

BAB I

KONSEP DASAR

A. PENGERTIAN

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Mochtar, 1998).

Ante partum hemoragi adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu (Mochtar, 1998).

Sectio caesaria adalah suatu cara melahirkan dengan sayatan uterus melalui dinding depan perut atau sectio caesaria adalah suatu histerektomi untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding perut dan rahim anterior (Hacker, 2001).

Dari definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa sectio caesaria adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi perabdominal dengan melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding uterus interior, karena bayi tidak bisa dilahirkan melalui jalan lahir. Salah satu penyebabnya adalah placenta previa. Placenta previa adalah suatu keadaan dimana placenta berada pada segmen bawah rahim.

B. ETIOLOGI

Penyebab dari placenta previa belum jelas diketahui menurut Mochtar (1998) ada beberapa faktor penyebab terjadinya plasenta previa yaitu

: umur, hipoplasia endometrium, endometrium cacat pada bekas persalinan berulang-ulang, bekas operasi, kuretase, korpus luteum bereaksi lambat, tumor seperti mioma uteri, malnutrisi.

Menurut Mochtar (1998) ada beberapa hal yang bisa menyebabkan terjadinya antepartum hemoragi yaitu : kelainan plasenta (plasenta previa, solusio plasenta, perdarahan antepartum seperti insersio velamentosa, ruptura sinus marginalis, plasenta sirkum valata) bukan dari kelainan plasenta biasanya kelainan servik dan vagina, trauma.

Indikasi dilakukannya SC menurut Cunningham (1995) adalah : disproporsi sefalo pelvik, plasenta previa, letak lintang, tumor jalan lahir, perut bekas sectio caesaria yang tidak baik, solusio plasenta.

C. MACAM-MACAM PLASENTA PREVIA (Manuta, Ida Bagus)

- a. Plasenta previa totalis adalah plasenta previa yang menutupi jalan lahir pada pembukaan 4 cm.
- b. Placenta Previa Parsialis
Apabila placenta menutupi sebagian osteum uteri internum.
- c. Placenta previa marginalis
Placenta previa yang berada disekitar pinggir osteum uteri internum

D. TIPE-TIPE SECTIO CAESARIA

Menurut Hakimi (1996) tipe-tipe sectio caesaria adalah :

1. Segmen bawah : insisi melintang

Insisi melintang segmen bawah uterus merupakan prosedur pilihan.

2. Sectio segmen bawah, insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan skapal dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3. Sectio caesaria klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dengan skapal kedalam dinding anterior dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting berujung tumpul.

4. Sectio caesaria extroperitonal

Pembedahan extroperitonel dikerjakan untuk menghindari perlunya isterektomi pada kasus yang mengalami infeksi luar dengan mencegah peritonis generalisasi yang sering bersifat fatal.

E. ADAPTASI FISILOGIS DAN PSIKOLOGIS

Menurut Hamilton (1995) adaptasi fisiologis dan psikologis post partum adalah sebagai berikut :

1. Adaptasi Fisiologis

a. Sistem Reproduksi

- 1) Involusi uteri terjadi setelah melahirkan tinggi fundus uteri dua jari di bawah pusat dan turun satu jari setiap hari. Pada posisi SC timbul rasa nyeri pada luka insisi sehingga involusio uteri lebih lambat.

2) Lochea adalah suatu secret yang berasal dari vacuum uteri dan vagina dalam masa nifas. Pengeluaran lochea dibedakan menjadi :
Lochea rubra, berwarna merah, pada hari pertama sampai hari ketiga, lochea sanguinolenta, berwarna putih bercampur merah, pada hari ketiga sampai hari ketujuh. Lochea serosa, berwarna kekuningan, pada hari ketujuh, sampai hari ke empat belas, lochea alba, setelah hari keempat belas, berwarna putih.

b. Sistem Perkemihan

Kandung kemih oedema, dan sensitivitas menurun sehingga mengakibatkan over distention, terpasang DC.

c. Sistemgastro intestinal

Pengambilan defekasi secara normal lambat dalam minggu pertama dan kembali normal pada minggu pertama.

d. Sistem kardiovaskuler

Tekanan darah terjadi penurunan sistolik lebih dari 20 mmHg, gangguan penglihatan, sakit kepala merupakan tanda pre eklamsi.

e. Tanda-tanda vital

Suhu 24 jam pertama meningkat kurang lebih 38 C akibat adanya dehidrasi dan perubahan hormonal.

f. Sistem endokrin

Setelah persalinan pengaruh estrogen dan progesteron hilang, maka timbul pengaruh lactogenic dan prolactin yang merangsang air susu, produksi akan banyak sesudah 2 – 3 hari post partum.

g. Sistem Muskulo Skeletal

Otot dinding abdomen teregang perlahan selama hamil menyebabkan hilangnya kekenyalan otot yang terlihat jelas setelah melahirkan dinding perut tampak lembek dan kendur (flabby) adanya striae gravidarum.

2. Adaptasi Psikologis

a. Fase taking in

Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan memfokuskan pada diri sendiri.

b. Fase taking hold

Mulai sekitar hari ketiga setelah melahirkan berakhir pada minggu keempat, ibu siap menerima peran ibunya dan belajar tentang semua hal-hal baru.

c. Fase Letting go

Dimulai sekitar minggu ke – 5 setelah melahirkan sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggota baru.

F. GAMBARAN KLINIS

Menurut Mochtar (1998) gambaran klinis plasenta previa yang biasanya timbul adalah : perdarahan pada trimester ke III tanpa sebab, terjadi sewaktu-waktu, tanpa disadari, tanpa nyeri dan terjadinya berulang-ulang, presentasi janin tidak masuk panggul, letak janin bergeser dan berubah.

G. PROSES PENYEMBUHAN LUKA

Menurut Robbins dan Kumar adalah :

1. Hari pertama paska bedah : setelah luka disambung dan dijahit, garis insisi segera terisi bekuan darah, permukaan bekuan darah ini mengering menimbulkan suatu kerak yang menutup luka.
2. Hari ke dua paska bedah : timbul dengan aktivitas yang terpisah reepitelisasi permukaan dan pembentukan jembatan yang terjadi jaringan fibrosa yang menghubungkan kedua tepi celah sub epitel jalur-jalur tipis sel menonjol dibawah permukaan kerak, dan tepi epitel menuju kearah sentral dalam waktu 48 jam tonjolan ini berhubungan satu sama lain, dengan demikian telah tertutup oleh epitel.
3. Hari ketiga paska bedah : Respon radang akut mulai berkurang dan neutrofil sebagian besar diganti oleh makrofag yang membersihkan tepi luka dari sel-sel yang rusak dan juga pecahan fibrin.
4. Hari kelima paska bedah : Celah insisi biasanya terdiri dari jaringan granulose yang kaya pembuluh darah dan longgar. Dapat dijumpai serabut-serabut kolagen disana sini.
5. Hari akhir minggu pertama : luka telah ditutup oleh epidermis dengan ketebalan yang lebih kurang normal dan celah sub epitel yang telah terisi jaringan ikat kaya pembuluh darah ini mulai memberi serabut-serabut kolagen.
6. Selama minggu kedua : Tampak proliferasi trofoblas dan pembuluh darah secara terus menerus dan tumbuh progresif serabut kolagen. Kerangka

fibrin telah lenyap dan jaringan parut masih akan tetap berwarna merah cerah sebagai akibat peningkatan vaskularisasi, reaksi radang hampir hilang seluruhnya.

7. Akhir minggu kedua : Struktur jaringan dasar parut telah menetap dan terjadi suatu proses yang panjang (menghasilkan warna jaringan parut yang lebih muda sebagai akibat tekanan pada pembuluh darah, timbunan kolagen dan peningkatan secara mantap daya rentang luka).

H. KOMPLIKASI TINDAKAN SECTIO CAESARIA

1. Infeksi Puerperalis (Nifas)

- Ringan : Pasien mengalami kenaikan suhu tubuh beberapa hari saja tidak disertai.
- Sedang : Pasien mengalami kenaikan suhu yang lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- Berat : Pasien mengalami peritonitis, sepsis dan ikterus keadaan ini sering dijumpai partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban sudah pecah.

Penanganan pada kasus ini adalah dengan pemberian cairan elektrolit dan antibiotika yang cukup adekuat dan tepat teratasi.

2. Pendarahan yang disebabkan oleh :

- Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
- Atonia uteri
- Perdarahan pada penempelan plasenta

3. Luka kandung kemih, embrio paru dan keluhan kandung kemih bila reperitoalisasi terlalu tinggi.
4. Kemungkinan terjadi rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

Sedangkan komplikasi SC menurut Hacker adalah :

1. Perdarahan primer sebagai akibat kegagalan mencapai homostatis. Akibat insisi rahim atau atonia yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan.
2. Sepsis sesudah pembedahan frekuensi dari komplikasi ini jauh lebih besar bila sectio caesaria dilakukan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim.
3. Cidera pada sekeliling struktur usus besar, kandung kemih, pembuluh darah ligament yang lebar dan ureter Hematuri angkat terdapat pada akibat terlalu antusias dalam penggunaan refaktor di daerah dinding kandung kemih.

J. FOKUS INTERVENSI

1. Nyeri berhubungan dengan pembedahan (Kathryn A, 1995)

Tujuan : rasa nyeri berkurang

Intervensi : - Kaji Karakteristik nyeri, pastikan efek pembedahan tidak menyebabkan infeksi dan distensi kemih.

- Beri Posisi nyaman dan ajarkan teknik relaksasi
- Evaluasi vital sign, perhatikan perubahan perilaku
- Beritahu penyebab nyeri
- Berikan obat nyeri sesuai advis dan evaluasi

2. Kurang perawatan diri berhubungan dengan anestesi penurunan kekuatan dan ketahanan, ketidaknyamanan fisik (Doenges, 2001)

Tujuan : Pasien dapat mendemonstrasikan teknik-teknik untuk perawatan diri

Intervensi : - Pastikan berat atau durasi ketidaknyamanan

- Kaji status psikologis pasien
- Anjurkan pasien untuk latihan memenuhi kebutuhan dirinya secara bertahap
- Berikan bantuan sesuai kebutuhan. Ubah posisi pasien setiap 1 – 2 jam bantu dalam latihan nafas, ambulasi dan latihan kaki.

3. Gangguan eliminasi BAB konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot abdomen, penurunan peristaltik usus (Doenges, 2001)

Tujuan : Pola eliminasi kembali normal

- Intervensi : - Laksanakan palpasi abdomen, perhatikan distensi atas ketidak nyamanan.
- Beri cairan per oral 6 – 8 gelas perhari
 - Kaji Auskultasi adanya bising usus pada keempat kaudran, tiap 4 jam setelah kelahiran SC
 - Anjurkan peningkatan diet makanan kasar, buah-buahan dan sayuran.
 - Kolaborasi pemberian obat pelumas feses.

4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan port'de entry luka insisi pembedahan (Tucker, 1998)

Tujuan : infeksi tidak terjadi

- Intervensi : - Pantau terhadap peningkatan suhu tachikardi sebagai tanda infeksi
- Observasi insisi terhadap tanda-tanda infeksi kemerahan, nyeri tekan bengkak pada sisi insisi nyeri peningkatan suhu.
 - Penggantian pembalut bila perlu
 - Kaji fundus, lochea, kandung kencing
 - Evaluasi tanda vital terhadap gejala infeksi atau haemoragi setiap empat jam atau bila perlu.

5. Resiko tinggi syok hipovolemik berhubungan dengan kehilangan cairan abnormal (Carpenito, 2001)

Tujuan : syok hipovolemik tidak terjadi

Intervensi : - Buat jadwal untuk tambahan cairan

- Pantau masukan cairan, pastikan paling sedikit 2000 ml cairan peroral setiap 24 jam
- Pantau kadar elektrolit darah, urea, nitrogen darah, urine dan serum osmolalitas, kreatinin, hematokrit dan hemoglobin.
- Pantau keluaran pastikan 1000 – 1500 ml per 24 jam
- Kaji pengertian individu tentang alasan mempertahankan hidrasi yang adekuat dan metode-metode untuk mencapai tujuan masukan cairan.

6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang perawatan post partum (Tucker, 1998)

Tujuan : Pasien mampu mendemonstrasikan dan mengungkapkan pemahaman perawatan dini post partum.

Intervensi : - Anjurkan perawatan payudara

- Jelaskan pentingnya nutrisi
- Anjurkan untuk menghindari mengangkat apapun melebihi berat badan bayi selama 4 – 6 minggu.
- Demonstrasikan cara perawatan bayi
- Anjurkan pada pasien untuk memberi ASI eksklusif.
- Laporkan bila ada gejala infeksi luka.