

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Pengertian Sectio Caesarea

Sectio caesarea memiliki istilah yang berasal dari bahasa latin yaitu caedere yang berarti menyayat atau memotong. istilah tersebut mengacu pada ilmu obstetric (Lia et.al, 2010).

Suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan atau insisi pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh yaitu disebut *section sesarea* (Oxorn & Forte, 2010). Section sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada uterus melalui dinding perut (Sofian, 2012).

2.1.2 Etiologi

Menurut Jitowijoyono & Kristiyanasari (2012) etiologi *Sectio Sesarea* yaitu :

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat panggul sempit, primigravida,primipara dengan kelainan letak,disporposi cefalo pelvic.

Plasenta previa terutama pada primi gravida,solusio plasenta tingkat I-II, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes mellitus), komplikasi kehamilan, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Indikasi yang berasal dari janin

Mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, *fetal distress* atau gawat janin, proplasus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan

persalinan vakum atau foreeps ekstraksi.

2.1.3 Patofisiologi

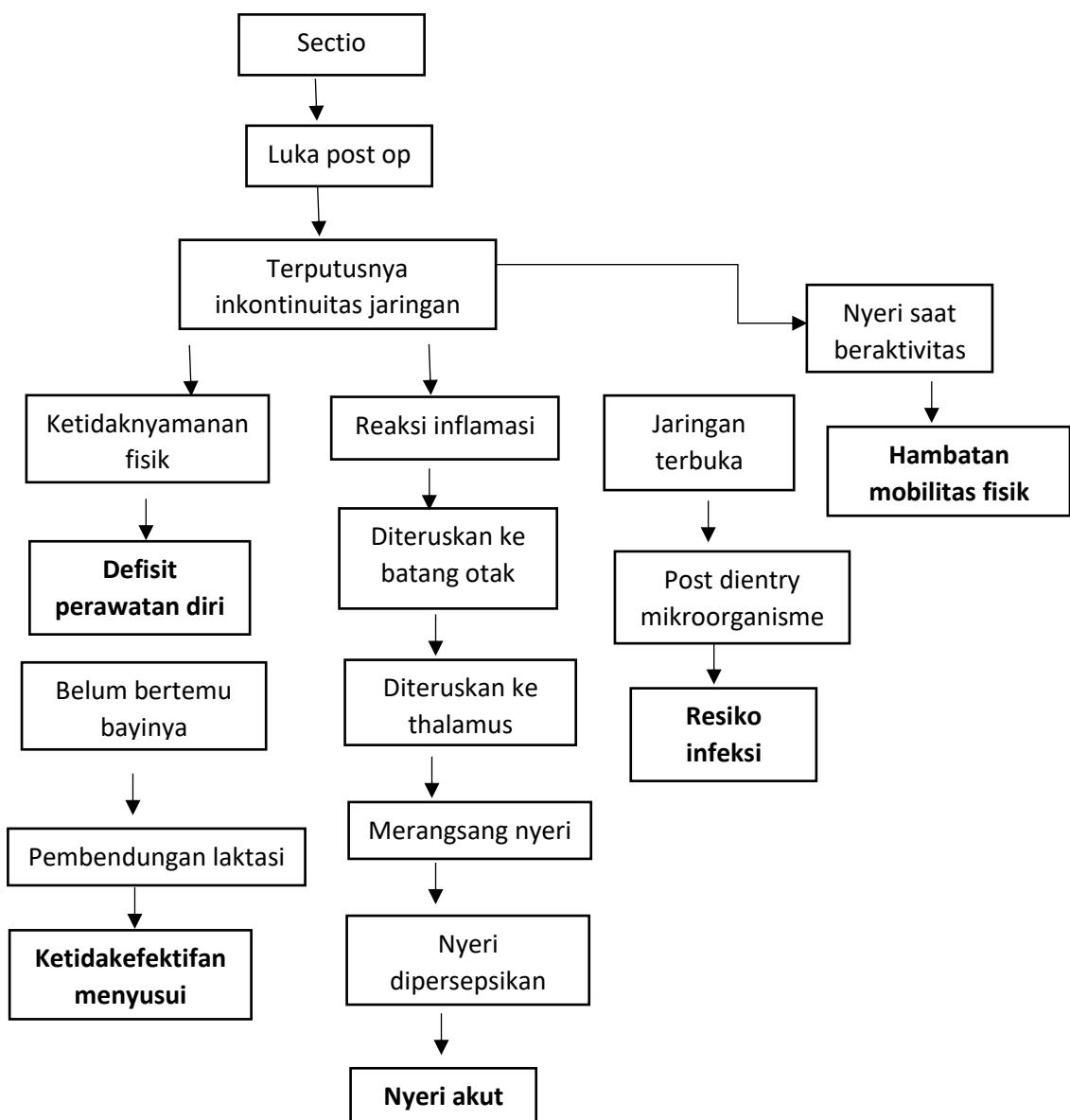
Terjadinya kelainan ibu dan janin yang dapat menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya perlu dilakukan operasi Sectio caesarea, bahkan saat ini Sectio caesarea menjadi salah satu pilihan persalinan (Sugeng, 2010).

Adanya suatu hambatan dalam proses persalinan yang dapat menyebabkan bayi tidak bisa dilahirkan secara normal, di antaranya plasenta previa, rupture sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, mall presentasi janin, kondisi ini harus dilakukan tindakan bedah Sectio Caesarea(SC). Pada saat proses operasi dilaksanakan maka hal tersebut dapat menyebabkan pasien mengalami gangguan mobilisasi sehingga hal tersebut akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas.

Adanya kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak bisa melakukan aktifitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai works pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam articles pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding mid-locale sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah

semua works pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi.

2.1.4 Pathway



2.1.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Doengoes (2010) meliputi:

- a. Haemoglobin atau hematokrit (HB/HT) untuk mengkaji dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
- b. Leukosit(WBC) untuk mengidentifikasi adanya suatu infeksi.
- c. Tes golongan darah, lama pendarahan, pembekuan darah.
- d. kultur urin.
- e. Pemeriksaan elektrolit

2.1.6 Komplikasi

- a. Perdarahan

Perdarahan yang terjadi pada sectio sesarea dapat terjadi karena adanya atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum.

- b. Infeksi

Infeksi seksio sesarea selain terjadi di tempat sayatan,infeksi juga bisa terjadi di bagian lain seperti saluran reproduksi,saluran perkemihan dan pernafasan bagian.

- c. Gangguan mobilitas fisik.

- d. Trauma psikologis akibat hilangnya rahim.

- e. Kerusakan pada traktus urinarius dan usus termasuk pembentukan fistula.

- f. Dapat mengakibatkan obstruksi usus baik mekanis maupun peralitu Oxom & forte (2010).

2.1.7 Penatalaksanaan

- a. Pemberian cairan : larutan yang diberikan kepada pasien kebanyakan DS 10%, dan RL. Dikarenakan 24 jam pertama penderita puasa setelah operasi, pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi dehidrasi, hipotermi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya.
- b. Diet : memberikan minum dengan jumlah yang sedikit diperbolehkan sesudah 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh. Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah dilakukan pemberian minuman dan makanan per oral.
- c. Mobilisasi : mobilisasi dilakukan secara bertahap, miring kanan miring kiri. Mobilisasi dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah di operasi. Hari kedua *post* operasi, klien dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk nafas dalam lalu menghembuskannya dengan perlahan-lahan. Posisi tidur terlentang dapat diubah ke posisi setengah duduk(semifowler). Belajar berjalan dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke 3-5 *post* operasi.
- d. Kateterisasi : Umumnya terpasang 24-48 jam tergantung jenis operasi dan kondisi klien.
- e. Pemberian *therapy* obat : obat yang biasanya diberikan pada klien *post* sectio sesarea dapat berupa antibiotic, analgetik dan obat untuk memperlancar saluran pencernaan.
- f. Perawatan luka : perawatan luka biasanya dapat dilakuakn setelah *post*

operasi hari kedua.

- g. Observasi tanda-tanda vital : tekanan darah, suhu, respirasi, dan nadi.

2.1.8 Risiko sectio caesarea

- a. Masalah yang muncul akibat bius yang digunakan dalam pembedahan dan obat-obatan penghilang nyeri sesudah bedah caesarea.
- b. Peningkatan insidensi infeksi dan kebutuhan akan antibiotika.
- c. Perdarahan yang lebih berat dan peningkatan risiko perdarahan yang dapat menimbulkan anemia atau memerlukan transfusi darah.
- d. Rawat inap yang lebih lama, yang meningkatkan biaya persalinan.
- e. Nyeri pasca bedah yang berlangsung berminggu-minggu atau berbulan-bulan dan membuat anda sulit merawat diri sendiri, merawat bayi dan kakak.
- f. Risiko timbulnya masalah dari jaringan parut atau perlekatan di dalam perut.
- g. Kemungkinan cederanya organ-organ lain (usus besar atau kandung kemih) dan risiko pembentukan bekuan darah dan kaki dan daerah panggul.
- h. Peningkatan risiko masalah pernafasan dan temperatur untuk bayi baru lahir.
- i. Tingkat kemandulan yang lebih tinggi dibanding pada wanita dengan melahirkan lewat vagina.
- j. Peningkatan risiko plasenta pervia atau plasenta yang tertahan pada hamil yang berikutnya.
- k. Peningkatan kemungkinan harus dilakukannya bedah caesarea pada kehamilan berikutnya.

2.1.9 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Sectio Caesarea

1. Faktor Indikasi Medis

a. Pre-eklampsia

Pre-eklampsia adalah peningkatan tekanan darah pada saat hamil, pembengkakan tubuh terutama bagian muka dan tangan, peningkatan tekanan darah secara tiba-tiba, dan kadar protein yang tinggi pada urin merupakan gejalanya. Pre-eklampsia cenderung terjadi pada wanita dengan kehamilan pertama kali, wanita hamil berusia 35 tahun, hamil kembar, menderita diabetes, Hipertensi, serta adanya gangguan pada ginjal. Faktor keturunan juga memiliki resiko terkena gangguan ini (Indiarti dan Wahyudi, 2013).

Gejala klinik pre-eklampsia ringan:

1. Tekanan darah sekitar 140/90 atau naiknya sistolik 30 mmHg atau 15 mmHg untuk diastolik dengan interval pengukuran selama 6 jam.
2. Terdapat pengeluaran protein dalam urine 0,3 g/liter atau kualitatif +1 - +2
3. Edema (bengkak kaki, tangan atau lainnya).
4. Kenaikan berat badan lebih dari 1 kg/minggu

b. Persalinan Lama

persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi. Persalinan lama ditandai dengan fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih tanpa

kelahiran bayi, dan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partografi. Partus lama disebut juga distosia, di definisikan sebagai persalinan abnormal/sulit (Karlina, Ermalinda dan Pratiwi, 2016).

partus lama dikaitkan dengan His yang masih kurang dari normal sehingga tahanan jalur lahir yang normal tidak dapat diatasi dengan baik karena durasinya tidak terlalu lama, frekuensinya masih jarang, tidak terjadinya koordinasi kekuatan, keduanya tidak cukup untuk mengatasi tahanan jalan lahir tersebut (Manuaba, 2012).

Pecahnya ketuban dengan adanya cerviks yang matang dan kontraksi yang kuat tidak pernah memperpanjang persalinan. Akan tetapi, bila kantong ketuban pecah pada saat cerviks masih panjang, keras, dan menutup, maka sebelum dimulainya proses persalinan sering terdapat periode laten yang lama. Kerja uterus yang tidak efisien mencakup ketidakmampuan cervix untuk membuka secara lancar dan cepat disamping kontraksi rahim yang tidak efektif (Oxorn dan Forte, 2010). Dalam hal ini tindakan SC dengan indikasi partus lama/tak maju adalah suatu persalinan buatan yang sangat dianjurkan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim karena ketiadaan kemajuan dalam dilatasi serviks, atau penurunan dari bagian yang masuk selama persalinan yang aktif (Purnamasari, 2012).

Adapun penangan pada persalinan lama adalah menilai keadaan umum wanita termasuk tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya, periksa denyut jantung janin jika terdapat gawat janin maka di lakukan tindakan

sectio caesarea, kecuali jika syarat-syaratnya dipenuhi, lakukan ekstraksi vacum atau forceps (Andriani, 2010).

c. Riwayat SC Sebelumnya (Bekas SC)

Riwayat ibu pernah dilakukan operasi bedah sectio caesarea merupakan alasan yang paling lazim untuk dilakukan tindakan caesarea tetap karena ibu pernah menjalani operasi bedah caesarea sebelumnya. hal ini tentu saja tidak sesuai dengan ketiga kategori Dr. Marx. Walaupun keterangan bahwa ibu yang pernah menjalani bedah caesarea mungkin merupakan alasan baik untuk dilakukan bedah caesarea berikutnya, alasan tersebut tidak lagi dianggap sebagai alasan medis yang baik. (Mulyawati, 2010).

Ibu hamil yang pernah mengalami operasi bedah sectio caesarea harus mempertimbangkan risiko dan manfaat pada saat menentukan antara pemeriksaan persalinan ataupun mengulangi persalinan caesarea elektif. Persoalan pertama yang berhubungan dengan kelahiran pervaginam sesudah kelahiran caesarea (vaginal birth after caesarean birth, VBAC) merupakan risiko rupture uterus dan kejadiannya terhitung sekitar 1% (Dutton, dan Tuner, 2010).

Risiko kesulitan pada ibu akan meningkat sejalan dengan bertambahnya total persalinan cesarea yang telah dilaksanakan, terutama risiko terjadinya plasenta previa dan rupture uterus pada kehamilan berikutnya. Adanya komplikasi akibat persalinan caesarea sebelumnya mengakibatkan ibu harus melakukan persalinan secara bedah sectio

caesarea (Dewi, 2015).

d. Kehamilan Post Date

Kehamilan Post Date Pengertian Kehamilan umumnya berlangsung selama 280 hari atau 36-40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT), walaupun begitu akan lebih tepat apabila kita menghitung umur janin dari saat konsepsi meski tidak berbeda jauh dari ovulasi (selisih berapa jam). Ovulasi terjadi kurang lebih 2 minggu sebelum haid yang akan datang, maka apabila dihitung dari saat ovulasi, lamanya kehamilan 38 minggu atau 266 hari (Sudarti, 2012). Kehamilan post date adalah kehamilan yang melewati 249 hari atau 42 minggu didapatkan dari perhitungan seperti rumus neagle atau tinggi fundus uteri serial (Taufan, 2012). Kehamilan postmatur merupakan salah satu bentuk kegawatdaruratan medis yang terjadi pada ibu hamil dan ibu yang akan bersalin. Postmatur adalah usia kehamilan lebih dari 42 minggu lengkap mulai dari menstruasi pertama, Kejadian kehamilan lewat waktu sulit ditentukan karna hanya sebagian kecil pasien yang mengingat tanggal menstruasi pertamannya dengan baik. kehamilan post date adalah kehamilan yang melewati 249 hari atau 42 minggu didapatkan dari perhitungan seperti rumus neagle atau tinggi fundus uteri serial (Taufan, 2012).

e. Gawat janin

Gawat janin merupakan keadaan dimana janin tidak mendapatkan

oksidigen yang cukup. Gawat janin perlu diketahui dari tanda-tanda berikut (Karlina,Ermalinda, dan Pratiwi, 2016):

- a) Frekuensi bunyi jantung janin kurang dari 100 x/menit atau lebih dari 180 x/menit.
- b) Berkurangnya gerakan janin (janin normal bergerak lebih dari 10 kali per hari).
- c) Adanya air ketuban bercampur mekonium, warna kehijauan.Fetal distress mengacu pada gangguan janin yang mengakibatkan keadaan stress yang patologis dan potensial membawa kematian janin (Lockhart dan Saputra, 2014). Fetal distress atau gawat janin merupakan asfiksia janin yang progresif yang dapat menimbulkan berbagai dampak seperti dekompreksi dan gangguan sistem saraf pusat serta kematian. Jika serviks telah berdilatasi dan kepala janin tidak lebih dari 1/5 diatas symphysis pubis, atau bagian teratas tulang, lakukan persalinan dengan ekstraksi vacum ataupun forceps. Jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih 1/5 atas diatas symphysis pubis, maka lakukan persalinan dengan sectio caesarea, karena bahaya janin meninggal dalam kandungan. Sikap bidan adalah melakukan konsultasi dengan dokter pengawasnya dan segera melakukan rujukan sehingga janin dapat diselamatkan dengan tindakan operasi (Andriani, 2010).

f. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapatnya tanda persalinan, dan setelah ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan. Waktu pecah ketuban sampai terjadi kontraksi rahim disebut “kejadian ketuban pecah dini” (periode laten).

Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung dunia luar dan ruang dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden. fungsi selaput ketuban adalah melindungi atau menjadi pembatas dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga mengurangi kemungkinan infeksi. Makin lama periode laten, besar kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas dan selanjutnya meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi atau janin dalam rahim (Manuaba, 2012).

g. Malpresentasi

Malpresentasi adalah bagian terendah janin yang berada di segmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Malposisi adalah petunjuk (presenting part) tidak berada di anterior (Prawirohardjo, 2008). Partus lama pada presentasi bokong merupakan indikasi untuk melakukan sectio caesarea sementara pada letak lintang bila ketuban utuh lakukan versi luar dan bila ada kontra indikasi versi luar lakukan sectio caesarea.

Komplikasi persalinan letak sungsang meliputi morbiditas dan mortalitas bayi yang tinggi, dapat menurunkan IQ bayi. Komplikasi segera pada ibu meliputi perdarahan, trauma persalinan, infeksi.

Sedangkan komplikasi pada bayi meliputi perdarahan (intra kranial, asfeksia, aspirasi air ketuban), infeksi pascapartus (meningitis dan infeksi lain), trauma persalinan yang meliputi kerusakan alat vital di daerah medulla oblongata, trauma ekstremitas (dislokasi persendian dan fraktur ekstremitas), dan trauma alat visera (rupture hati dan limpa) (Andriani, 2010).

2. Faktor Predisposisi

1. Umur Ibu

Umur ibu menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan, dan nifas serta bayinya. Usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua (≤ 20 tahun dan ≥ 35 tahun) adalah faktor penyulit kehamilan, sebab ibu yang hamil terlalu muda, kondisi tubuhnya yang memang belum siap menghadapi kehamilan, persalinan, dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi risiko seperti kelainan bawaan akan terjadi kesulitan pada waktu persalinan yang disebabkan oleh jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima persalinan. proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur 20 hingga 34 tahun karena pada jarang terjadi penyulit kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo, 2010).

Pada usia kurang dari 20 tahun rahim dan panggul ibu belum berkembang dengan baik. Hal ini dapat menimbulkan kesulitan

persalinan. Kehamilan pada usia muda berpengaruh terhadap terjadinya keracunan kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia).

Menurut Rochjati yang dikutip dari Kebutuhan pertolongan medik yang dilakukan adalah:

- a) Perawatan kehamilan teratur agar dapat ditemukan penyakit atau faktor risiko lain secara dini dan mendapat pengobatan.
- b) Pertolongan persalinan membutuhkan tindakan sectio caesarea.

Di Indonesia perkawinan usia muda cukup tinggi, terutama di daerah pedesaan. Perkawinan usia muda yang tidak disertai dengan persiapan pengetahuan reproduksi yang matang tidak pula disertai kemampuan mengakses pelayanan kesehatan karena peristiwa hamil dan juga melahirkan belum dianggap sebagai keadaan yang harus dikonsultasikan ke tenaga kesehatan. Masih banyak terjadi perkawinan, kehamilan dan persalinan diluar kurun waktu reproduksi yang sehat terutama pada usia muda. Resiko kematian pada kelompok umur dibawah 20 tahun dan pada kelompok umur diatas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat yaitu 20 - 34 tahun (Mochtar, 2012).

2. Paritas

Paritas menentukan jumlah persalinan sebelumnya yang telah mencapai batas viabilitas dan tidak dapat melihat janinnya hidup atau mati saat dilahirkan serta tanpa mengingat jumlah anaknya. Artinya kelahiran kembar dihitung satu paritas (Oxorn dan Forte, 2010).

Kategori paritas di bagi menjadi 4 kelompok yaitu (Mochtar, 2012):

- a) Nulipara adalah ibu dengan paritas 0
- b) Primipara adalah ibu dengan paritas 1
- c) Multipara adalah ibu dengan paritas 2-5
- d) Grandemultipara adalah ibu dengan paritas >5

Menurut Rochjati (2003). 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 :

- a) Kesehatan terganggu karena anemia dan kurang gizi
- b) Kekendoran pada dinding perut
- c) Tampak ibu dan perut menggantung
- d) Kekendoran dinding Rahim

Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini adalah:

- a) Kelainan letak dan persalinan letak lintang
- b) Robekan rahim pada kelainan letak lintang
- c) Persalinan lama
- d) Perdarahan pasca persalinan

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut pedarahan pasca persalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai angka kejadian perdarahan pasca persalinan lebih tinggi. Pada paritas rendah (paritas satu) ketidak-siapan seorang ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan

ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan dan persalinan (Riri Wijaya, 2008).

Wanita di Negara berkembang mempunyai risiko 100 atau 200 kali lebih besar untuk meninggal saat hamil atau melahirkan dibanding wanita di Negara maju. Angka ini tidak sepenuhnya menggambarkan besarnya resiko yang dihadapi wanita di Negara berkembang karena wanita di Asia dan Afrika rata-rata mempunyai anak 4-6 dibanding dengan Negara Eropa yang hanya dua anak atau kurang. Dengan demikian resiko untuk meninggal wanita di Negara berkembang waktu hamil dan melahirkan bekisar 1:50 sampai 1:14 dan ini sangat mencolok perbedaannya dengan Negara maju yang hanya satu dalam beberapa ribu (Oxorn dan Forte, 2010).

2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang di gunakan dalam penelitian ini berdasarkan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya

persalinan Sectio Caesarea di rumah sakit puri Asih Jatisari Tahun 2021. Variabel yang telah di teliti adalah variabel yang di perkirakan sangat mempengaruhi tindakan sectio caesarea. hal tersebut dapat dilihat pada skema berikut:

