

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Istilah *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin *caedere* yang berarti memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan untuk melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu. *Sectio caesarea* adalah teknik persalinan dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus (*histeretomi*) melalui dinding depan abdomen (*laparatomi*). Definisi lain dari *sectio caesarea* adalah persalinan buatan untuk melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh dengan berat janin di atas 500 gram dan atau usia kehamilan lebih dari 28 minggu (Mulyawati et al., 2018).

Peningkatan tindakan operasi sesar selama musim kawin menurut adat Jawa dapat dijelaskan oleh dinamika sosial budaya yang berkembang selama periode ini. Di tengah adat dan budaya Jawa yang kental, kehamilan dianggap sebagai aspek penting dari keluarga dan kehidupan sosial. Dalam masyarakat Jawa, terdapat kepercayaan bahwa kehamilan yang berlangsung selama musim kawin dapat membawa keberuntungan dan berkah bagi keluarga. Sebagai hasilnya, pasangan sering kali berusaha untuk mengkonsepsikan anak mereka selama periode ini. Selain itu, budaya Jawa juga memiliki kepercayaan bahwa anak yang lahir selama musim kawin memiliki keberuntungan dan potensi yang lebih besar untuk sukses dalam kehidupan. Karena itu, banyak pasangan di Jawa yang berusaha untuk mengkonsepsikan anak mereka selama musim kawin. Hal ini menyebabkan peningkatan jumlah kehamilan dan, akibatnya, peningkatan jumlah operasi sesar yang dilakukan. Dengan demikian, dalam konteks adat Jawa, tindakan operasi sesar

meningkat karena adanya dorongan budaya untuk mengkonsepsikan anak selama musim kawin yang dianggap membawa keberuntungan dan berkah bagi keluarga.

2.1.2 Jenis Operasi *Sectio Caesarea*

1. *Sectio Caesarea* Klasik

Sectio caesarea dengan insisi vertikal dilakukan untuk memberikan ruang yang lebih besar saat bayi lahir. Namun, jenis insisi ini kini jarang dilakukan karena berisiko tinggi terhadap komplikasi pasca operasi (Sugito et al., n.d.).

2. *Sectio Caesarea* dengan Insisi Mendatar di Atas Regio *Vesica Unaria*

Metode insisi ini sangat umum dilakukan karena risiko perdarahan di area sayatan yang bisa diminimalisir dan proses penyembuhan luka operasi relatif jauh lebih cepat (Sugito et al., n.d.).

3. *Hysterectomy Caesarea*

Pembedahan caesar yang dilakukan bersamaan dengan pengangkatan uterus terjadi ketika terjadi komplikasi perdarahan yang sulit dikendalikan atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari dinding uterus (Sugito, A., Ta'adi & Djamalludin., 2023).

4. *Sectio Caesarea* Ismika Ekstraperitoneal

Teknik dengan membuat sayatan pada dinding perut dan lapisan otot perut, di mana otot rektus abdominis dipisahkan dengan lembut. Kandung kemih diturunkan untuk mengakses segmen bawah rahim. Prosedur ini dilakukan untuk mengurangi risiko infeksi pasca persalinan. (Sugito et al., n.d.).

5. *Sectio Caesarea* Berulang

Metode bedah caesar yang dilakuka pada pasien dengan riwayat operasi *sectio caesarea* sebelumnya (Sugito et al., n.d.).

2.1.3 Komplikasi *Sectio Caesarea*

Komplikasi yang mungkin terjadi pada post operasi *sectio caesarea* antara lain risiko terjadi perlukan pada *vesika urinari* yang mengakibatkan perarahan selama proses pembedahan, infeksi *puerperalis*, dan infeksi jahitan luka operasi yang biasanya disebabkan oleh ketuban pecah dini yang terlalu lama, *atonia uteri* dampak dari perdarahan yang tidak bisa dikontrol yang akhirnya mengakibatkan kondisi syok *hipovolemik*, risiko tinggi terjadi *plasenta previa* pada kehamilan berikutnya. Nyeri *post sectio caesarea* mengakibatkan syok *neurogenik* jika tidak mendapatkan penanganan yang tepat (Sugito et al., n.d.).

2.1.4 Indikasi dan Kontra Indikasi *Sectio Caesarea*

Keadaan di mana proses persalinana tidak dapat dilakukan melalui jalan lahir merupakan indikasi mutlak untuk dilakukan operasi *sectio caesarea* yang antara lain disebabkan karena terjadinya disproporsi kepala-panggul, *plasenta previa*, janin besar, usia ibu, tinggi badan ibu, partus lama atau tidak ada kemajuan, *fetal distress*, *pre-eklampsia*, *malpresentasi* janin dengan indikasi panggul sempit, gemelli dengan kondisi *interlok*, dan *ruptura uteri* yang mengancam. Kontra indikasi untuk dilakukan persalinan *sectio caesarea* antara lain karena kondisi janin mati, syok, anemia berat, dan kelahiran *kongenital* beat (Sugito et al., n.d.).

2.2 Indikasi Medis *Sectio Caesarea*

2.2.1 Usia Kehamilan

1. Definisi Usia Kehamilan

Kehamilan adalah masa dimulai saat terjadinya konsepsi sampai lahirnya janin di dalam kandungan ibu hamil melalui [proses persalinan](#). lamanya hamil normal 280 hari (40 minggu / 9 bulan 7 hari) di hitung dari triwulan/ trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester/ trimester ke-2 dari bulan ke- 4 sampai 6 bulan, triwulan/

trimester ke-3 dari bulan ke7 sampai ke-9. diketahui bahwa, usia kehamilan adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran janin setelah mengalami perkembangan janin di dalam kandungan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir. Lamanya kehamilan mulai dari proses ovulasi hingga bayi terlahir kira kira 280 hari atau 40 minggu dan tidak boleh lebih dari 40 minggu. Kehamilan 40 minggu disebut sebagai kehamilan matur, sedangkan kehamilan 42 minggu keatas disebut postmatur serta kehamilan 28 – 36 minggu disebut dengan prematur (Akbar, 2021).

2. Usia Kehamilan Menurut Kelaziman:

- a) Sebelum akhir bulan III: fundus uteri belum teraba di luar/ di atas simfisis.
- b) Akhir bulan III (usia kehamilan 12 minggu), fundus uteri 1-2 jari di atas simfisis.
- c) Akhir bulan IV (usia kehamilan 16 minggu), fundus uteri pertengahan simfisis pusat.
- d) Akhir bulan V (usia kehamilan 20 minggu), fundus uteri 3 jari di bawah pusat
- e) Akhir bulan VI (usia kehamilan 24 minggu), fundus uteri setinggi pusat.
- f) Akhir bulan VII (usia kehamilan 28 minggu), fundus uteri 3 jari di atas pusat.
- g) Akhir bulan VIII (usia kehamilan 32 minggu), fundus uteri mencapai *arkus kostae* atau 3 jari dibawah *prosesus xyphoideus*.
- h) Akhir bulan X (usia kehamilan 40 minggu) fundus uteri pertengahan antara *prosesus xyphoideus* dan pusat.

3. Usia Kehamilan Menurut Rumus Mcdonald:

$$\text{Umur hamil (bulan)} = \frac{\text{tinggi fundus uteri (cm)}}{3,5 \text{ cm}}$$

Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 2.1 Rumus McDonald

TINGGI FUNDUS UTERI	UMUR HAMIL
20	5
23	6
26	7
30	8
33	9

4. Usia Kehamilan Menurut Hukum Empat Bartholomew

Tabel 2.2 Menurut Bartholomew

UMUR HAMIL	TINGGI FUNDUS UTERI
Bulan I	Setinggi simfisis pubis
Bulan II	$\frac{1}{4}$ di atas simfisis pubis
Bulan III	$\frac{2}{4}$ di atas simfisis pubis
Bulan IV	$\frac{3}{4}$ di atas simfisis pubis
Bulan V	Setinggi pusat
Bulan VI	$\frac{1}{4}$ di atas pusat
Bulan VII	$\frac{2}{4}$ di atas pusat
Bulan VIII	$\frac{3}{4}$ di atas pusat
Bulan X	Setinggi arkus kostae

Petunjuk terbaik bagi usia kehamilan adalah riwayat menstruasi dikombinasikan dengan pemeriksaan USG untuk memperkirakan ukuran janin yang berusia belum sampai 20 minggu. Ciri-ciri fisik dan neurologis dari bayi baru lahir dapat memberikan perkiraan kasar usia kehamilan. Dengan usia kehamilan yang semakin lama kulit bayi mengalami keratinisasi, lebih tebal dan memiliki lebih sedikit *lanugo* (rambut-rambut halus). Tulang rawan telinga dan puting dada terbentuk selama trimester ketiga. Pada anak laki-laki, testis turun ke skrotum saat usia kehamilan sekitar 36 minggu. Pada anak perempuan, labia mayora membungkus labia minora sebelum kelahiran. Saat kehamilan menua, tonus otot dan kelenturan ligamen meningkat (Akbar, 2021).

2.2.2 Ketuban Pecah Dini

1. Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah dini (KPD) atau Prematur Rupture of Membranes (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum fase persalinan atau dimulainya tanda inpartu. Jika ketuban pecah sebelum fase persalinan pada kehamilan preterm (kurang dari 37 minggu) disebut KPD preterm atau Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM). Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi (POGI) dan Himpunan Kedokteran Feto

Maternal (HKFM) (2016) membagi KPD atas dua klasifikasi yaitu KPD preterm dan KPD pada kehamilan aterm (Metti, 2021).

2. KPD Preterm

KPD preterm merupakan pecahnya selaput ketuban yang terbukti dengan *vaginal pooling*, tes nitrazin dan tes fern atau *insulin-like growth factor binding protein 1* (IGFBP-1) (+) pada usia <37 Minggu sebelum onset persalinan. Klasifikasi ini terdiri dari KPD sangat preterm dan KPD preterm. KPD sangat preterm didefinisikan jika pecahnya selaput ketuban yang terjadi saat usia kehamilan Ibu diantara 24 Minggu sampai kurang dari 34 minggu. Sedangkan KPD preterm didefinisikan jika pecahnya selaput ketuban yang terjadi pada usia kehamilan Ibu antara 34 minggu sampai kurang dari 37 minggu (Metti, 2021).

3. KPD pada Kehamilan Aterm

KPD pada kehamilan aterm merupakan kejadian pecahnya selaput ketuban yang terjadi pada usia kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu yang terbukti dengan *vaginal pooling*, tes nitrazin dan tes fern (+), IGFBP-1 (+) (Metti, 2021).

4. Penyebab dan Faktor Risiko

Menurut Parry dan Strauss III (2006) kestabilan kekuatan selaput membran terjadi jika terdapat keseimbangan antara proses pembentukan dan degradasi komponen matriks ekstraseluler. Mekanisme pecahnya selaput ketuban pada kaktusnya berkaitan dengan penurunan kekuatan atau kelemahan selaput ketuban. Pada kehamilan preterm, bertanya selamat ketuban akan merangsang persalinan dan kelahiran dalam waktu 1 minggu (50%-60%) (Metti, 2021)

Faktor-faktor risiko yang dapat berkaitan antara lain faktor maternal dan *uteroplasenta*. Faktor maternal dan *europlasenta* berkaitan dengan adanya perubahan komponen dan struktur kolagen karena berkurangnya ketebalan kolagen, adanya enzim kolagen dan protease yang menyebabkan depolimerisasi kolagen sehingga elastisitas

kolagen berkurang. Hal ini dapat berhubungan dengan adanya infeksi. Infeksi bakteri berkaitan dengan proses degradasi kolagen melalui mekanisme peningkatan jumlah *lisolesitin* dalam cairan amnion yang dapat mengaktifkan enzim *phospolipase A2*. Aktivitas enzim *phospolipase A2* merangsang pelepasan *prostaglandin*, *interleukin 1* maternal dan *endotoksin* bakteri sehingga terjadi kontraksi uterus yang memicu pecahnya selaput ketuban (Metti, 2021).

5. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Komplikasi pada KPD dapat menyebabkan infeksi intrapartum (korioamnionitis), persalinan preterm yang menyebabkan bayi lahir dengan berat rendah, gawat janin dan kematian janin akibat hipoksia, oligohidramnion, bahkan sering terjadi partus kering (dry labor) karena air ketuban habis (Nikmathul Ali et al., 2021). Komplikasi yang timbul akibat KPD bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal (Mellisa, 2021).

Menurut (Nurfauziah, 2022) komplikasi yang ditimbulkan dari KPD akan berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas bayi serta adanya dampak terhadap ibunya sendiri diantaranya : 1) Persalinan premature Setelah ketuban pecah, biasanya segera disusul oleh persalinan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan >26 minggu persalinan seringkali terjadi dalam 1 minggu. 2) Infeksi Resiko infeksi pada ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu dapat terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septicemia, pneumonia, omfalitis. 3) Hipoksia dan asfiksia Dengan pecahnya ketuban, terjadi oligohidramnion sehingga bagian kecil janin akan menempel erat dengan dinding uterus yang dapat menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia dan hipoksia. 4) Sindrom deformitas janin Pertumbuhan janin terhambat dikarenakan ketuban pecah terlalu dini.

6. Tindakan Ketuban Pecah Dini

Penanganan KPD memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada kehamilan ibu dan janin, serta adanya tandatanda persalinan (Karmila et al., 2023).

- a. KPD dengan kehamilan aterm
 - a) Diberikan antibiotika profilaksis, ampicilin 4x500 mg selama 7 hari.
 - b) Dilakukan pemeriksaan “admission test” bila ada kecendrungan dilakukan terminasi kehamilan.
 - c) Observasi temperature rektal setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi.
 - d) Bila temperature rektal tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
 - e) Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetric
 - f) Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi Pelvic Score (PS):
 - (a) Bila $PS \geq 5$, dilakukan induksi dengan oksitosin drip.
 - (b) Bila $PS > 5$, dilakukan pematangan servik dengan Misoprostol μ gr setiap 6 jam per oral maksimal 4 kali pemberian.

2.2.3 Pre-eklampsia

1. Definisi Preeklamsia

Pre-eklampsia adalah penyakit spesifik pada kehamilan yaitu terjadinya hipertensi dan proteinuria pada wanita hamil setelah umur kehamilan 20 minggu, terjadi pada sekitar 2% - 8% dari kehamilan (Rahayu et al., 2015). *Pre-eklampsia* merupakan kelainan yang ditemukan pada waktu kehamilan yang ditandai dengan gejala hipertensi, protein uria dan edema yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu sampai 48 jam setelah persalinan (Agustina et al., 2023).

2. Kriteria gejala *pre-eklampsia*

Kriteria gejala *pre-eklampsia* dapat ditegakkan bila ditemukan salah satu atau lebih dari gejala-gejala dibawah ini (Robbert, 2004; Wagner, 2004; Hallak, 2005; Cunningham *et al.*, 2018). :

- 1) Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.
- 2) Proteinuria $>0,3$ g/24 jam atau +1 pada pemeriksaan kualitatif.
- 3) Timbulnya hipertensi pada usia kehamilan 20 minggu yang sebelumnya normotensi.

Pre-eklampsia adalah kelainan eksplisit kehamilan sebagai penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan enaktivasi endotel. Proteinuria adalah penanda *pre-eklampsia* yang signifikan. Proteinuria ditandai dengan adanya protein dalam jumlah konstan 300 mg atau lebih dalam urine selama 24 jam atau 30 mg/dL (+1 pada /dipstik/) dalam tes urine yang tidak teratur. Proteinuriat terjadi karena adanya di glomerulus. Proteinuria dan penyimpangan glomerulus terjadi pada fase akhir hipertensi gestasional. *Pre-eklampsia* secara klinis mulai muncul menjelang akhir siklus patofisiologis yang mungkin telah dimulai 3 sampai 4 bulan sebelum dimulainya hipertensi, sehingga pasien datang dalam kondisi bereklamsia yang sudah parah. Semakin ekstrim hipertensi atau proteinuria semakin pasti ditemukannya *preeklampsia*. Hasil tes kemampuan neurotik ginjal, hati dan hematologi meningkatkan kepastian temuan *pre-eklampsia*. Menderita gejala awal eklampsia seperti migrain dan nyeri epigastrium juga meningkatkan kepastian diagnosis *pre-eklampsia* (Basyir & Fauziah, 2023).

3. Etiologi Pre-eklampsia

Hingga saat ini belum diperoleh suatu kesepakatan tentang penyebab terjadinya preeklamsia sehingga istilah preeklamsia is a disease of theories oleh Zweifel tahun 1916 masih relevan. Para ahli mencoba mengungkapkan beberapa teori yang diduga menjadi

penyebab revolusi antara lain faktor imunologi, genetik, nutrisi, komponen vasoaktif, endotel, epigenetik dan lingkungan (Basyir & Fauziah, 2023).

Kejadian preeklamsia tinggi pada wanita nulipara dan umumnya tidak terulang pada kehamilan berikutnya. Kejadian preeklamsia pada primigravida diduga terjadi karena pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta yang tidak sempurna sehingga timbul efek yang merugikan, sedangkan pada kehamilan berikutnya pembentukan *blocking antibodies*-nya lebih sempurna karena telah membentuk respons kekebalan pada kehamilan sebelumnya (Basyir & Fauziah, 2023).

Redman et al., (1990) mengungkapkan bahwa kerusakan endoterm terkait dengan preeklamsia yang dapat membawa perubahan umum pada keadaan biasa dan variasi menyeluruh dari iritasi intravaskular Ibu pada kehamilan. Spekulasi ini masuk akal bahwa preeklamsia dipandang sebagai penyakit karena situasi dengan leukosit yang sangat aktif dalam darah ibu. Desidua mengandung sel yang lebih jika teraktivasi dapat mengeluarkan agen yang berbahaya, kemudian agen ini sebagai mediator memulai terjadinya kerusakan sel. Beberapa sitokin antara lain, tumor *necrotizing factor* dan interleukin dapat berperan terhadap stres oksidatif yang berhubungan dengan kejadian pre-eklampsia (Basyir & Fauziah, 2023).

4. Epidemiologi Pre-eklampsia

Preeklamsia termasuk kelompok penyakit hipertensi dalam kehamilan (HDK). *The Working Group of the National High Blood Pressure Education Program* (2000) membuat batasan preeklamsia, yaitu peningkatan tekanan darah yang terjadi setelah 20 Minggu kehamilan yang disertai dengan protein urine. Menurut WHO, HDK masih menjadi salah satu dari lima penyebab utama kematian ibu di dunia, yaitu sekitar 12%. Prevalensi hipertensi pada kehamilan berbeda di tempat yang berbeda, berkisar antara 2,6 - 7,3% dari seluruh kehamilan (Basyir & Fauziah, 2023).

Preeklamsia merupakan suatu kelainan yang sering ditemukan pada wanita yang sedang hamil. Preeklamsia dapat menyebabkan terjadinya komplikasi, seperti solusio plasenta, disseminated intravascular coagulation (DIC), perdarahan (Basyir & Fauziah, 2023).

5. Komplikasi Pre-eklampsia

Menurut (Fitriani et al., n.d.), komplikasi *preeklamsia* dapat bervariasi tergantung pada derajat keparahannya. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi akibat preeklamsia meliputi:

1) Pada Ibu

- (1) Hemolysis elevated liver enzymes dan thrombocytopenia (sindrom HELLP).
- (2) Gagal ginjal.
- (3) Kejang.
- (4) Gangguan hati.
- (5) Stroke.
- (6) Penyakit jantung hipertensi dan kematian

2) Pada Janin

- (1) Persalinan preterm.
- (2) Hipoksia
- (3) Hipoksia neurogenik.
- (4) Kecil masa kehamilan (KMK).
- (5) Kematian

6. Pencegahan pre-eklampsia

Terminologi umum “pencegahan” dibagi menjadi 3 (tiga) yaitu: primer, sekunder, tersier. Pencegahan primer artinya menghindari terjadinya penyakit. Pencegahan sekunder dalam konteks preeklamsia berarti memutus proses terjadinya penyakit yang sedang

berlangsung sebelum timbul gejala atau kedaruratan klinis karena penyakit tersebut. Pencegahan tersier berarti pencegahan dari komplikasi yang disebabkan oleh proses penyakit (Irma, 2023).

1) Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan yang terbaik namun hanya dapat dilakukan bila penyebabnya telah diketahui dengan jelas sehingga memungkinkan untuk menghindari atau mengontrol penyebab-penyebab tersebut, namun hingga saat ini penyebab pasti terjadinya preeklampsia masih belum diketahui. Untuk pencegahannya perlu dilakukan skrining risiko terjadinya preeklampsia untuk setiap wanita hamil sejak awal kehamilannya. Pemeriksaan skrining preeklampsia selain menggunakan riwayat medis pasien seperti penggunaan biomarker dan USG Doppler Velocimetry masih belum dapat direkomendasikan secara rutin, sampai metode skrining tersebut terbukti meningkatkan luaran kehamilan.

2) Pencegahan Sekunder

(1) Istirahat

Berdasarkan telaah 2 studi kecil yang didapat dari Cochrane, istirahat di rumah 4 jam/hari bermakna menurunkan risiko preeklampsia dibandingkan tanpa pembatasan aktivitas (RR 0,05; 95% CI 0,00 – 0,83). Istirahat dirumah 15 menit 2x/hari ditambah suplementasi nutrisi juga menurunkan risiko preeklampsia (0,12; 95% CI 0,03 – 0,51). Istirahat di rumah tidak di rekomendasikan untuk pencegahan primer preeklampsia Tirah baring tidak direkomendasikan untuk memperbaiki luaran pada wanita hamil dengan hipertensi (dengan atau tanpa proteinuria).

(2) Restriksi Garam

Pembatasan garam untuk mencegah preeklampsia dan komplikasinya selama kehamilan tidak direkomendasikan.

(3) Aspirin dosis rendah

Penggunaan aspirin dosis rendah (75mg/hari) direkomendasikan untuk prevensi preeklampsia pada wanita dengan risiko tinggi. Aspirin dosis rendah sebagai prevensi preeklampsia sebaiknya mulai digunakan sebelum usia kehamilan 20 minggu (Meida & Susanto, 2020).

(4) Suplementasi kalsium

Suplementasi kalsium minimal 1 g/hari direkomendasikan terutama pada wanita dengan asupan kalsium yang rendah. Penggunaan aspirin dosis rendah dan suplemen kalsium (minimal 1g/hari) direkomendasikan sebagai prevensi preeklampsia pada wanita dengan risiko tinggi terjadinya preeklampsia.

(5) Suplementasi antioksidan

Pemberian vitamin C dan E tidak direkomendasikan untuk diberikan dalam pencegahan preeklampsia. Karena Pemberian vitamin C dan E dosis tinggi tidak menurunkan risiko hipertensi dalam kehamilan, preeklampsia dan eklampsia, serta berat lahir bayi rendah, bayi kecil masa kehamilan atau kematian perinatal.

7. Tindakan *pre-eklampsia*

Menurut (Sulastri et al., 2023), penanganan preeklampsia berat dan eklampsia (160/110 mmHg dan preeklampsia disertai kejang). Penatalaksanaan preeklampsia berat sama dengan eklampsia. Dengan tujuan utama menghentikan berulangnya serangan konvulsi dan mengakhiri kehamilan secepatnya digunakan cara yang aman setelah keadaan ibu mengizinkan. Penanganan kejang dengan memberikan obat antikonvulsan. Perlengkapan untuk penanganan kejang (jalan nafas, sedotan, masker oksigen, oksigen). Kemudian melindungi pasien dari kemungkinan trauma Aspirasi mulut dan tenggorokan setelah itu membaringkan pasien pada sisi kiri, posisi Trendelenburg untuk mengurangi risiko aspirasi. Kemudian memberikan O₂ 4-6 liter/menit.

Menurut (Rani et al., 2020) penanganan umum Preeklampsia Berat dimana bila keadaan tekanan darah diastolik 110 mmHg. berikan antihipertensi, sampai tekanan diastolik di antara 90-100 mmHg. Memasang infus Ringer Laktat dengan jarum besar (16 gauge atau lebih) kemudian mengukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi overload Lakukan kateterisasi urin untuk pengeluaran volume dan proteinuria.

Jika jumlah urin <30 ml per jam, infus cairan dipertahankan 1 1/8 jam, memantau kemungkinan edema paru, tidak meninggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin. Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung janin setiap jam. Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru. Krepitasi merupakan tanda edema paru. Jika ada edema paru, menghentikan pemberian cairan, dan berikan diuretik misalnya furosemide 40 mg IV. Penting untuk menilai pembekuan darah dengan uji pembekuan *bedside*. Jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulopati. Antikonvulsan yaitu Magnesium sulfat merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada preeklampsia. Alternatif lain adalah diazepam, dengan terjadinya depresi neonatal.

2.2.4 Letak Sungsang

1. Definisi Letak Sungsang

Hofmeyr (2015) menyebutkan bahwa bayi sungsang adalah bayi yang belum lahir berada dalam posisi tidak semestinya yaitu posisi lahir selain dengan kepalanya dulu. Bayi yang lahir dengan letak selain kepala yang lebih dahulu lebih mungkin mengalami cedera jika dilahirkan secara normal melalui vagina. Hal tersebut dikarenakan bayi memiliki kemungkinan tidak mendapatkan cukup oksigen. Bayi yang mengalami posisi sungsang lebih aman dilahirkan lewat operasi Caesar.

Rinukti (2015) menyebutkan ibu yang mengandung bayi dengan letak sungsang mempunyai resiko kematian baik terhadap ibu maupun janin. Terdapat resiko penurunan kecerdasan bayi dengan letak sungsang jika dipaksakan lahir secara pervaginam.

Persalinan dengan letak sungsang juga memiliki resiko komplikasi pendarahan, trauma persalinan, serta afiksia yang menyebabkan kematian pada bayi.

Jumatrin (2022) menyebutkan indikasi persalinan Sectio Caesarea berdasarkan distosia persalinan paling banyak disebabkan oleh janin, salah satunya adalah letak sungsang. Bayi yang memiliki letak sungsang akan lebih sulit untuk dapat dilahirkan secara normal. Lathifah (2018) menyebutkan bahwa bayi yang memiliki letak sungsang meningkatkan resiko persalinan sectio caesarea.

2. Mekanisme Persalinan Letak Sungsang

Persalinan sungsang mempunyai mekanisme yang hampir sama dengan persalinan normal dengan kepala lebih dahulu, perbedaannya adalah yang memasuki pintu atas panggul adalah bokong atau bagian tubuh yang lain sehingga persalinan berlangsung lebih lama. Hal ini dikarenakan bokong lebih lembek daripada kepala yang menyebabkan tekanan yang diberikan pada serviks kurang kuat. Komplikasi persalinan letak sungsang meliputi mordibitas dan mortalitas bayi yang tinggi. Tindakan sectio caesarea pada letak bayi sungsang diharapkan dapat menciptakan ibu dan bayi lahir sehat (Lathifah, 2018).

Persalinan normal menghendaki posisi kepala janin berada dibawah dekat dengan jalan lahir. Janin pada posisi sungsang adalah istilah untuk posisi kepala janin diatas. Jika letak bayi sungsang sampai mendekati waktu persalinan, biasanya dokter segera menganjurkan dilakukan operasi sesar sebelum timbul tanda-tanda persalinan. Indikasi adanya janin yang mengalami letak sungsang perlu dilakukan persalinan seksio sesarea, dapat mengalami peningkatan prolaps tali pusat dan terperangkapnya kepala apabila dilahirkan pervaginam (Rosyati, 2022).

Letak dan posisi yang paling sering ditemui pada letak sungsang adalah bayi menghadap punggung ibu dengan letak kepala, dimana leher tertekuk kedepan, dagu

menempel didada dan kedua lengan melipat didada. Posisi melintang, kepala janin berada pada posisi kanan atau kiri perut ibu. Jika posisi kepala bukan bagian terendah, maka persalinan bisa menjadi sulit dan mungkin persalinan tidak dapat dilakukan melalui vagina (Rosyati, 2022).

2.2.5 Kala II Memanjang

1. Definisi Kala II Memanjang

Kala II dimulai saat adanya pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Kala II memanjang dapat didiagnosa apabila pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengejan tetapi tidak ada kemajuan penurunan kepala janin. Kala II memanjang adalah persalinan yang melampaui 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara (Yunri Merida et al., 2023). Etiologi Kala II Memanjang

Beberapa faktor yang disebutkan sebagai etiologi terjadinya partus lama diantaranya CPD (*Cepalo Pelvic Disporpotion*) dengan kondisi panggul sempit atau *makrosomia*, *malpresentasi* dan *malposisi*, persalinan tidak efektif oleh karena cincin konstruksi, ketidakmampuan atau penolakan pasien untuk mengejan, *anesthesia* berlebihan *inersia* uteri, serta adanya *distosia* jaringan lunak seperti *canalis vaginalis* yang sempit serta perineum kaku (Yunri Merida et al., 2023).

2. Gejala Kala II Memanjang

Menurut (Purba, 2022) beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah Ibu merasakan ingin meneran bersamaan terjadinya kontraksi, Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah.

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot

dasar panggul yang secara reflektoris timbul rasa mengedan, karena tekanan pada rectum, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perinium meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1% 2 jam, pada multi $\frac{1}{2}$ 1 jam (Devi et al., 2018). Pada permulaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk P.A.P ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan. His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbul his mengedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan.

Ada 2 cara ibu mengedan: 1) Posisi berbaring sambil merangkul merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku. Kepala diangkat sedikit hingga dagu mengenai dada. Mulut dikatup. 2) Dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring ke arah terdapatnya punggung janin dan hanya satu kaki yang dirangkul, yaitu yang sebelah atas.

Apabila kepala janin telah sampai di dasar panggul, vulva mulai terbuka (membuka pintu), rambut kepala kelihatan. Setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perinium meregang Penolong harus menahan perinium dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain doek steril supaya tidak terjadi robekan (ruptur perinei). Pada primigravida, dianjurkan melakukan episiotomi.

Episiotomi dilakukan jika perinium menipis dan kepala janin tidak masuk lagi ke dalam vagina, yaitu dengan jalan mengiris atau menggunting perinium Ada 3 arah irisan, yaitu medialis, mediolateralis dan lateralis. Tujuan episiotomi adalah supaya tidak terjadi robekan perinium yang tidak teratur dan robekan pada m. spinchter ani yang jika tidak dijahit dan dirawat dengan baik akan menyebabkan inkontinensia alvi. Selanjutnya yaitu Ekspresi Kristeller dengan mendorong fundus uteri sewaktu ibu mengedan, tujuannya membantu tenaga ibu untuk melahirkan kepala (jarang digunakan

karena dapat menyebabkan ruptur uteri, atonia uteri, trauma organ-organ dalam perut, dan solusio plasenta (Saidah & Yusup, 2016).

Ketika perinium meregang dan menipis, tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perinium. Dengan ujung-ujung jari tangan kanan, dicoba mengait dagu janin untuk di dorong pelan- pelan ke arah simfisis. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahirlah kepala dengan ubun-ubun kecil (suboksiput) di bawah simfisis sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut tampaklah bregma (ubun-ubun besar), dahi, muka dan dagu. Perhatikan apakah tali pusat melilit leher, kalau ada, lepaskan Kepala akan mengadakan putaran ke salah satu paha ibu. Lahirkan bahu depan dengan menarik kepala ke arah anus (bawah), lalu bahu belakang dengan menarik pelan-pelan ke arah simfisis (atas). Melahirkan badan, bokong dan kaki lebih mudah, yaitu dengan mengait kedua ketiak janin.

Bayi baru lahir yang sehat dan normal akan segera menangis, menggerakkan kaki dan tangannya. Bayi diletakkan dengan kepala lebih rendah, kira-kira membuat sudut 30 derajat dengan bidang datar. Mulut dan hidung dibersihkan, dan lendir diisap dengan pengisap lendir, tali pusat di klem pada 2 tempat: 5 dan 10 cm dari umbilikus, lalu digunting diantaranya. Ujung tali pusat pada bayi diikat dengan pita atau benang atau klem plastik sehingga tidak ada pendarahan. Lakukan pemeriksaan ulang pada ibu: kontraksi atau palpasi rahim, kandung kemih penuh atau tidak. Kalau penuh, kandung kemih harus dikosongkan sebab dapat menghalangi kontraksi rahim dan menyulitkan kelahiran uri.

3. Komplikasi Kala II Memanjang

Menurut (Mustofa & Nuraviah, 2020), berbagai komplikasi yang dapat timbul pada kala II persalinan mencakup beragam kondisi seperti eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat yang melilit, penurunan kepala yang terhenti, kelelahan ibu, persalinan

yang memanjang, ruptur uteri, distosia akibat kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, serta tanda-tanda lilitan tali pusat.

2.3 Faktor Predisposisi

1. Usia Ibu

Usia Ibu turut menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan dan nifas serta bayinya. Usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua (kurang dari sama dengan 20 tahun dan lebih dari sama dengan 35 tahun) merupakan faktor penentu kehamilan, sebab Ibu yang hamil terlalu muda keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi risiko seperti kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh karena jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur antara 20 hingga 34 tahun Karena jarang terjadi penyulit kehamilan dan juga persalinan (prawirohardjo,2010)

Umur ibu dapat mempengaruhi kesempatan kelangsungan hidup anak, angka kematian anak yang tinggi pada wanita yang lebih muda dan lebih tua disebabkan faktor biologis yang mengakibatkan komplikasi selama kehamilan dan melahirkan (BPS,BKKBN, Depkes,MIC, 2007).

2. Paritas Ibu

Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan tidak melihat janinnya hidup atau mati saat dilahirkan serta tanpa mengingat jumlah anaknya. Artinya kelahiran kembar 3 hanya dihitung satu paritas (Oxon,2010). Persalinan lebih dari 4 kali akan menjadi faktor risiko bagi ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas (Depkes,2014).

Paritas tinggi yaitu jumlah anak lebih dari 4 berpotensi untuk timbulnya kelainan ginekologis dan non obsertrik serta mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Risiko pada parita 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetric lebih baik, sedangkan risiko pada varietas tinggi dapat dicegah atau dikurangi dengan keluarga berencana.

2.4 Indikasi Non Medis

1. Sosio-Ekonomi

Persalinan merupakan suatu kebutuhan bagi sebagaian ibu sehingga semakin tinggi status Sosial Ekonomi Ibu Hamil maka akan tinggi pula kebutuhan akan kenyamanan dalam pemilihan pelayanan kesehatan. Tidak dapat dipungkiri bahwa persalinan dengan Tindakan *Sectio Caesarea* membutuhkan lebih banyak biaya dibandingkan dengan persalinan normal. Sehingga dapat dipastikan bahwa sebagian Ibu Hamil yang memilih persalinan dengan Tindakan *Sectio Caesarea* merupakan Ibu Hamil yang memiliki Status Sosial Ekonomi yang tinggi.

2. Permintaan Pribadi

Banyak kasus, pasien lebih memilih melahirkan dengan operasi caesar karena takut akan rasa sakit, proses dan komplikasi dari persalinan normal, serta memiliki trauma akibat pengalaman buruk pada persalinan melalui vagina sebelumnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi ibu memilih persalinan *sectio caesarea* tanpa indikasi medis ada 7 faktor yaitu kesepakatan suami istri, pengetahuan, faktor sosial, kecemasan persalinan normal, kepercayaan, faktor ekonomi, dan faktor pekerjaan.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, operasi caesar atas permintaan pasien dapat dilakukan jika dokter menilai manfaatnya lebih besar dibandingkan risikonya. Ada beberapa keuntungan yang dapat dirasakan dari operasi caesar atas permintaan pasien, yaitu:

- 1) Waktu persalinan lebih pasti
- 2) Terhindar dari kelahiran lewat bulan (postterm birth)
- 3) Risiko diperlukannya operasi darurat (tidak direncanakan) lebih rendah
- 4) Risiko kelahiran mati lebih rendah
- 5) Risiko cedera dasar panggul lebih rendah

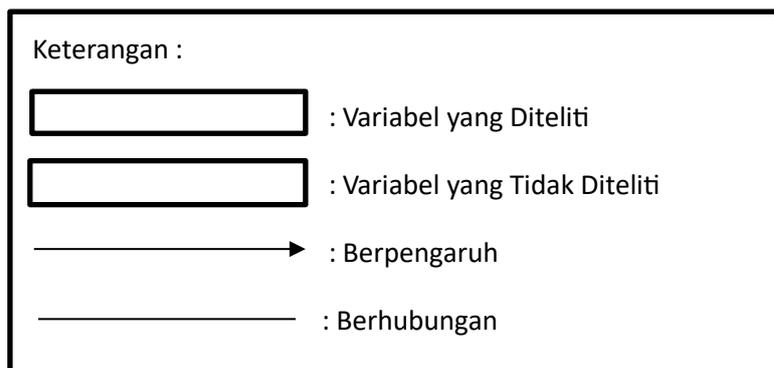
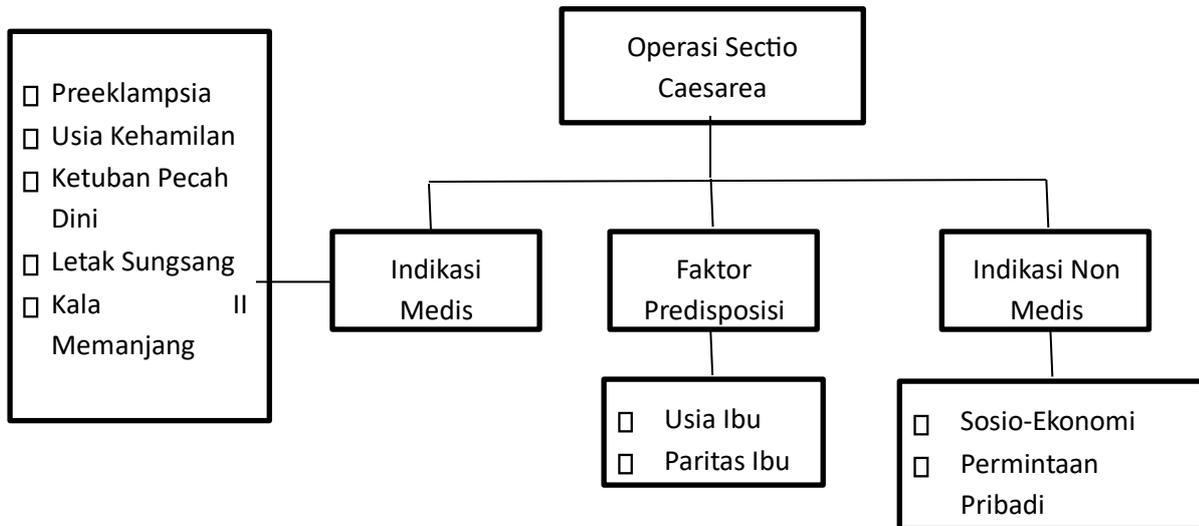
Meski memiliki sejumlah keuntungan, operasi caesar juga memiliki beberapa risiko, yaitu:

- 1) Perlekatan plasenta
- 2) Rahim robek (ruptur uterus)
- 3) Komplikasi akibat pembiusan
- 4) Masa pemulihan setelah persalinan lebih lama
- 5) Infeksi pada luka atau lapisan rahim
- 6) Gangguan pernapasan pada bayi

Namun, berbagai risiko tersebut dapat diminimalkan dengan pemeriksaan kesehatan dan persiapan yang baik sebelum operasi caesar dilakukan. Terlepas dari boleh tidaknya operasi caesar atas permintaan pasien, pastikan ibu hamil rutin memeriksakan kehamilan ke dokter setidaknya 1 bulan sekali. Tanyakan kepada dokter mengenai manfaat dan risiko yang mungkin terjadi bila melahirkan dengan operasi caesar. Jika kondisi kehamilan dinilai sehat dan tidak ditemukan adanya risiko komplikasi, dokter dapat menjadwalkan operasi caesar pada usia kehamilan 39 minggu. Pada waktu tersebut, risiko komplikasi pada janin relatif lebih kecil, kondisi janin juga dianggap sudah matang dan siap untuk dilahirkan.

2.5 Kerangka Konsep

Gambar 2.3 Kerangka Konsep



2.6 Hipotesis

H1: Ada hubungan usia kehamilan dengan tindakan *Sectio Caesarea* pada ibu bersalin di RS IHC Lavalette Malang.

H2: Ada hubungan KPD dengan tindakan *Sectio Caesarea* pada ibu bersalin di RS IHC Lavalette Malang.

H3: Ada hubungan preeklampsia dengan tindakan *Sectio Caesarea* pada ibu bersalin di RS IHC Lavalette Malang.

H4: Ada hubungan letak sungsang dengan tindakan *Sectio Caesarea* pada ibu bersalin di RS IHC Lavalette Malang.

H5: Ada hubungan partus lama dengan tindakan *Sectio Caesarea* pada ibu bersalin di RS IHC Lavalette Malang.