

BAB I

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Sectio caesaria adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 1996: 634).

Sectio caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 1999: 344).

Partus tak maju adalah suatu persalinan dengan his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putar paksi selama 2 jam terakhir (Mansjoer, 1999: 384).

Masa nifas atau post partum adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai dengan pulihnya alat-alat reproduksi sampai keadaan sebelum hamil, berlangsung 6-8 minggu (Mochtar, 1998:115).

Jadi post sectio caesaria dengan indikasi partus tak maju adalah Masa pulihnya alat-alat reproduksi setelah kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus yang disebabkan oleh his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putar paksi selama 2 jam terakhir.

B. Etiologi

1. Indikasi dilakukan *sectio caesaria* adalah:

Ibu : *disproporsi cepalo pelvik, plasenta previa, tumor jalan lahir, abrasio plasenta, hidramnion, kehamilan gemeli, prolaps tali pusat.*

Janin: gawat janin, janin besar, *mal* presentasi, letak lintang, *hidrocephalus* (Oxorn, 1996: 635).

2. Penyebab *partus* tak maju salah satunya adalah *inersia uteri* yaitu kerja uterus yang tidak efisien (Oxorn, 1996: 604). Kalau intensitas kontraksi kurang *dari* 25mmHg dan frekuensinya di bawah 2 kontraksi per 10 menit, kemajuan persalinan akan lambat dari persalinan: menjadi lama. Penyebab kedua adalah faktor jalan lahir misalnya panggul sempit dan adanya tumor jalan lahir. Faktor janin misalnya janin besar, *mal posisi, mal* presentasi (Oxorn, 1996: 635).

C. Manifestasi Klinik

Tanda dari *partus* tak maju yaitu pembukaan pada serviks yang waktunya tidak sesuai dengan fase persalinan. Pembukaan tidak maju dalam waktu 3 jam. Persalinan kala 1 fase aktif lebih dari 12 jam dan kemajuan persalinan ada tetapi dilatasi berlangsung lama (Oxorn ,1996: 606):

D. Macam-macam *Sectio caesaria*

Tipe-tipe *sectio caesaria* menurut Oxorn (1996: 640-644)

1. Segmen bawah: *Insisi* melintang

Insisi melintang segmen bawah uterus, merupakan prosedur pilihan. Abdomen dibuka dan disingkapkan, lipatan *vesikauterina peritoneum* yang terlalu dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih didorong ke bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapangan pandangan.

2. Segmen bawah: *insisi* membujur

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

3. *Sectio caesarii* klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skapal ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul. Diperlukan luka *insisi* yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu, janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis.

4. *Sectio caesaria ekstraperitoneal*

Pembedahan *ekstraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perlunya *histerektomi* pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah *peritonitis* generalisasi yang sering bersifat fatal.

E. Komplikasi

1. Komplikasi *Seccio caesaria* :

- a. Infeksi *peurpeural* (nifas)
 - 1) Ringan dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
 - 2) Sedang, dengan kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi, perut sedikit kembung.
 - 3) Berat, dengan *peritonitis* dan sepsis, hal ini sering dijumpai pada *partus* terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi *intrapartal* karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.
- b. Perdarahan, disebabkan karena:
 - 1) Banyak pembuluh darah terputus dan terbuka.
 - 2) *Atonia uteri*.
 - 3) Perdarahan pada *plasenta bad*.
- c. Luka kandungan kemih.
- d. Kemungkinan ruptura uteri spontanea pada kehamilan mendatang.

(Oxorn, 1996: 645- 646)

2. Komplikasi dari *partus* tak maju:

- a. Janin:
 - 1) DJJ bisa meningkat lebih dari 20 kali permenit
 - 2) Trauma *cerebri* akibat penekanan pada kepala janin
 - 3) Pecahnya ketuban sebelum melahirkan yang mengakibatkan terinfeksi cairan ketuban yang selanjutnya dapat menyebabkan infeksi paru-paru dan infeksi janin.

- b. Ibu: bisa terjadi *atonia uteri*, *sepsis* pembedahan dan cedera pada sekeliling struktur usus besar, kandung kemih, pembuluh di dalam ligamen yang lebar dan ureter (Oxorn ,1996:607).

F. Adaptasi Fisiologi *Post Partum*

1. Tanda-tanda vital

Suhu 24 jam pertama meningkatkan $\leq 38^{\circ}\text{C}$, akibat adanya dehidrasi dan perubahan hormonal; *relaksasi* otot. Dan normal kembali waktu 24 jam pertama. Bila kenaikan suhu lebih dari 2 hari maka pasien menunjukkan adanya *sepsis puerpuralis*, infeksi *traktus urinarius*, endometritis, *mastitis*. Pembengkakan payudara pada hari kedua dan ketiga yang dapat meningkatkan suhu pasien.

2. Sistem *kardiovaskuler*

Tekanan darah terjadi penurunan sistolik lebih dari 20mmHg atau penambahan diastolik 15 mmHg khususnya bila disertai adanya sakit kepala atau gangguan penglihatan menunjukkan pre eklamsi.

3. Laktasi

Produk ASI mulai hari ketiga *post partum*, terjadi pembesaran payudara, putting susu menonjol, *kolostrum* berwarna kuning keputihan/jernih, *aerola mammae* berwarna gelap atau hitam.

4. Sistem *gastrointestinal*

Pengembalian fungsi *defekasi* lambat dalam minggu pertama *post partum* dan kembali normal setelah minggu pertama. Motilitas usus terjadi penurunan segera setelah bayi lahir.

5. Sistem *muskuloskeletal*

Terjadi peregangan dan penekanan otot, *oedema* pada eksremitas bawah akan berkurang dalam minggu pertama.

6. Sistem perkemihan

Kandung kemih *oedema* dan sensitivitasnya menurun sehingga mengakibatkan *over distension*.

7. Sistem reproduksi

Involusio uteri terjadi setelah bayi lahir dan prosesnya cepat yang terdiri atas:

- a. 1-3 hari tinggi fundus uteri teraba 3 cm di bawah *umbilicus*.
- b. 3-7 hari tinggi uteri berada 1 cm di atas *simpisis pubis*.
- c. 7-9 hari tinggi fundus uteri tidak teraba.

Setelah melahirkan uterus membersihkan dirinya dengan debris yaitu pengeluaran *lochea*. Macam *lochea* berdasarkan warnanya:

- a. *Lochea rubra*: 1-3 hari berwarna merah hitam
- b. *Lochea sanguinolenta*: 3-7 hari berwarna putih campur merah
- c. *Lochea serosa*: 7-14 hari berwarna merah kekuningan
- d. *Lochea alba*: setelah hari ke-14 berwarna putih.

8. Sistem Endokrin

Mengalami perubahan secara tiba-tiba dalam kala IV persalinan setelah plasenta lahir terjadi penurunan estrogen dan progesteron prolaktin menurun pada wanita yang tidak meneteki bayinya dan akan meningkat pada wanita yang meneteki. Menstruasi biasanya terjadi setelah 12 minggu post partum pada ibu yang tidak menyusui dan 36 minggu pada ibu yang menyusui.

(Hamilton, 1995: 64-68)

G. Adaptasi Psikologi Post Partum

1. *Fase taking in/dependen/tergantung*

Ibu berperilaku tergantung pada orang lain. Perhatian berfokus pada dirinya sendiri, pasif, belum ingin kontak dengan bayinya berlangsung 1-2 hari.

2. *Fase taking hold/dependen independen/antara mandiri dan tergantung*

Fokus perhatian lebih luas termasuk pada bayinya, mandiri dan inisiatif dalam perawatan pada bayinyu. Dimulai pada hari 3 dan berakhir pada hari ke-4 atau ke-5.

3. *Fase letting go/independen/mandiri*

Memperoleh peran dan tanggung jawab baru, perawatan diri dan bayinya meningkat terus, menyadari bahwa dirinya terpisah dengan bayinya

(Hamilton, 1995: 293-294)

H. Proses Penyembuhan Luka

Menurut Robbins dan Kumar (1995: 55-56) proses penyembuhan luka meliputi:

1. Hari pertama *pasca* bedah

Setelah luka disambung dan dijahit, garis *insisi* segera terisi bekuan darah. Permukaan bekuan darah ini mengering menimbulkan suatu kerak yang menutupi luka.

2. Hari kedua

Timbul dua aktivitas yang terpisah: *reepitelisasi* permukaan dan pembentukan jembatan yang terdiri dari jaringan *fibrosa* yang menghubungkan ke dua tepi celah sub *epitel*. Jalur jalur tipis sel menonjol di bawah permukaan kerak, dari tepi *epitel* menuju sentral. Dalam waktu 48 jam tonjolan ini berhubungan satu sama lain dengan demikian luka telah tertutup epitel.

3. Hari ketiga *pasca* 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

Celah *insisi* biasanya terdiri dari jaringan *granulosa* yang kaya pembuluh darah dan longgar dapat dijumpai serabut-serabut *kolagen* disekitarnya.

5. Akhir minggu pertama

Luka tertutup oleh epidermis dengan ketebalan yang lebih kurang normal.

6. Selama minggu kedua

Kerangka *fibrin* sudah lenyap dan jaringan perut masih tetap berwarna merah cerah akibat peningkatan vaskularisasi, reaksi radang hampir hilang seluruhnya.

7. Akhir minggu kedua

Setelah jaringan dasar parut telah mantap, terjadi suatu proses yang panjang (menghasilkan warna jaringan parut yang lebih muda sebagai akibat tekanan pada pembuluh darah, timbunan *kologen* atau peningkatan secara mantap daya rentang luka) sedang berjalan.

I. Dampak Kehilangan

Berduka adalah suatu keadaan dimana individu atau keluarga lebih dulu mengalami respon manusia alami yang melibatkan reaksi psikososial dan fisiologis pada kehilangan aktual atau dirasakan (orang, objek, fungsi, status, hubungan) (Carpenito, 2000). Reaksi berduka menurut Hamilton (1995) meliputi:

1. Denial: Menolak dan isolasi

Respon:

- a. Tidak percaya terhadap hal tersebut.
- b. Tidak siap menghadapi masalah.

c. Memperllihatkan kegembiraan yang dibuat-buat.

2. Anger: Marah

Respon: marah terhadap orang lain untuk hal-hal sepele: iritabel/
sensitif

3. Bargaining: Tawar-menawar

Respon:

- a. Mulai tawar-menawar terhadap kehilangan.
- b. Mengekspersikan rasa bersalah, takut, hukuman terhadap rasa berdosanya baik nyata maupun imajinasi.

4. Depresi

Respon:

- a. Rasa berduka terhadap apa yang terjadi
- b. Kadang bicara bebas atau menarik diri

5. Acceptance: penerimaan

Respon:

- a. Semangat dan perhatian terhadap lingkungan meningkat.
- b. Berkeinginan untuk membuat rencana kedepan

J. Pemeriksaan Penunjang *Sectio caesaria*

1. *Haemoglobin*

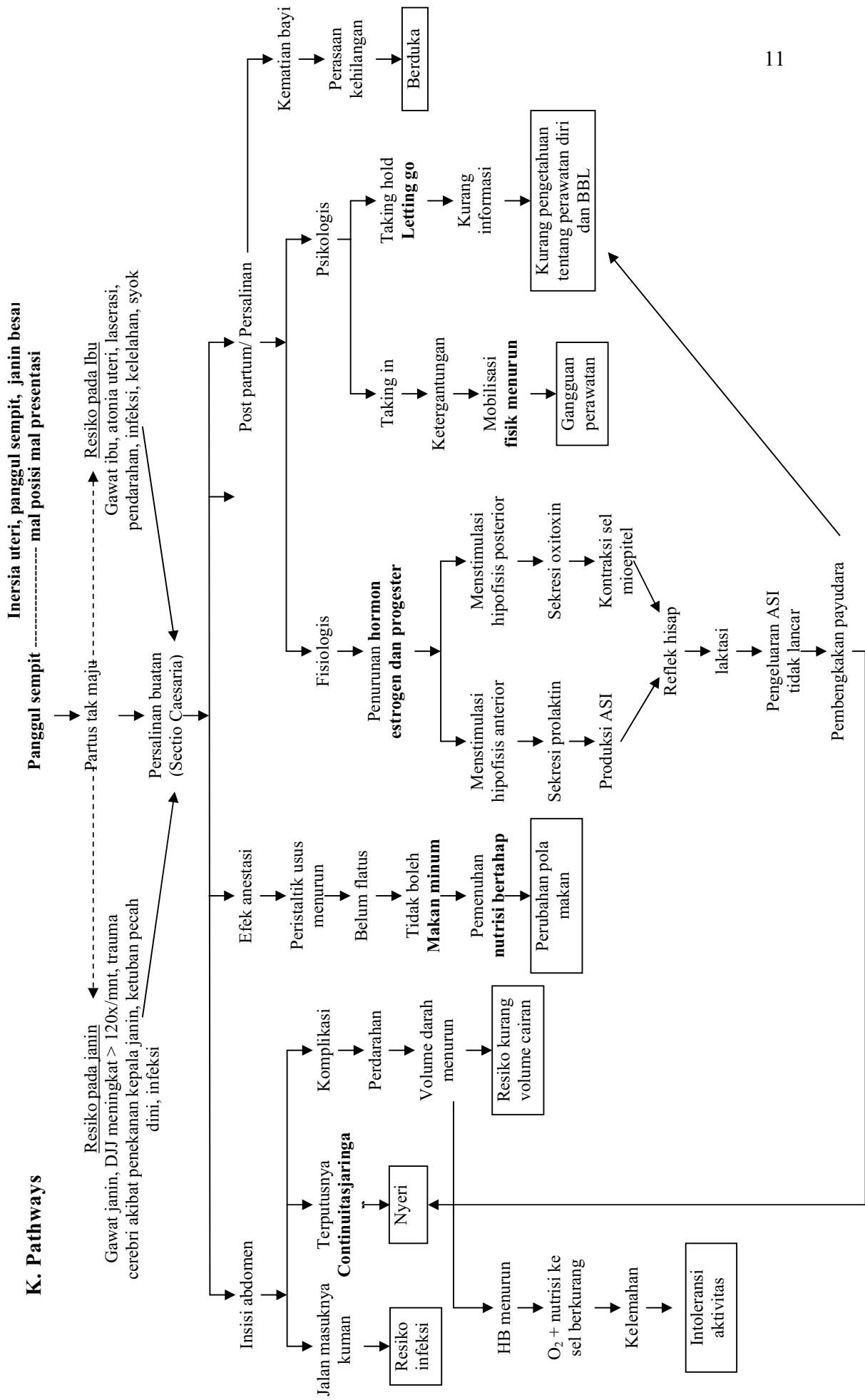
2. *Hematokrit*

3. *Leukosit*

4. Golongan darah

(Mansjoer, 1999: 270)

K. Pathways



L. Fokus Intervensi

1. Nyeri berhubungan dengan *inkontinuitas* jaringan (Doenges, 2000)

Tujuan: nyeri berkurang sampai dengan hilang

Kriteria Hasil : Pasien mengatakan nyeri berkurang, ekspresi wajah pasien tampak tenang

Intervensi:

- a. Kaji karakteristik nyeri, tingkat skala nyeri
- b. Monitor tanda-tanda vital
- c. Berikan posisi yang nyaman.
- d. Ajarkan teknik *relaksasi*
- e. Beritahu penyebab nyeri
- f. Beri obat *analgesik*.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik (Carpenito, 2000)

Tujuan: aktivitas pasien meningkat sesuai dengan *toleransi*.

Kriteria hasil:

- a. Individu akan mengidentifikasi faktor-faktor yang memperberat *intoleransi* aktivitas
- b. Mengidentifikasi metode untuk mengurangi *intoleransi* aktivitas.
- c. Mengalami kemajuan aktivitas.

Intervensi:

- a. Kaji respon klien terhadap aktivitas
 - b. Observasi tanda-tanda vital
 - c. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seminimal mungkin
 - d. Anjurkan untuk menghemat energi, hindari kegiatan yang melelahkan
 - e. Bantu pasien dalam ambulasi dini
 - f. Jelaskan pentingnya mobilisasi dini
3. Resiko tinggi kurang volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah akibat pembedahan (Doenges, 2000).

Tujuan: Tidak terjadi kekurangan volume cairan.

Kriteria hasil:

- a. Individu akan mempertahankan masukan cairan dan elektrolit.
- b. Mempertahankan berat jenis urine dalam batas normal.

Intervensi:

- a. Observasi perdarahan kontraksi uterus
 - b. Observasi pengeluaran *lochea*, warna, bau, karakteristik dan jumlah
 - c. Monitor tanda-tanda vital.
 - d. Monitor intake dan output cairan
 - e. Kolaborasi dalam pemberian cairan elektrolit
4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan proses pembedahan (Tucker, 1998)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil:

- a. Luka *insisi* bersih dan kering
- b. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi

Intervensi:

- a. Monitor vital sign khususnya suhu dan nadi
 - b. Kaji adanya tanda-tanda infeksi (*Tumor, Kallor, Rubor, Dolor, Fungsiolaesa*)
 - c. Lakukan perawatan luka
 - d. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
 - e. Kolaborasi dalam pemberian *antibiotik*
5. Perubahan pola makan berhubungan dengan penurunan peristaltik usus (Doenges, 2000)

Tujuan: kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil: individu menunjukkan pola makan atau perilaku untuk mempertahankan berat badan yang tepat.

Intervensi:

- a. Pantau masukan makanan setiap hari
- b. Timbang berat badan setiap hari
- c. Dorong pasien untuk makan diit tinggi kalori kaya *nutrien*
- d. Beri makan dalam porsi kecil sering
- e. Kolaborasi dalam pemberian diet.

6. Kurang pengetahuan tentang perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang informasi (Doenges, 2000)

Tujuan : pengetahuan pasien bertambah

Kriteria hasil: Pasien dapat mendemonstrasikan dan mengungkapkan pemahaman diri tentang perawatan *post partum* pada ibu dan bayi

Intervensi:

- a. Kaji tingkat pengetahuan klien
- b. Berikan informasi tentang perawatan diri dan bayi
- c. Beri pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayi
- d. Demonstrasikan cara perawatan diri dan bayi
- e. Dorong pasien untuk melakukan sendiri.

7. Berduka berhubungan dengan kehilangan bayinya (Doenges, 2000)

Tujuan: Mengidentifikasi dan menunjukkan perasaan secara tepat, menunjukkan perkembangan melalui proses berduka.

Kriteria hasil:

- a. Menikmati masa sekarang dan mempunyai rencana, untuk masa depan.
- b. Sudah bisa menerima keadaan sekarang.

Intervensi:

- a. Kaji suport sistem pasien
- b. Motivasi pasien dan beri dukungan
- c. Berikan waktu untuk mendengarkan keluhan pasien
- d. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya.
- e. Anjurkan keluarga atau pasangan untuk berbagi perasaan

8. Kurang perawatan diri berhubungan dengan ketergantungan, kehilangan mobilitas (Doenges, 2000)

Tujuan: Gangguan perawatan diri tidak terjadi Kriteria hasil:

- a. Menunjukkan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan pribadi
- b. Mendemonstrasikan perubahan teknik atau gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan diri.

Intervensi:

- a. Kaji faktor penyebab atau yang berperan
- b. Tentukan kemampuan saat ini (skala 0-4) dan hambatan untuk partisipasi dalam perawatan.
- c. Ikut sertakan pasien dalam formulasi rencana perawatan pada tingkat kemampuan.
- d. Dorong perawatan diri, bekerja dengan kemampuan yang sekarang jangan menekan pasien di luar kemampuannya.
- e. Sediakan waktu adekuat bagi pasien untuk melengkapi tugas, miliki harapan untuk peningkatan dan bantu sesuai kebutuhan.