ /menit, persalinan macet, partus tak maju (Medforth, 2012).

Nifas : TTV: Tekanan Darah $>140/100$ mmhg peningkatan tekanan darah setelah persalinan dicurigai preeklamsia post partum, infeksi, Pernapasan 20-24x/menit, jika >30 kali/menit petunjuk adanya tanda-tanda syok, Nadi: 80-84x/menit, jika sampai 110x/menit dengan disertai peningkatan suhu tubuh curigai infeksi.

2. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita pada pasien dengan riwayat operasi *seksio casarea* :

Jika terdapat penyakit pada kehamilan sebagai berikut :

- a. Anemia : Hb <11 gr% (Rochjati, 2003).
- b. Hipertensi : TD $\geq 140/100$ mmhg, penglihatan kabur, odema pada wajah dan tungkai.
- c. Asma : dapat menyebabkan kemacetan saat persalinan jika di tengah-tengah kontraksi ibu terjadi serangan asma. bayi menjadi hipoksia.

3. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh keluarga :

- a. gemelli : bisa menjadi salah satu faktor terjadinya persalinan dengan operasi *seksio caesarea* (Rochjati, 2003).

2) . Obyektif

a. Tanda –tanda vital :

1) Tekanan darah : bila melebihi 140/90 mmHg diwaspadai adanya preeklamsi(Jannah,2011).

b. Antropometri

BB : kenaikan 5 kg dalam satu minggu(Sarwono,2010).

TB : <145 cm dapat menjadi indikator gangguan genetik(Rochjati,2003).

Lila : $\geq 23,5$ cm, jika LILA < 23,5 kemungkinan KEK(Rochjati,2003).

1. Pemeriksaan Fisik

a. Wajah : Wajah pucat (anemia), wajah odema (bahaya kehamilan).

b.Mata : conjungtiva pucat (anemia), sklera kuning (hepatitis), kelopak mata bengkak kemungkinan ada preeklamsi.

c. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tampak bekas operasi pada persalinan sebelumnya dengan jenis sayatan vertikal, linia nigra, striae alba, (Prawirohardjo,2009).

d. DJJ : <120– >160 x/menit dan tidak teratur. (Jannah,2011).

e. Genetalia : tidak ada odema pada vulva, tidak ada penyakit IMS(Jannah.2011).

f. Ekstremitas : tidak terdapat oedema(Saminem,2010).

2. Pemeriksaan Laboratorium

a. Darah :pada trimester III, Hb <11 gr % (Rochjati, 2006).

b. Urine : albumin reduksi positif, identifikasi pre eklamsi/ eklamsi selama kehamilan(Prawirohardjo,2010).

3. Pemeriksaan Lain

USG : idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi janin bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin(Chapman,2006).

4. Diagnosa :

G...(PAPIAH), usia kehamilan 39 minggu dengan riwayat operasi *seksio caesarea*(Saminem, 2009).

5. Masalah Potensial

pada ibu : rupture uteri, perdarahan, infeksi, syok

pada janin: asfiksia, hipotermi

6. Identifikasi Kebutuhan Segera

kolaborasi dengan dr.SPOG

7. Perencanaan

Diagnosa : G...PAPIAHusia kehamilan 39 minggu dengan riwayat operasi *seksio caessarea*.

Tujuan :Dengan asuhan yang telah diberikan diharapkan ibu dapat memahami keadaannya sehingga ibu dapat lebih kooperatif dengan tindakan atau terapi yang akan dilakukan oleh dokter maupun tenaga kesehatan lainnya agar bayi dan ibu dapat selamat.

Kriteria hasil : Kriteria-kriteria normal untuk memenuhi hasil sesuai dengan tujuan yang ingin di capai.

Intervensi :

- a. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.

Rasionalisasi : Pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dan janin dapat meningkatkan kerjasama antara ibu dan petugas kesehatan(APN,2008).

- b. Informasikan tentang antisipasi terjadinya komplikasi yang dapat terjadi pada ibu maupun bayi.

Rasionalisasi: Pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dan bayi dapat meningkatkan kerjasama antara petugas dan keluarga (APN,2008).

- c. Informasikan tentang tanda- tanda bahaya pada kehamilan Trimester III yakni: ekstremitas bengkak, penglihatan kabur, nyeri kepala yang hebat, Perdarahan pervaginam, gerak janin berkurang.

Rasionalisasi : Pengetahuan yang cukup tentang tanda bahaya pada kehamilan agar ibu dan keluarga lebih waspada dan siap jika di dapati salah satu tanda bahaya kehamilan ibu dan keluarga harus segera membawa ke rumah sakit.

2.5.4 Persalinan

2.5.4.1 Pengumpulan Data

1. Subyektif

- a. Keluhan Utama

Kontraksi uterus yang terus menerus dan adekuat, cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina, keluar cairan seperti air dari vagina (APN,2008).

b. Riwayat Obstetri yang lalu yang menjadi indikasi operasi *Seksio Caesarea*

Kehamilan : TFU lebih tinggi dari usia kehamilan sebenarnya (Curigai makrosomia, Kelainan letak bayi, seperti letak lintang, letak bokong, dll, TD > 140/100 mmHg terdapat odema pada ekstremitas, perdarahan pada TM II dan TM III dan persalinan sebelumnya di lakukan operasi *seksio Caesarea* (Rochjati, 2006).

Persalinan : TD > 140/100 mmHg, Rr < 16x/menit (curigai ibu memiliki penyakit Asma), Riwayat operasi *seksio caesarea* pada kehamilan sebelumnya dengan Jarak anak pertama dan kedua < 2 tahun, paritas (jumlah anak > 4) (Rochjati, 2006).

c. Riwayat Penyakit yang pernah diderita

Anemia : Hb < 11 gr% (Rochjati, 2006).

Hipertensi : TD > 140/100 mmHg.

Asma : Rr < 16x/menit.

d. Riwayat Penyakit yang pernah diderita keluarga

Gemelli : faktor ras dapat berpotensi terjadinya kehamilan kembar.

2. Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Tekanan Darah : batas normal 110/70 mmHg – 130/90 mmHg jika naik curigai adanya pre- eklamsi/eklamsi jika menurun curigai adanya perdarahan (Fatmawati, 2011).

b. Nadi : 80-100 kali/menit, jika meningkat kemungkinan dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan(Fatmawati, 2011).

c. Suhu : $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$, jika naik curigai adanya infeksi(Fatmawati, 2011).

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Muka : odema/ tidak, jika odema tanda klasik pre eklamsi(Medforth, 2012).

Mata : Konjungtiva merah muda/pucat, jika pucat di indikasikan anemia(Medforth, 2012).Bengkak pada kelopak mata bisa disebabkan tanda klasik pre eklamsi(Varney, 2008).

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

Leopold I :tinggi fundus uteri bisa nmelebihi ukuran normal dicurigai makrosomia, teraba bagian janin selain ubun-ubun kecil dicurigai malpresentasi.

Leopold II :bagian kanan dan kiri perut ibu tidak selalu punggung atau bagian terkecil janin dicurigai malpresentasi.

Leopold III :kepala, sudah atau belum masuk PAP, kalau belum masuk curiga CPD.

Leopold IV :presentasi kepala janin sudah atau belum masuk pintu atas panggul

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

g. Genetalia :

Pengeluaran pervaginam (blood slym), tidak adanya infeksi genetalia, tidak ada odema.

Pemeriksaan dalam : tidak teraba tonjolan spina, servik lunak atau tidak, mendatar atau menebal, pembukaan servik Ø 1-10 cm, effecement 25-100 %, ketuban utuh/pecah, presentasi kepala/bokong/kaki, Hodge I – IV, denominator, ada molase/tidak, teraba bagian kecil/tidak dan teraba bagian terkecil janin/tidak.

h. 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 reduksi positif curigai pre eklamsi/eklamsi intrapartum(Saifuddin, 2007).

2) Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : G..PAPIAH Usia Kehamilan 38/39 minggu, Tunggal, Hidup, Presentasi Kepala, Intrauterin, Kesan jalan lahir normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik, dengan inpartu fase laten/aktif.

2. Masalah : cemas, nyeri.
3. Kebutuhan : Dukungan emosional, dampingi ibu saat persalinan, berikan posisi yang nyaman, berikan makan dan minum.

3) Antisipasi terhadap diagnose/ masalah potensial

Pada ibu : ruptur uteri iminen, perdarahan, infeksi, syok

Pada janin : asfiksia dan Hipotermia.

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Kolaborasi dengan dokter Sp.OG

5) Planning

1. KALA I

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 14 jam (Primigravida)/ 11 jam (Multigravida) diharapkan terjadi pembukaan lengkap (10 cm), adanya dorongan meneran yang semakin meningkat, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka (APN, 2008).

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban pecah jernih, terdapat penurunan bagian terbawah janin, his adekuat dan terdapat gejala kala II (Dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).

Intervensi :

- a. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.

Rasionalisasi : pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dan janin dapat meningkatkan kerjasama antara petugas dan keluarga (APN,2008).

- b. Informasikan tentang antisipasi terjadinya komplikasi untuk dilakukan operasi sectio caesaria.

Rasionalisasi : pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dan janin dapat meningkatkan kerja sama antara petugas dan keluarga (APN,2008).

- c. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.

Rasionalisasi : adanya informed consent sebagai kekuatan hukum atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

- d. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

Rasionalisasi : SOP APN.

- e. Beri asuhan sayang ibu

- a) Berikan dukungan emosional.

Rasionalisasi : keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan (APN, 2008).

- b) Atur posisi ibu.

Rasionalisasi : pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

- c) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasionalisasi : pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan.

d) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasionalisasi : tidak mengganggu proses penurunan kepala.

e) Lakukan pencegahan infeksi.

Rasionalisasi : terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang(Depkes RI, 2008)

f. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.

Rasionalisasi : observasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan.

g. Observasi DJJ setiap 30 menit.

Rasionalisasi : saat ada kontraksi, DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

h. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yakni dengan menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Rasionalisasi : teknik relaksasi memberi rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

i. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yakni dengan menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Rasionalisasi : teknik relaksasi memberi rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

j. Persiapan Rujukan.

Rasionalisasi : apabila terdapat penyulit dalam melakukan Asuhan, langsung dapat merujuk ke fasilitas yang sesuai tanpa adanya suatu keterlambatan(Depkes. RI, 2008).

k. Kolaborasi dengan dokter Sp.OG

Rasionalisasi : antisipasi terhadap masalah potensial pada ibu maupun janin yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

2. KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 1 jam (Multi)/ ≤ 2 jam (Primi) diharapkan bayi dapat lahir spontan dan selamat(APN, 2008).

Kriteria Hasil : ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, bayi menangis kuat, bayi bernafas spontan, gerak bayi aktif, kulit kemerahan.

Intervensi : 1-27 Langkah APN :

- a. Persalinan bisa dilakukan Sectio Caesaria ulangan atau dilakukan persalinan percobaan dan induksi dengan pengawasan dokter Sp.OG.
- b. Jika dilakukan persalinan percobaan atau induksi persalinan maka bisa dilanjutkan (langkah 1s/d langkah 27), jika percobaan persalinan tersebut berhasil maka tidak perlu dilakukan sectio caesara tetapi lanjutkan pada langkah selanjutnya (langkah 28 s/d langkah 58).
- c. Jika persalinan percobaan tersebut gagal, maka segera lakukan tindakan sectio caesaria sebagai tindakan akhir untuk terminasi kehamilan.
- d. Observasi tiap 1 jam.

e. Observasi keadaan umum ibu dan janin.

2.5.5 Nifas

2.5.5.1 Pengumpulan Data

1) Subyektif

a. Keluhan Utama

Luka bekas jahitan masih terasa saat melakukan aktivitas yang berlebihan, Perut mules (Jannah, 2011).

b. Pola fungsional

1. Pola nutrisi

Intake nutrisi harus ditingkatkan untuk mengatasi kebutuhan energi selama persalinan dan persiapan menyusui (Prawirohardjo, 2010).

2. Pola eliminasi

Ibu BAK 1-2 kali dan belum BAB (Jannah, 2011).

3. Pola personal hygiene

Mandi 2x/ hari. Mengganti pembalut setiap kali mandi, BAK/BAB, paling tidak dalam waktu 3-4 jam ganti pembalut, mengganti pakaian 1 kali per hari (Jannah, 2011).

4. Pola istirahat tidur

Istirahat siang 1-2 jam, istirahat malam 6 sampai 7 jam (Jannah, 2011).

5. Pola aktivitas

Mobilisasi dini dimulai dari tahapan miring kanan, miring kiri (mika-miki), duduk, berdiri, berjalan, dan melakukan aktivitas secara bertahap (Jannah, 2011).

6. Pola seksual

Perilaku seksual dan kesehatan seksual wanita setelah melahirkan telah terbukti di pengaruhi oleh faktor-faktor psikologis, interpersonal, sosial dan fisik yang bermakna. Banyak wanita cemas terhadap tubuh mereka setelah melahirkan seorang anak dan ini dikaitkan dengan nyeri perineum, rasa sakit, penurunan sensasi ketertarikan. Aktivitas seksual dan kesenangan setelah melahirkan biasanya menghilang dalam waktu 1 tahun (Jannah,2011).

7. Riwayat psikososiospiritual

Psikologis ibu selama masa nifas sering ditandai dengan perubahan mood seperti sering murung, sering menangis, mudah marah, cepat berubah menjadi senang dan sering sedih (Jannah,2011).

2) Obyektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Tekanan darah : 110/mmHg-130/90 mmHg, jika turun curigai adanya perdarahan post partum, jika meningkat petunjuk adanya pre eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas (Suherni,2009).
- b. Pernapasan : 20-24 kali/menit, jika > 30 kali/ menit petunjuk adanya tanda-tanda syok (Suherni,2009).
- c. Nadi : cenderung menurun 60 kali/menit, jika meningkat kira-kira 110 kali/menit bisa juga gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh (Suherni,2009).

d. Suhu : cenderung terjadi kenaikan antara 37,2°C-37,5°C, jika meningkat sampai 38°C pada hari kedua sampai hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas (Suherni,2009).

2. Pemeriksaan fisik

a. Muka : odema/tidak (gejala pre eklamsi), pucat/ tidak akan adanya rasa nyeri yang dirasakan atau tanda anemia pada ibu nifas (Prawirohardjo,2009).

b. Mata : conjungtiva pucat (anemia), kelopak mata bengkak adanya tanda gejala preeklamsi (Suherni,2009).

c. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong (Suherni,2009).

d. Genetalia : tidak ada condiloma acuminata, tidak odema, adanya pengeluaran pervaginam yaitu terdapat lochea rubra, terdapat atau tidak luka pada perineum.

e. Ekstremitas : tidak ada oedema, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan.

3. Pemeriksaan laboratorium

Darah : Hb > 11 gr%, dilakukan pada hari ke 2 s/d hari ke 3 setelah proses persalinan (Medhforth,2012).

2). Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : PAPIAH Post Partum Hari ke-...

b. masalah : nyeri

c. kebutuhan : KIE penyebab nyeri, personal hygiene, pola nutrisi dan pola aktivitas (Medforth,2012).

3) Antisipasi terhadap diagnose potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan dan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan

Tidak ada

5) Intervensi

1. Kunjungan 1 (6-8 jam)

- a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan apabila perdarahan masih tetap berlanjut.
- c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir (Bonding Attachment)
- e. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu
- f. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan mencegah hipotermia, bisa dengan menggunakan metode kangguru.
- g. Jika bidan menolong persalinan ibu, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil atau normal.

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan kondisi ibu setelah persalinan.

- h. Berikan 1 kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 SI segera setelah melahirkan dan vitamin A dengan dosis 200.000 SI dengan jarak pemberian dari kapsul pertama dan kedua minimal 24 jam.

Rasional : SOP masa nifas.

2. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

1. Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tidak ada perdarahan yang abnormal, lochea tidak berbau.
2. Menilai adanya tanda-tanda infeksi pada ibu misalnya demam, atau kelainan lainnya pasca melahirkan.
3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit yang abnormal.
5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.

3. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

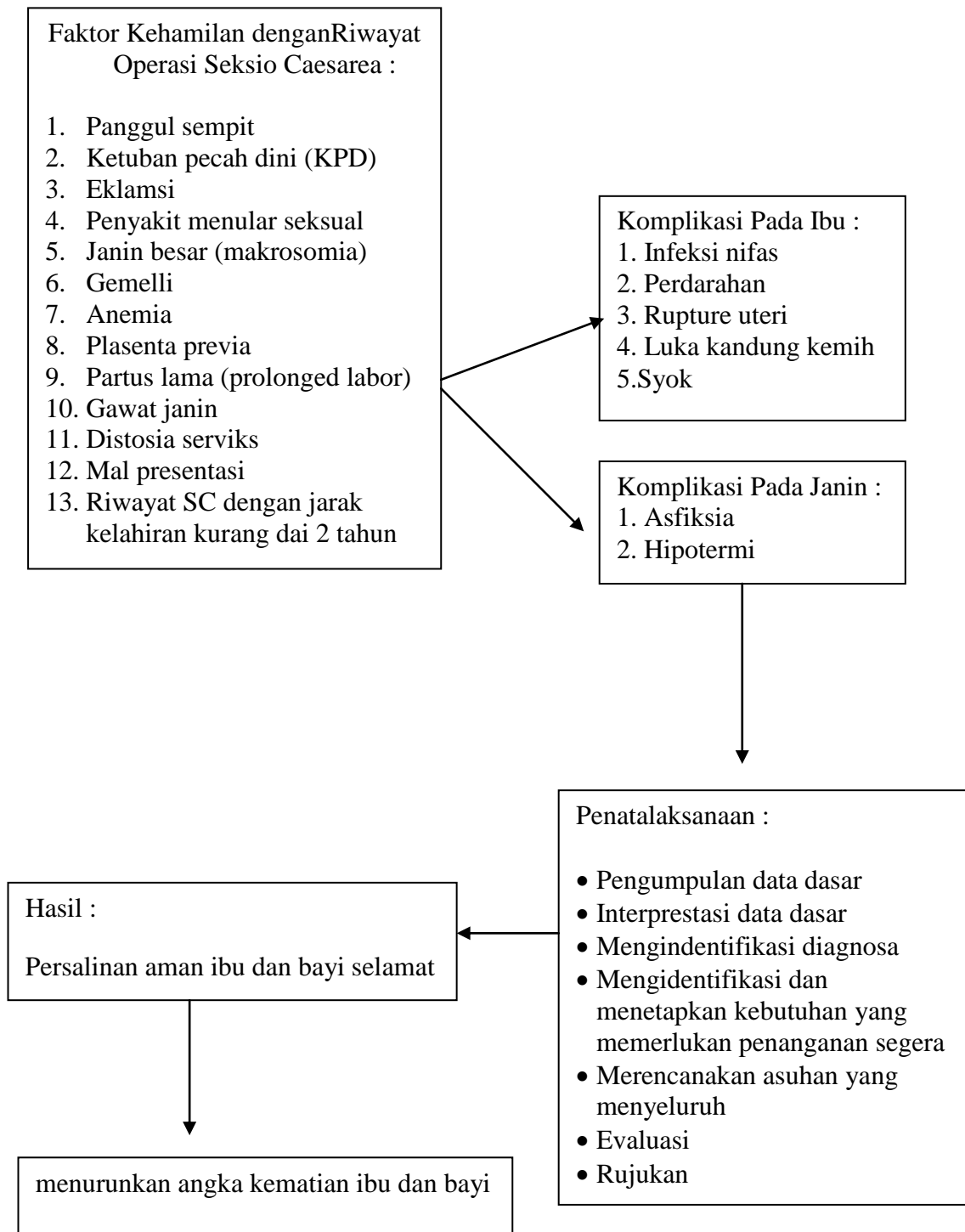
Sama dengan hari ke enam.

4. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dirasakan ibu
2. Memberikan konseling untuk KB(Keluarga Berencana) secara dini

(Suherni,2009).

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Pada Riwayat Persalinan Operasi

Seksio Saesarea