**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep Dasar Sectio Caesarea**

**2.1.1 Pengertian Sectio Caesarea**

*Sectio Caesarea* merupakan prosedur bedah untuk pelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus (Liu, 2008:227). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Winkjosastro, Saifuddin, & Rachimhadhi, 2007:133).

Menurut Mochtar (1998:117) mendefinisikan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina; atau *sectio caesarea* adalah suatu histerotemia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Sedangkan menurut Fraser & Cooper (2009:567), mengatakan bahwa *sectio caesarea* merupakan prosedur operatif, yang dilakukan dibawah anstesia sehingga janin, plasenta, dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus.

**2.1.2 Indikasi Sectio Caesarea**

Menurut Rasjidi (2009:88-89), menyebutkan bahwa indikasi dilakukan *sectio ccaesarea*, yaitu sebagai berikut:

1. Indikasi ibu:

*Sectio caesarea* digunakan untuk mengakhiri kehamilan atau persalinan bila tidak dapat dilakukan persalinan per vaginam.

Adapun indikasi ibu untuk melakukan operasi antara lain:

1. Panggul sempit absolut

Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin *vias naturalis* ialah CV = 8 cm. Panggul dengan CV = 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin yang normal, harus diselesaikan dengan *sectio caesarea*. CV antara 8-10 cm boleh dicoba dengan partus percobaan, baru setelah gagal dilakukan *sectio caesarea* sekunder.

1. Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi

*Sectio caesarea* dipilih sebagai alternatif jika persalinan per vaginam gagal, hal ini karena kurang stimulasi untuk melakukan persalinan normal untuk mencegah terjadi asfiksia pada janin. Stimulasi yang adekuat berupa kontraksi rahim yang diatur oleh hormon oksitosin, serta kekuatan tenaga dan respon psikologi ibu untuk menghindari persalinan abnormal sehingga proses persalinan berlangsung lama dan dapat membahayakan kondisi janin nantinya.

Permasalahan persalinan lama adalah plasenta tidak mampu memberikan nutrisi dan pertukaran CO2/O2 sehingga janin mempunyai risiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurunnya sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta.

1. Tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi

Terdapatnya tumor yang tumbuh pada jalan lahir dapat menghalangi jalan lahir. Akibatnya bayi tidak dapat dikeluarkan lewat vagina. Tumor atau neoplasma yang menyumbat pelvis menyebabkan persalinan normal tidak mungkin terlaksana. Kanker invasif serviks yang terdiagnosis pada trimester ketiga kehamilan dapat diatasi dengan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan terapi radiasi, pembedahan radikal atau pun keduanya.

1. Stenosis serviks atau vagina

Stenosis serviks ataupun stenosis vagina termasuk kedalam distosia jaringan lunak yang dapat menghalangi atau mempersulit kelahiran yang normal. Kelahiran vaginal yang dipaksa akan mengakibatkan laserasi yang luas dan perdarahan. Stenosis serviks adalah gangguan ginekologis sistem reproduksi wanita, suatu kondisi dimana saluran leher rahim sempit atau tertutup.

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)

Pada usia kehamilan awal, lokasi plasenta berada pada bagian bawah rahim, dekat dengan jalan lahir, tetapi seiring dengan perkembangan janin dan pembesaran rahim maka plasenta bergeser ke atas sehingga menempati lokasi pada korpus atau fundus (bagian atas) rahim pada triwulan ketiga.

Pada plasenta previa, plasenta berada pada lokasi yang tidak seharusnya yaitu di segmen rahim bagian bawah atau dekat dengan jalan lahir meskipun perkembangan janin sudah memasuki triwulan ketiga. Plasenta previa terjadi pada 1 dari 200 kehamilan dan merupakan penyebab kematian tertinggi janin akibat kelahiran preterm (sebelum waktunya). Selain itu kejadian *anomaly congenital* (kelainan bawaan di dalam rahim) meningkat sebanyak 2,5 kali lebih tinggi pada plasenta previa.

Plasenta previa adalah tertanamnya bagian plasenta dalam segmen bawah uterus. Istilah ini menggambarkan hubungan anatomi antara letak plasenta dan segmen bawah uterus. Plasenta previa terjadi jika plasenta melekat pada ujung bawah uterus (rahim) sehingga menutupi serviks sebagian atau seluruhnya, atau jika plasenta terletak di bawah bagian presentasi bayi.

1. Disproporsi sefalo-pelvik

Disproporsi sefalopelvik atau dikenal ketidakseimbangan sefalopelvik (KSP) berarti bahwa bayi terlalu besar atau pelvis (panggul) yang terlalu kecil sehingga tidak dapat menjadi jalan keluar yang aman. Yang ikut menimbulkan masalah disproporsi adalah bentuk pelvis, presentasi fetus serta kemampuannya untuk moulage dan masuk panggul, kemampuan berdilatasi pada cerviks, dan keefektifan kontraksi uterus. Disproporsi tersebut juga disebut panggul sempit. Dalam obstetri panggul sempit bukan secara anatomis, melainkan panggul sempit secara fungsional artinya perbandingan antara kepala dan panggul.

1. Ruptura uteri mengancam

Ruptur Uteri adalah robeknnya dinding uterus. Dapat terjadi selama eriode antenatal, saat induksi, selama persalinan/kelahiran, dan bahkan selama stadium ketiga persalinan. Ruptur uteri yang paling sering terjadi berhubungan dengan pembedahan sebelumnya termasuk *sectio caesarea* sebelumnya. Bisa juga dihubungkan dengan praktik obstetri yang buruk, seperti penggunaan oksitoksik yang tidak tepat untuk menginduksi/mempercepat persalinan dan/atau persalinan macet.

1. Distosia serviks

Distosia jaringan lunak dapat menghalangi atau mempersulit kelahiran normal. Ini mencakup keadaan seperti cicatrix pada saluran genitalia, kekakuan cerviks akibat cedera atau pembedahan dan stenosis serviks atau vagina.

1. Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya

Jika pernah dilakukan pembedahan pada rahim saat persalinan sebelumnya, irisan yang dibuat menciptakan garis kelemahan yang potensial. Pada persalinan berikutnya, tedapat kemungkinan kurang dari satu persen pecahnya uterus. Bila itu terjadi, maka akibatnya fatal. Risiko pecahnya uterus setelah irisan melintang pada tubuh bagian bawah, lebih rendah dibandingkan dengan irisan uterus klasik.

1. Pre-eklamsia berat, penyakit kardiovaskuler, dan diabetes

Preeklamsia disebabkan berkembangnya hipertensi dengan proteinuria atau edema atau keduanya yang disebabkan oleh kehamilan atau dipengaruhi oleh kehamilan yang sekarang. Biasanya keadaan ini timbul setelah umur kehamilan 20 minggu tetapi dapat pula berkembang sebelum saat tersebut pada penyakit trofoblastik.

Penyakit kardiovaskular dapat mempengaruhi pertumbuhan bayi dalam rahim karena suplai oksigen dan makanan jadi berkurang, bersamaan dengan pengeluaran bahan sisa metabolisme. Dalam kasus ini bayi tidak akan dapat menahan stress persalinan normal.

Hipertensi yang mempengaruhi sistem kardiovaskular dan cenderung mempersempit atau menghalangi pembuluh darah. Jika pembuluh darah tidak mengantarkan darah secukupnya, maka bayi bisa terancam stres. Hipertensi juga dapat mempengaruhi kemampuan rahim dalam berkontraksi atau menimbulkan beban kerja persalinan aktif selama berjam-jam.

Penyakit kardiovaskuler seperti hipertensi kehamilan dikarenakan berkembangnya hipertensi selama kehamilan atau dalam 24 jam pertama postpartum pada seorang wanita yang sebelumnya normotensi.

Diabetes dapat menjadi indikasi harus dilakukannya *sectio caesarea* elektif pada minggu ke-37 untuk mencegah kehamilan sampai cukup bulan karena itu bisa menimbulkan risiko tidak memadainya plasenta.

1. Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu

Cara persalinan yang diperkenankan pada ibu dengan HIV positif adalah dengan operasi, penularan HIV dari ibu ke anak dapat ditekan sampai 50% dibandingkan dengan persalinan normal.

Ibu HIV positif dapat mengurangi risiko bayinya tertular dengan mengkonsumsi obat antiretroviral (ARV), menjaga proses kelahiran tetap singkat waktunya, artinya semakin lama proses kelahiran, semakin besar risiko penularan.

1. Indikasi Janin:

*Sectio caesarea* untuk kepentingan fetus (janin) bisa dilakukan sebelum mulainya persalinan dan bisa juga dilakukan dalam perjalanan persalinan. Indikasi janin untuk dilakukannya *sectio caesarea* tersebut diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Letak Lintang

Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain.

Faktor penyebab letak lintang ialah hidrosefalus, ansefalus, plasenta prefia dan tumor pelvis, janin mudah bergerak karena hidroamnion, mutiparitas, pertumbuhan janin terhambat atau janin mati, gemeli, kelainan uterus.

1. Letak Sungsang

Letak sungsang adalah kehamilan dengan anak letak memanjang dengan bokong/kaki sebagai bagian terendah. Penyebab letak sungsang antara lain disebabkan oleh prematuritas karena bentuk rahim relatif kurang lonjong, air ketuban masih banyak dan kepala relatif besar, hidroamnion karena anak mudah bergerak, plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala ke dalam pintu atas panggul, bentuk rahim yang abnormal, kelainan bentuk kepala seperti hidrosefalus dan anensefalus.

1. Gawat Janin/*Fetal Distress*

Disebut gawat janin, bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160/menit atau dibawah 100/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan. *Fetal distress* jika pola denyut jantung bayi menunjukkan perubahan besar selama persalinan. Distress janin (*fetal distress*) dapat terjadi jika tali pusar terpampat oleh bayi.

Distress janin akut dapat membahayakan jika tali pusar turun, atau mengalami prolapsus, ke dalam vagina diatas bayi. Walaupun tidak terpampat oleh kepala bayi, tali itu dengan cepat akan mengalami kejangan dalam vagina sehingga mengakibatkan kematian bayi jika ia tidak dikeluarkan dengan segera.

Dalam bentuk kronisnya, distress janin dapat terjadi jika si ibu mempunyai penyakit kardiovaskular, atau penyakit yang mempengaruhi kesehatan pembuluh darah, atau mengalami infeksi berat.

Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima cukup oksigen, sehingga mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi kronik atau akut selama persalinan menunjukkan kurang oksigen (hipoksia) pada janin. Etiologi gawat janin yaitu terdiri dari berbagai hal baik dari faktor ibu maupun faktor janin sehingga memicu terjadinya gawat janin, antara lain

kurangnya aliran darah uterus-plasenta dalam waktu singkat berupa aktifitas uterus yang berlebihan, hipertonik uterus, dapat dihubungkan dengan pemberian oksitoksin, hipotensi ibu, perdarahan ibu, posisi terlentang, solusio plasenta, plasenta previa.

1. Presentasi bokong

Bagian terbesar dari peningkatan insidensi *sectio caesarea* yakni berkaitan dengan faktor presentasi bokong. Janin dengan presentasi bokong berisiko lebih besar mengalami prolaps tali pusat dan terjepitnya kepala jika dilahirkan per vaginam dibandingkan janin dengan presentasi kepala. Oleh karena itu, presentasi bokong sering menjadi indikasi untuk dilakukan sectio caesarea. *American College of Obstetricians and Gynecologists* telah menyimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan pilihan untuk janin tunggal aterm dengan presentasi bokong.

1. Gemelli, *sectio caesarea* dianjurkan apabila:
2. Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*shoulder presentation*)
3. Bila terjadi interlock (*locking of the twins*)
4. Distosia oleh karena tumor
5. IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*)
6. Indikasi Sosial

Adapun indikasi sosial dilakukannya *sectio caesarea* adalah wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, wanita yang ingin *sectio caesarea* elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul, dan wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau *sexuality image* setelah melahirkan.

**2.1.3 Kontraindikasi Sectio Caesarea**

Kontraindikasi dilakukan *sectio caesarea* adalah tidak adanya indikasi yag tepat untuk melakukan *sectio caesarea.* Adapun kontraindikasi dari *sectio caesarea* adalah: Janin mati, syok, anemia berat, kelainan kongenital berat, infeksi piogenik pada dinding abdomen, minimnya fasilitas operasi *sectio caesarea* atau kurangnya pengalaman dokter bedah dan tenaga medis/asisten yang kurang memadai (Rasjidi, 2009:89).

**2.1.4 Dampak Sectio Caesarea**

Dampak dari persalinan *sectio caesarea,* yaitu sakit ditulang belakang, nyeri dibekas jahitan/sayatan, dan juga mual muntah akibat efek anestesi (Sulistyowati, 2014:1). Selain itu, dampak dari tindakan *sectio caesarea,* yaitu memerlukan tirah baring yang lama dibandingkan dengan persalinan per vaginam (Fraser & Cooper, 2009:574). Tirah baring yang lama pada ibu post partum dapat menyebabkan terjadinya gangguan tromboembolisme (Liu, 2008:242). Upaya yang dilakukan untuk mencegah adalah dengan mobilisasi dini.

Dampak lain dari persalinan melalui *sectio caesarea* yaitu resiko infeksi pasca pembedahan, penundaan pemberian air susu ibu (ASI) karena adanya luka operasi dan pengaruh obat bius, pembentukan gumpalan darah, resiko ruptur kandungan, dan waktu perawatan dan pemulihan lebih lama.

**2.1.5 Upaya Perawatan Sectio Caesarea**

1. Diagnosa Dini

Diagnosa dini yang dilakukan jika persalinan dengan *sectio caesarea* adalah jalan satu-satunya untuk keselamatan ibu dan janin yaitu dengan melakukan Ultrasonografi (USG). Manfaat USG ini sendiri adalah untuk mengetahui posisi ataupun letak janin.

1. Perawatan Praoperasi

Jika pada situasi tertentu indikasi *sectio caesarea* tidak bisa dihindari maka perlu memastikan alasan untuk pembedahan adalah valid. Dokter harus mengemukakan alasan dan mendiskusikannya secara jelas dengan ibu dan pasangannya. Dokter juga harus meninjau ulang riwayat obstetri dan riwayat medis serta mendiskusikan jenis anestesi dan memberikan antibiotik yang relevan.

1. Perawatan Pascaoperasi

Ibu yang mengalami komplikasi obstetric atau medis memerlukan observasi ketat setelah *sectio caesarea*. Fasilitas perawatan intensif atau ketergantungan tinggi harus siap tersedia di rumah sakit seperti memperhatikan kondisi ibu tetap stabil, memastikan analgesia yang adekuat, fisioterapi dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi, memberikan trombo-profilaksis serta memastikan penyembuhan total (Universitas Sumatra Utara, 2015).

**2.1.6 Jenis Sectio Caesarea**

1. *Sectio Caesarea* Darurat

Bedah sesar selama persalinan dapat diindikasikan apabila persalinan terhambat, tidak mengalami kemajuan, terdapat bukti adanya gawat janin, prolaps tali pusat, perdarahan antepartum terbuka. Jika persalinan tampaknya akan diakhiri dengan pembedahan, ibu harus diberitahu bahwa ia mungkin harus masuk ke dalam ruang operasi. Ibu dapat mulai mempersiapkan dirinya untuk menghadapi peristiwa tersebut, dan mencegah keputusan akhir ini menjadi suatu kejutan besar baginya (Baston & Hall, 2012:158).

1. *Sectio Caesarea* Elektif

Indikasinya bervariasi, bergantung pada keadaan masing-masing ibu, tetapi mencakup presentasi bokong, riwayat bedah sesar sebelumnya, plasenta previa, kehamilan multipel (tiga atau lebih), hambatan pertumbuhan janin intrauteri, disfungsi simfisis pubis, dan perdarahan antepartum. Kadang-kadang, bedah sesar elektif dirasa perlu untuk dilakukan apabila ibu pernah memiliki pengalaman traumatikatau jika persalinan per vagina hampir pasti menimbulkan gejala-gejala sisa psikologis. Permintaan ibu bukan indikasi bedah sesar elektif (Baston & Hall, 2012:158).

* + 1. **Persiapan Preoperasi Sectio Caesarea**

Menurut Rasjidi (2009:34-42), persiapan praoperasi *sectio caesarea*:

1. Pengkajian praoperatif
2. Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, meliputi keluhan pasien, riwayat alergi, riwayat medikasi, riwayat penyakit, riwayat makanan. Untuk operasi elektif, keadaan pasien sudah berbeda dengan saat pertama kali didiagnosis, sehingga anamnesi dan pemeriksaan fisik wajib dilakukan lagi. Selalu lakukan pemeriksaan ulang terhadap vagina dan rektal.
3. Menilai sistem kardiovaskuler dan respirasi pasien (tanda-tanda vital). Temukan, perkirakan, dan atasi permasalahan yang mungkin muncul pada saat operasi. Bila perlu konsultasikan dengan dokter bagian lain.
4. Pemeriksaan penunjang, seperti EKG, hitung darah lengkap, kreatinin dan elektrolit, glukosa darah, tes sel sabit, X-foto thoraks, dan golongan darah. Pemeriksaan dilakukan sesuai indikasi.
5. Konsultasi dengan ahli anestesi untuk persiapan yang akan dilakukan.
6. *Informed Consent*

Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (PaP) baik secara lisan maupun tulisan. Untuk tindakan darurat yang bertujuan menyelamatkan jiwa pasien, PaP tidak perlu dibuat terlebih dahulu. *Informed Consent*  berarti persetujuan yang diberika oleh pasien kepada dokter atas penjelasan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya.

1. Puasa

Masukan makanan atau air per oral harus sudah tidak diberikan 8 sampai 10 jam sebelum operasi. Bagaimanapun, banyak pusat ambulatori membolehkan masukan cairan jernih 3 sampai 4 jam sebelum pembedahan. Tujuan menunda pemberian makanan sebelum pembedahan adalah untuk mencegah aspirasi.

1. Persiapan kulit

Persiapan kulit berupa pencukuran rambut tidak menurunkan risiko infeksi secara bermakna, tetapi tetap perlu dilakukan dengan alasan mempermudah operasi, memperjelas lapangan operasi, dan menjamin plester penutup luka dapat melekat dengan baik. Pencukuran dengan alat *hair clipper* sesaat sebelum operasi lebih baik daripada 24 jam sebelum operasi.

Persiapan kulit berupa *scrubbing* lapangan operasi dengan povidon iodin sebagai antisepsis, dengan cara mengoleskan secara spiral keluar mulai dari tempat yang akan di insisi.

1. Persiapan vagina

Persiapan vagina berupa *vaginal scrub* dengan povidon iodin dapat dilakukan karena menurunkan risiko endometritis pascaoperasi. Atasi infeksi pada vagina sebelum dilakukan operasi.

1. Persiapan kandung kemih dan ureter

Pasien yang akan menjalani operasi dengan hemodinamik yang stabil tidak membutuhkan *indwelling catheter* (mis. *Folley catheter*). Namun, pasien yang akan menjalani operasi dengan anestesi regional membutuhkan kateterisasi dengan *indwelling catheter*. Hal ini bertujuan untuk mencegah overdistensi dari kandung karena anestesi regional akan memengaruhi fungsi kandung kemih.

* + 1. **Tipe-tipe Sectio Caesarea**

Menurut Oxorn & Forte (2010:640-644), tipe-tipe *sectio caesarea* meliputi:

1. **Segmen Bawah: Insisi Melintang**

Tabel 2.2 Keuntungan dan Kerugian Tipe Segmen Bawah: Insisi Melintang

|  |  |
| --- | --- |
| **Keuntungan** | **Kerugian** |
| 1. Insisinya ada pada segmen bawah uterus. Namun demikian, kita harus yakin bahwa tempat insisi ini berada pada segmen bawah yang tipis dan bukannya pada bagian inferior dari segmen atas yang muskuler
2. Otot tidak dipotong tetapi dipisah ke samping; cara ini mengurangi perdarahan
3. Insisi jarang terjadi sampai plasenta
4. Kepala janin biasanya berada di bawah insisi dan mudah diekstraksi
5. Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali dibanding segmen atas yang tebal
6. Keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi perembasan ke dalam cavum peritonei generalisata
7. Ruptura jaringan cicatrix yang melintang kurang membahayakan jiwa ibu dan janin karena:
8. Insidensi ruptura tersebut lebih rendah
9. Kejadian ini jarang terjadi sebelum aterm. Dengan demikian pasien sudah dalam pengamatan ketat di rumah sakit.
10. Perdarahan dari segi segmen bawah yang kurang mengandung pembuluh darah itu lebih sedikit dibandingkan perdarahan dari corpus
11. Ruptura bekas insisi melintang yang rendah letaknya kadang-kadang saja diikuti dengan ekspulsi janin atau dengan terpisahnya plasenta, sehingga masih ada kesempatan untuk menyelamatkan bayi.
 | 1. Jika insisi terlampau jauh ke lateral, seperti terjadi pada kasus yang bayinya terlalu besar, maka pembuluh darah uterus dapat terobek sehingga menimbulkan perdarahan hebat
2. Prosedur ini tidak dianjurkan kalau terdapat abnormalitas pada segmen bawah, seperti fibroid atau varices yang luas
3. Pembedahan sebelumnya atau perlekatan yang padat yang menghalangi pencapaian segmen bawah akan mempersulit operasi
4. Kalau segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dikerjakan
5. Kadang-kadang vesica urinaria melekat pada jaringan cicatrix yang terjadi sebelumnya sehingga vesica urinaria dapat terluka
 |

Sumber: Oxorn & Forte. 2010. *Ilmu Kebidanan: Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: ANDI.

1. **Segmen Bawah: Insisi Membujur**

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

Insisi membujur mempunyai keuntungan, yaitu kalau perlu luka insisi bisa diperlebar ke atas. Pelebaran ini diperlukan kalau bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau kalau ada anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (*conjoined twins*). Sebagian ahli kebidanan menyukai jenis insisi ini untuk placenta previa.

Salah satu kerugian utamanya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot; juga, sering luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang.

1. ***Sectio Caesarea* Klasik**

Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* klasik adalah:

1. Kesulitan dalam menyingkapkan segmen bawah
2. Adanya pembuluh-pembuluh darah besar pada dinding anterior
3. Vesica urinaria yang letaknya tinggi dan melekat
4. Myoma pada segmen bawah
5. Bayi yang tercekam pada letak lintang
6. Beberapa kasus plasenta previa anterior
7. Malformasi uterus tertentu

Kerugian dari dilakukannya *sectio caesarea* klasik adalah:

1. Myometrium yang tebal harus dipotong, sinus-sinus yang lebar dibuka, dan perdarahannya banyak
2. Bayi yang sering diekstraksi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan keyuban lebih besar
3. Apabila placenta melekat pada dinding depan uterus, insisi akan memotongnya dan dapat menimbulkan kehilangan darah dari sirkulasi janin yang berbahaya
4. Letak insisi tidak tertutup dalam cavum peritonei generalisata dan isi uterus yang terinfeksi kemungkinan besar merembes dengan akibat peritonitis
5. Insidensi pelekatan isi abdomen pada luka jahitan uterus lebih tinggi
6. Insidensi ruptura uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi
7. ***Sectio Caesarea* Extraperitoneal**

Pembedahan extraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *sectio caesarea* extraperitoneal, seperti metode Waters, Latzko dan Norton.

Teknik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk ke dalam cavum peritonei, dan insidensi cedera vesika urinaria meningkat. Perawatan prenatal yang lebih baik, penurunan insidensi kasus yang terlantar, dan tersedianya darah serta antibiotik telah mengurangi perlunya teknik extraperitoneal. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan bagi kasus-kasus tertentu.

1. **Histerektomi Caesarea**

Indikasi dari dilakukannya tindakan histerektomi caesarea adalah:

1. Perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konsevatif gagal
2. Perdarahan yang tidak dapat dikendalikan pada kasus-kasus placenta previa dan abruptio placenta tertentu
3. Placenta accereta
4. Fibromyoma yang multiple dan luas
5. Pada kasus-kasus tertentu kanker serviks atau ovarium
6. Ruptura uteri yang tidak dapat diperbaiki
7. Sebagai metode sterilisasi kalau kelanjutan haid tidak dikehendaki demi alasan medis
8. Pada kasus-kasus yang terlantar dan terinfeksi kalau risiko peritonitis generalisata tidak dijamin dengan mempertahankan uterus – misalnya, pada seorang ibu yang sudah memiliki beberapa orang anak dan tidak ingin menambahnya lagi
9. Cicatrix yang menimbulkan cacat uterus
10. Pelebaran luka insisi yang mengenai pembuluh-pembuluh darah sehingga perdarahan tidak bisa dihentikan dengan pengikatan lignature

Komplikasi dilakukannya histerektomi caesarea adalah:

1. Angka morbiditasnya 20%
2. Darah lebih banyak hilang
3. Kerusakan pada traktus urinarius dan usus termasuk pembentukan fistula
4. Trauma psikologis akibat hilangnya rahim
	* 1. **Jenis Anestesia untuk Sectio Caesarea**
5. Anestesia Lokal

Keuntungan dari jenis anestesi lokal, yaitu metode ini aman bagi ibu kecuali kadang-kadang terdapat kasus yang peka terhadap preparat anestesia atau terhadap penyuntikan intravaskuler. Terhadap janin juga tidak terlihat efek yang berbahaya (tidak menimbulkan depresi pernapasan).

Sedangkan kerugian dari anestesi lokal, yaitu:

1. Pasien harus dipersiapkan untuk menerima tipe anestesia ini. Anestesia ini tidak cocok bagi wanita yang nervus atau yang sangat emosional.
2. Metode ini membutuhkan waktu dan kurang baik bagi kasus-kasus yang memerlukan pembedahan segera.
3. Ahli bedah harus perlahan-lahan, sabar, dan mau melaksanakan tindakannya dengan lambat.
4. Anestesia Umum

Keuntungan dari anestesi umum adalah:

1. Cara ini sangat akseptabel bagi pasien
2. Tidak terjadi hipotensi
3. Cara ini efektif yang kasus-kasus perdarahan atau gawat janin yang sangat memerlukan kecepatan tindakan
4. Depresi atau asfiksia janin jarang dijumpai

Sedangkan kerugian dari anestesi umum, yaitu:

1. Penentuan waktu (*timing*) harus akurat, kalau tidak bisa terjadi depresi janin
2. Untuk menjamin keberhasilan diperlukan dokter ahli anestesiologi yang berpengalaman.
3. Anestesia Spinal dan Epidural Lumbalis

Keuntungan dari anestesi spinal dan epidural lumbalis adalah penggunaan obat yang menimbulkan depresi bayi harus dihindari. Pada kasus-kasus dimana dilaksanakan partus percobaan di bawah analgesia epidural, maka untuk sectio caesarea bisa dilanjutkan pemberian preparat anestesia yang sama. Sedangkan kerugian dari anestesi spinal dan epidural lumbalis, yaitu sering ditemukan hipotensi maternal dan dapat disertai bradikardia janin (Oxorn & Forte, 2010:408-410).

* + 1. **Perawatan Pasca Operasi Sectio Caesarea**

Menurut Rasjidi (2009:151-155), perawatan pasca operasi *sectio caesarea*:

1. Ruang Pemulihan

Saat pasien sadar dari anestesi umum atau saat efek anestesia regional mulai hilang, palpasi abdomen kemungkinan besar menyebabkan rasa nyeri yang hebat. Perban yang tebal dengan banyak plester di atas abdomen dapat mengganggu palpasi dan masase fundus serta menimbulkan rasa nyeri sewaktu perban dilepas. Bila pasien sudah sadar penuh serta perdarahan minimal, ia sudah dapat masuk ke ruang perawatan.

1. Pemberian Cairan Intravena
2. Siapkan larutan Ringer laktat atau larutan kristaloid sejenis, ditambah Dextrosa 5%
3. Biasanya pasien mendapat 1 sampai 2 liter infus cairan elektrolit tersebut selama dan beberapa saat sesudah operasi
4. Selama operasi dan berasa di ruang pemulihan, tekanan darah dan jumlah urin dipantau dengan cermat untuk memastikan bahwa perfusi ke organ vital baik.
5. Ruang Perawatan
6. Tanda-Tanda Vital

Setelah pulih dari anestesi, observasi harus dilanjutkan tiap setengah jam selama 2 jam pertama dan tiap jam selama minimal 4 jam setelah hasilnya stabil atau memeuaskan. Tanda vital yang diobservasi meliputi, tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, dan suhu tubuh.

1. Analgesik

Untuk wanita dengan berat badan rata-rata, dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri:

1. Meperidin 75-100 mg intramuskuler
2. Morfin sulfat 10-15 mg intramuskuler

Pada pasien yang menggunakan opioid, harus dilakukan pemeriksaan rutin tiap jam untuk memantau respirasi, sedasi dan skor nyeri selama pemberian sekurang-kurangnya 2 jam setelah penghentian pengobatan. Pemberian opioid dapat diberikan hingga nyeri berkurang. Jika tidak terdapat kontraindikasi, pemberian NSAID dapat diberikan untuk mengurangi kebutuhan opioid.

1. Terapi Cairan dan Makanan
2. 3 liter cairan untuk 24 jam pertama setelah tindakan
3. Apabila urin <30 ml/jam, nilai kembali apakah ada pengeluaran darah yang tidak diketahui, efek antidiuretik dari infus oksitoksin, atau lainnya.
4. Pengawasan Fungsi Vesika Urinaria dan Usus
5. Kateter dapat dilepas ≥12 jam
6. Makanan padat dapat diberikan ≥8 jam, bila tidak ada komplikasi
7. Ileus paralitik jarang terjadi. Bila terjadi dapat dilakukan:
8. Dekompresi nasogastrik
9. Suplementasi elektrolit
10. Bisakodil 10 mg supositoria rektum
11. Ambulasi

Pada sebagian besar kasus, satu hari setelah pembedahan pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan, paling sedikit dua kali. Waktu ambulasi diatur agar analgetik yang baru diberikan dapat mengurangi rasa nyeri. Pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan bantuan. Dengan ambulasi dini, trombosis vena dan emboli paru jarang terjadi.

1. Perawatan Luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit (atau klip) diangkat pada hari keempat setelah pembedahan. Pada hari ketiga pascapersalinan, mandi dengan pancuran tidak membahayakan luka insisi. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain:

1. Jaringan subkutan yang tebal (>3 cm) merupakan faktor risiko untuk infeksi luka operasi. Oleh karena itu, perlu pemantauan terhadap tanda-tanda infeksi dan demam
2. Perlu diberitahukan untuk tetap membersihkan luka dan menjaganya agar tetap kering setiap hari
3. Gunakan pakaian yang longgar, nyaman, dan berbahan katun
4. Pemeriksaan Laboratorium

Hematokrit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau terjadi oliguria atau tanda-tanda lain yang mengisyaratkan hipovolemia. Apabila hematokrit menurun secara bermakna dibandingkan dengan kadar praoperasi, pemeriksaan diulang dan dilakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi penyebab penurunan tersebut. Bila hematokrit rendah tapi stabil, pasien dapat diambulasi tanpa kesulitan. Dan apabila terdapat kemungkinan untuk terjadinya sedikit pengeluaran darah lanjutan, pasien lebih baik diberi terapi suplemen besi untuk memperbaiki keadaan hematologisnya daripada diberi transfusi.

1. Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pascaoperasi *sectio caesarea*. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat menggurangi rasa nyeri.

* 1. Konsep Perawatan Luka
		1. Pengertian Luka

Berikut ini merupakan beberapa pengertian dari luka:

a.Luka dapat diartikan sebagai gangguan atau kerusakan integritas dan fungsi jaringan tubuh (Suradi,2007).

b. luka adalah rusaknya kesatuan atau komponen jaringan, dimana secara spesifik terdapat substansi jaringan yang rusak atau hilang (Wijaya,2009)

c. Luka adalah kerusakan kontinuitas kulit, mukosa membran dan tulang atau organ tubuh lain (Drakbar,2008).

d. Luka adalah rusaknya struktur dan fungsi anatomis kulit normal akibat proses patologis yang berasal dari internal dan eksternal, serta mengenai organ tertentu (Potter & Perry, 2006).

2.2.2 Klasifikasi Luka

Luka yang sering terjadi di area kebinanan, antara lain luka episiotomi, luka bedah seksio caesarea, luka bedah abdomen karena kasus ginekologi, atau luka proses persalinan. Untuk mengetahui perbedan tiap-tiap luka, maka luka dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Klasifikasi luka berdasarkan sifat kejadiannya:

Berdasarkan sifat kejadiannya, luka dibagi menjadi dua jenis, yaitu luka disengaja dan luka tidak disengaja, yang diuraikan berikut ini:

1. Luka disengaja:

Luka disengaja misalnya luka bedah atau terkena radiasi

1. Luka tidak disengaja:
2. Luka tidak disengaja misalnya adalah luka terkena trauma.
3. Luka yang tidak disengaja dibagi menjadi luka tertutup dan luka terbuka:

i.Luka disebut tertutup jika terjadi robekan

ii.Luka terbuka jika terjadi robekan dan kelihatan, seperti:

* Luka abrasi (yaitu luka akibat gesekan)
* Luka puncture (luka akibat tusukan)
* Luka hautration (luka akibat alat-akat yang digunakan dalam perawatan luka).
1. Klasifikasi luka berdasarkan waktu penyembuhannya:

Berdasarkan waktu penyembuhannya, luka dibagi menjadi luka akut dan luka kronik yang diuraikan berikut ini:

1. Luka akut:
2. Luka akut adalah luka yang sembuh sesuai periode dengan periode waktu yang diharapkan atau dengan kata lain sesuai dengan konsep penyembuhan.
3. Luka akut dapat dikategorikan sebagai:

i.Luka akut pembedahan, contoh: insisi (luka bedah seksio sesarea, luka bedah laparatomi), eksisi dan skin graft.

ii.Luka akut bukan pembedahan, contoh: luka bakar.

iii.Luka akut akibat faktor lain, contoh:abrasi, laserasi, atau injuri pada lapisan kulit superfisial

1. Luka Kronik:
2. Luka kronis adalah luka yang proses penyembuhannya mengalami keterlambatan atau bahkan kegagalan
3. Contoh: luka dekubitus, luka diabetes, dan leg ucler.
	* 1. **Proses Penyembuhan Luka**

Proses penyembuhan luka menurut Sjamsuhidajat, (2010) terdapat 3 fase penyembuhan yaitu : fase inflamasi, fase proliferasi, dan fase remodelling.

1. Fase Inflamasi

Fase inflamasi berlangsung sejak terjadinya luka sampai kira-kira hari 3 setelah terjadinya luka . Pembuluh darah yang terputus pada luka akan menyebabkan perdarahan, tubuh berusaha menghentikan dengan vasokontriksi, pengerutan ujung pembuluh darah yang putus (retraksi), dan reaksi hemostatis.

Hemostatis terjadi karena trombosit yang keluar dari pembuluh darah saling melekat, dan bersama jala fibrin yang terbentuk, membekukan darah yang keluar dari pembuluh darah. Trombosit yang berlekatan akan berdegranulasi, melepas kemoatrakan yang menarik sel radang, mengaktifkan fribolast lokal dan sel endotel serta vasokonstriktor. Sementara itu, terjadi reaksi inflamasi.

1. Fase Profilerasi

Apabila tidak ada infeksi atau kontaminasi pada fase inflamasi, maka penyembuhan luka selanjutnya masuk pada tahap profilerasi. Fase profilerasi disebut juga fase fibroplasia karena yang menonjol adalah proses proliferasi fibroblast. Fase ini berlangsung terjadi dalam waktu 3-24 hari. Fibroblast berasal dari sel mesenkim yang belum berdiferensiasi, menghasilkan mukopolisakarida, asam amino glisin, dan prolin yang merupakan bahan dasar kolagen serat yang akan mempertautkan tepi luka.

1. Fase Remodelling

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri atas penyerapan kembali jaringan yang berlebihan, pengerutan yang sesuai dengan gaya gravitasi, dan akhirnya perupaan ulang jaringan yang baru. Fase ini dapat berlangsung berbulan-bulan dan dinyatakan berakhir kalau semua tanda radang sudang lenyap.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Fase** | **Proses** | **Tanda Dan Gejala** |
| I  | Inflamasi | Reaksi Radang | 1. Dolor
2. Rubor
3. Kalor
4. Tumor
5. Fungsiolesa
 |
| II | Proliferasi | Regenerasi atau fibroplasia | * Jaringan granulasi / kalus
* tulang menutup : epitel / endotel / mesotel
 |
| III | Remodeling | Pematangan dan perupaan kembali | Jaringan parut / fibrosis |

 Table 2.1 Fase Penyembuhan Luka

**2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Proses Penyembuhan Luka**

Menurut Barbara J. Gruendemann (2009:519) ada 2 yang mempengaruhi proses penyembahan luka, yaitu secara sistemik dan lokal.

|  |  |
| --- | --- |
| **Proses Penyembuhan Luka** | **Faktor yang mempengaruhi** |
| Sistemik | 1. Usia
2. Merokok
3. Kegemukan
4. Stress
5. Anemia
6. Uremia
7. Malnutrisi
8. Obat Kemoterapi
9. Lama Perawatan praoperasi
10. Defisiensi vitamin (C, A, B, K)
11. Trauma
12. Hipovolemia
13. Hipoksia
14. Defisiensi Mineral (seng, tembaga, magnesium)
15. Adanya Patologi lain ( Diabetes, kanker)
16. Pembedahan ( lebih dari 3 jam )
17. Bedah malan atau Darurat
 |
| Lokal | 1. Teknik pembedahan
2. Aliran darah
3. Stress mekanis
4. Bahan benang
5. Teknik Jahitan
6. Radiasi
7. Infeksi
8. Tekanan Oksigen
9. Antiseptik
10. Adanya drain
11. Perisapan tempat operasi
 |

Tabel 2.2 Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

* + 1. **Komplikasi Penyembuhan Luka**

Pasien pasca operasi sering sekali di temukan masalah atau komplikasi yang timbul seperti luka yang tidak kunjung membaik atau pun terdapat infeksi pada luka. Menurut Potter & Perry (2005) komplikasi pada luka di bagi menjadi 5 macam yaitu:

1. Hemoragi

Hemoragi atau perdarahan dari daerah luka merupakan hal yang normal terjadi selama dan sesaat setelah trauma. Hemostasisi ini terjadi dalam beberapa menit kecuali jika luka mengenai pembuluh darah besar atau fungsi pembekuan darah klien buruk.

Hemoragi ini biasanya terjadi akibat adanya bekuan darah yang tidak bisa diserap oleh tubuh. Hemoragi ini biasanya akan berhenti secar aspontan tetapi mengakibatkan pembentukan bekuan darah di dalam luka. Jika bekuan darah berukuran kecil akan diserap oleh tubuh, namun jika bekuan darah berukuran besar akan membuat luka semakin menonjol dan mebuat proses penyembuhan luka semakin terhambat, karena suplai aliran darah yang menurun.

1. Infeksi

Resiko infeksi lebih besar terjadi pada luka yang mengandung jaringan mati atau nekrotik, terdapat benda asing pada atau didekat luka, dan suplai darah serta pertahanan jarinan disekitar luka akan menurun, sehingga akan menghambat proses penyembuhan luka.

Luka terkontaminasi atau luk atraumatik akan menunjukkan tanda-tanda infeksi lebih awal yaitu sekitar 2 – 3 hari. Infeksi luka operasi biasanya terjadi sampai hari ke 4 tau ke 5 setelah operasi dengn gejala seperti demam, nyeri tekan dan nyeri pada daerah luka serta jumlah leukosit akan meningkat, dan tepi luka akan terlihat mengalami inflamsi. Jika luka post operasi terpasang drainase, maka draine akan berbau dan berwarna kuning kehijauan

1. Dehisens

Dehisens adalah terpisahnya lapisan luka secara parsial atau total. Jika proses penyembuhan luka tidak berjalan dengan baik, maka lapisan kulit dna jaringan akan terpisah. Terpisahnya lapisan kulit dan jaringan sering terjadi sebelum proses pembentukan kolagen ( 3-1 hari setelah cidera). Komplikasi ini sering terjadi pada luka pembedahan abdomen dan terjadi setelah regangan mendadak.

1. Evisera

Eviserasi adalah penonjolan isi luka yang pada luka yang terbuka. Keluarnya organ melalui luka dapat membahayakan suplai darah ke jaringan. Komplikasi ini terjadi karena akibat jahitan yang terlepas, dan juga infeksi. Komplikasi ini juga terjadi karena factor nutrisi yang buruk.

1. Fistula

Fistula adalah saluran abnormal yang berada di antara 2 buah organ atau di antara organ dan bagian luar tubuh. Sebagian fistula terbentuk karena proses penyembuhan luka yang buruk atau karena komplikasi suatu penyakit tertentu. Fistula dapat meningkatkan resiko infeksi dan ketidak seimbangan cairan dan elektrolit akibat kehilangan cairan.

**2.3 Konsep Peran Keluarga**

**2.3.1 Definisi Keluarga**

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1998), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul serta tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiawati & Dermawan, 2008).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adobsi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Bailon & Maglaya 1989 dalam Setiadi, 2008).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami istri dan anaknya atau ayahnya atau ibunya dan anaknya (UU No. 10 tahun 1992).

Keluarga merupakan suatu kesatuan dari orang-orang yang terikat dalam perkawinan, ada hubungan darah, atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah (Friedman 1998 dalam Setiadi & Dermawan, 2008).

**2.3.2 Tipe Keluarga**

Pembagian tipe keluarga sangat beragam. Pengelompokkannya bergantung pada orang yang mengelompokkan dan konteks keilmuannya (Setiadi,2008).

1. Secara Tradisional
2. Nuclear Family (keluarga inti) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi atau kedua-duanya.
3. Extended Family (keluarga besar) adalah keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga yang lainnya dan masih memiliki ikatan darah.
4. Secara Modern
5. Tradisional Nuclear: keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi legal dalam ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.
6. Reconstituted Nuclear: pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali, tinggal dalam satu rumah dengan anaknya, baik anak dari perkawinan lama maupun anak dari perkawinan baru.
7. Dyadic Nuclear: keluarga yang terdiri dari suami istri yang telah berumur dan tidak memiliki anak. Hal ini dikarenakan pasangan suami istri tidak mampu meliki anak atau tidak sanggup memiliki anak karena kesibukkan dari karirnya.
8. Niddle Age/ Aging Couple: suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, dan anaknya tidak ada di rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karier.
9. Single Parents: keluarga yang terdiri dari ayah dan anak atau ibu dan anak. Keluarga ini tercipta karena penceraian atau kematian pasangannya.
10. Dual Carier: yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tidak memiliki anak.
11. Commuter Married: suami, istri, atau keduanya orang karier, tinggal terpisah dengan jarak tertentu namun masih mencari/berhubungan di waktu tertentu.
12. Single Adult: pria atau wanita dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.
13. Institusional: anak-anak atau dewasa yang tinggal di panti-panti.
14. Communal: sebuah rumah yang terdiri dari dua atau lebh pasangan yang monogamy dengan ank-anaknya dan bersama-sama dalam penyedian fasilitas.
15. Three Genertion: tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.
16. Group Marriage: suatu perumahan yang terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu sudah menikah dengan yang lainnya dan semua adalah orang tua dari anak-anak.
17. Unmarried Parent and Child: keluarga yang terdiri dari ibu dan anak, tidak ada perkawinan dan anaknya hasil dari adobsi.
18. Gay and Lesbian Family: keluarga yang terbentuk dari pasangan berjenis kelamin sama.
	* 1. **Fungsi Keluarga**

Fungsi keluarga menurut Friedman (19886 dalam Setiawati dan Dermawan,2008):

1. Fungsi Afektif

Fungsi ini merupakan fungsi internal dan sebagai dasar kekuatan keluarga. Dalam fungsi ini mencangkup saling mengasihi, saling mendukung, dan saling menghargai antar anggota keluarga.

1. Fungsi Sosialis

Fungsi yang mengembangkan proses interaksi dalam keluarga. Dalam fungsi ini keluarga memulai membina sosialisasi pada anak sejak lahir. Keluarga juga membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan perkembangan anak.

1. Fungsi Reproduksi

Keluarga memiliki fungsi untuk melanjutkan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

1. Fungsi Ekonomi

Keluarga mempunyai fungsi untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarganya dengan cara mencari sumber-sumber penghasilan. Keluarga juga perlu melakukan pengaturan dalam penggunaan penghasilan dan menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa yang akan datang.

1. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan keluarga adalah fungsi keluarga untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

* + 1. **Tugas Keluarga**

Keluaraga memiliki tugas yang harus dikerjakan. Ballon dan Maglaya (1998) membagi tugas keluarga menjadi lima yaitu (Efendi, 2009):

1. Mengenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan sebuah kebutuhan yang penting bagi keluarga. Bila kesehatan diabaikan, maka dapat mempengaruhi sumber daya dan dapat menghabiskan dana. Penyakit sangatlah beragam, oleh karena orang tua perlu mengetahui masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya. Keluarga perlu mencatat perubahan yang terjadi. Masalah yang dikenali oleh keluarga mencakup pengertian, tanda gejala, penyebab, dan yang mempengaruhi, serta persepsi keluarga tentang masalah kesehatan.

1. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Dalam membuat keputusan perawat harustetap menyeseuaikan dengan keadaan keluarga. Perawat perlu mengkaji tentang kemampun keluarga mengerti dan mengenali sifat masalah, merasakan adanya masalah kesehatan, kemampuan keluarga dalam menjangkau fasilitas kesehatan, dan sebagainya.

1. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Saat memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, keluarga perlu mengetahui hal-hal sebagai berikut:

1. Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, dan perawatannya).
2. Sifat perawatan berkelanjutannya.
3. Fasilitas yang dibutuhkan untuk menunjang perawatan.
4. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga.
5. Sikap dalam menghadapai anggota keluarga yang sakit.
6. Memodifikasi lingkungan

Perlunya modifikasi lingkungan bertujuan untuk mempercepat penyembuhan penyakit, mempermudah dlam perawatan anggota keluarga yang sakit, dan mencegah penularan. Memodifikasi lingkungan perlu memperhatikan sumber-sumber yang ada di keluarga.

1. Mencari/penggunaan fasilitas kesehatan

Untuk melakukan rujukan, keluarga perlu memperhatikan hal-hal berikut ini.

1. Keberadaan fasilitas kesehatan.
2. Keuntungan yang akan didapatkan.
3. Tingkat kepercayaan pada fasilitas dan petugas kesehatan.
4. Pengalaman yang kurang baik.
5. Jarak antara rumah dan fasilitas kesehatan.
	* 1. **Peran Keluarga**

Peran merupakan sekumpulan perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seorang okupan dalam situasi sosial tertentu, didasarkan pada preskripsin dan harapan peran yang berisi tentang apa yang individu harus lakukan dlam situasi tertentu agar dapat memenuhi harpan-harapan sendiri atau orang lain yang menyangkut peran-peran tersebut (Nye, 1976 dalam Andarmoyo, 2012).

Peran adalah seperangkat perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berkaitan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu (Ali, 2009).

Menurut Anderson Carten, peran adalah suatu perilaku yang terorganisasi (adanya interaksi dan interdenden), setiap individu memiliki keterbatsan dalam menjalankan tugas dan fungsi dan terdapat perbedaan serta kekhususan (Andarmoyo, 2012).

1. Peran Formal

Peran ini bersifat eksplisit. Berikut adalah peran-peran formal keluarga.

1. Peran parental dan perkawinan

Menurut Nye dan Gecas (1976 dalam Andarmoyo, 2012) ada enam peran dasar yang dapat membentuk posisi sosial sebagai suami, yaitu: peran provider/penyedia, peran pengatur rumah tangga, peran perawatan anak, eran sosialisasi anak, peran rekreasi dan peran persaudaraan/kindship, peran terapeutik/memenuhi kebutuhan efektif dari pasangan, dan peran seksual.

1. Peran anak

Peran anak adalah melaksanakan tugas perkembangan dan pertumbuhan.

1. Peran kakek/nenek

Kakek/nenek semata-mata hadir dalam keluarga, mereka memiliki peran sebagai pengawal jika diperlukan, menjadi hakim, dan menjadi partisipasi aktif (menciptakan ketertarikan yang lalu dengan sekarang).

1. Peran informal

Peran ini bersifat implisit dan tidak nampak serta digunakan untuk memenuhi kebutuhan emosional dan/atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga. Peran-pean informal tidak dapat menghasilkan stabilitas keluarga, ada yang bersifat adaptif dan bersifat merusak kesejahteraan keluarga.

1. Pendorong, keluarga memuji dan menerima kontribusi dari orang lain. Sehingga membuat anggota yang lain merasa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengar.
2. Pengharmonis, keluarga sebagai penengah jika terdapat perbedaan antar anggota keluarga yang lain.
3. Inisiator-Kontributor, keluarga mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru.
4. Pendamai, keluarga menyatakan posisinya dan mengaku atas kesalahannya, atau menawarkan jalan keluar.
5. Perawat keluarga, keluarga memiliki tugas untuk merawat anggota keluarga lain yang sakit.
6. Penyalah, keluarga suka mencari tahu kesalahan dan bersikap diktator.
7. Penghalang, keluarga cenderung menolak ide tanpa alasan.
	* 1. **Peran Keluarga Dalam Perawatan Pasien Post SC Post Hospitalisasi**

Di rumah sakit perawatan pasien post sectio caesarea dilakukan oleh dokter dan perawat serta ditambah dengan kunjungan keluarga. Ketika di rumah perawatan pasien post sectio caesarea lebih banyak dilakukan oleh keluarga. Keluarga yang sering melakukan kunjungan dan aktif bertanya tentang keadaan dan perawatan pasien post sectio caesarea kemungkinan besar tidak mengalami kesulitan. Sebelumnya keluarga telah berinteraksi dengan dokter atau perawat untuk menanyakan tentang peran keluarga ketika pasien post sectio caesarea meninggalkan rumah sakit.

Luka post sectio caesarea bisa sembuh dengan cepat. Oleh karena itu jika keluar dari rumah sakit kemampuan pasien dalam memenehui *activity daily living*nya belum sempurna, keluarga perlu memberikan bantuan. Atau jika kemampuannya telah meningkat keluarga perlu memberikan motivasi agar pasien lebih semangat dalam melakukan *ADLs.*

Keluarga sangat berperan penting dalam perawatan klien post sectio caesarea di rumah. Peran keluarga dalam perawatan adalah sebagai berikut:

1. Obat-obatan, meliputi nama obat, tujuan dosis, jadwal, tindakan pencegahan, interaksi obat-obat dan makanan/obat, dan potensial efek samping.
2. Pentingnya penatalaksanaan diet untuk meningkatkan pemeliharaan nutrisi dan cairan. Diet yang dianjurkan antara lain: diet normal yang mengikuti semua empat kelompok makanan (daging, telur, dan ikan; buah dan sayuran; susu dan keju; sereal dan roti) dan minum cairan yang adekuat (sedikitnya 2-3 L/hari).
3. Pembatasan aktivitas pasca bedah sesuai petunjuk: biasanya mengangkat benda yang berat (> 4 kg), mendorong, menarik, dan mengedan dikontraindikasikan selama kira-kira 6 minggu untuk mencegah terjadinya herniasi insisi. Antisipasi kembali bekrja dalam 2 minggu untuk pekerja kantoran, dan 6 minggu untuk pekerja buurh. Waspadalah terhadap dan istirahat setelah gejala kelelahan, beristirahatlah semaksimal mungkin, meningkatkan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi.