

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Seksio sesarea adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin lebih dari 1.000 gram atau umur kehamilan lebih dari 28 minggu (Manuaba, 1999). Operasi seksio sesarea yang dikenal dalam obstetri modern, mempunyai perjalanan sejarah panjang dan merupakan salah satu operasi mayor yang dilakukan di dunia.

Pada permulaan operasi seksio sesarea, luka operasi tidak dijahit sehingga mengakibatkan kematian yang disebabkan perdarahan dan infeksi. Untuk menghindari kematian karena infeksi, Lebas dan Porro melakukan jahitan pada waktu melakukan seksio sesarea. Kemudian kita kenal Kehrer, Sanger dan Kronig melakukan modifikasi dalam melakukan seksio sesarea. Seksio sesarea dilakukan terutama karena disproporsi kepala panggul, kelainan presentasi, seperti letak lintang dan presentasi dahi. (Manuaba, 1999)

Tindakan seksio sesarea merupakan salah satu tindakan pembedahan dalam rangka menurunkan angka kematian dan angka kesakitan ibu melahirkan dan angka kematian bayi (Cunningham, 1995). Perlu diketahui bahwa angka kematian ibu di Indonesia sekitar 3901/100.000 persalinan hidup dan merupakan angka kematian tertinggi diantara negara Asean. Dengan peningkatan keamanan dalam prosedur dan juga alasan memperkecil angka kesakitan dan angka

kematian perinatal, maka indikasi seksio sesarea menjadi lebih banyak sehingga lebih sering dilakukan. (Rao, 1994)

Seksio sesarea semakin diterima masyarakat sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan sumber daya manusia sejak awal kelahirannya. Penerimaan seksio sesarea didukung oleh semakin meningkatnya pengetahuan tentang kemampuan memberikan anestesi, antibiotika, keseimbangan pemberian cairan, dan masalah transfusi darah dalam bidang kedokteran dewasa ini. (Manuaba, 1999)

Tindakan operasi cenderung meningkat termasuk operasi seksio sesarea, hal ini disebabkan seksio sesarea merupakan metode pertolongan persalinan yang paling konservatif oleh karena mempunyai tingkat morbiditas dan mortalitas rendah (Manuaba, 1999). Dengan bertambah pesatnya kemajuan di bidang kedokteran maka meningkat pula kualitas perawatan post operasi sehingga tindakan seksio sesarea jadi lebih aman dan penggunaannya makin luas. Perkembangan inilah yang pada akhirnya akan menyebabkan peningkatan frekuensi seksio sesarea. Kenaikan angka seksio sesarea yang dramatis terjadi dalam kurun tiga puluh tahun terakhir ini. Salah satu contohnya, pada tahun 1988 angka seksio sesarea menjadi 15 % atau tiga kali lipat di banding 8 tahun sebelumnya, dan angkanya terus meningkat menjadi 23 % (1990). Dengan kata lain jumlah seksio sesarea bertambah 50.000 setiap tahun sehingga ada 500.000 operasi dilakukan setiap tahunnya. (Flamm, 1995)

Kenaikan angka seksio sesarea ini tidak hanya terjadi di negara maju saja, akan tetapi terjadi juga di negara berkembang seperti Indonesia. Angka kejadian seksio sesarea dari tahun ke tahun semakin meningkat dengan insidensi 20 % -

50 % persalinan, terutama di rumah sakit swasta. Di Rumah Sakit Sanglah Denpasar angka operasi seksio sesarea pada tahun 2000 (20,1 %) meningkat menjadi 36,2 % tahun 2001. (Suara Pembaruan Daily, 2001)

Menurut Cunningham et al. (1997), kecenderungan peningkatan persalinan dengan seksio sesarea dalam skala yang besar terjadi pada beberapa tahun terakhir ini, hal ini disebabkan karena perubahan dalam pertolongan letak sungsang dan adanya pengenalan gawat janin dengan pemantauan janin secara elektronik yang modern dan kecenderungan pengurangan paritas pada wanita sekarang.

Dengan pertimbangan sosial dan untuk keharmonisan keluarga dimasa-masa yang akan datang, besar kemungkinan terdapat permintaan persalinan dengan seksio sesarea. (Manuaba, 1999)

Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto (RSMS) merupakan salah satu Rumah Sakit Umum kelas B milik Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Tengah. Selain menjadi pusat rujukan kesehatan tingkat kedua di wilayah Jawa Tengah kawasan bagian selatan, rumah sakit ini juga merupakan Rumah Sakit Kelas B Pendidikan sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI No. 239 / MENKES-KESSOS / SK / III / 2001. Angka operasi seksio sesarea di RSMS mengalami peningkatan dari 29,8 % (2002) menjadi 35,5 % (2003). Dimana sekitar 88,2 % dilakukan dalam keadaan emergensi. (Rekapitulasi RSMS, 2003)

Operasi seksio sesarea selain menguntungkan juga memiliki efek samping terhadap pasien yaitu efek dari pembiusan itu sendiri. Pasien pulih dari anestesi

umum ataupun regional secara rutin dikelola di kamar pulih, unit perawatan pasca anestesi (*Recovery Room/Post Anestesi Care Unit*) setelah itu di bawa keruang rawat inap. Pemberian anestesi umum selain anestesi regional pada pasien seksio sesarea merupakan pilihan anestesi yang sering dipergunakan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Hal ini karena anestesi umum mempunyai sifat analgesiknya kuat, melemaskan otot dinding perut dengan baik, pemulihan cepat dan tidak menyebabkan trauma psikis terhadap ibu. Sedangkan salah satu efek samping dari anestesi umum adalah melemaskan otot polos perut sehingga peristaltik usus berhenti yang berakibat pasien tidak dapat *flatus* (Katzung, 1998).

Flatus pada pasien post operasi seksio sesarea memiliki makna penting karena dapat menunda program pengobatan seperti penghentian pemberian cairan infus, pemberian diit, penggantian pemberian obat suntikan ke dalam bentuk tablet yang dapat dilakukan bila pasien sudah *flatus*. Di samping itu pula makna penting yang lain dapat mempercepat rawat gabung, mencegah terjadinya bendungan ASI dan memperpendek hari rawat inap. Tindakan perawatan post operasi untuk membantu mempercepat *flatus* di RSMS masih terbatas pada tindakan mobilisasi. Dari studi pendahuluan yang dilakukan peneliti terhadap 5 pasien post operasi seksio sesarea diruang flamboyan RSMS tercatat rata-rata pasien post operasi seksio sesarea *flatus* terjadi pada hari kedua setelah operasi, yang merupakan rentang waktu yang cukup lama karena dapat menunda program perawatan dan pengobatan. (GKM Citra, 1999)

Mengingat makna pentingnya *flatus* bagi pasien post operasi seksio sesarea, salah satu intervensi keperawatan yang dapat diberikan untuk mempercepat *flatus* adalah pemberian kompres hangat kering. Kompres hangat kering memberikan pemaparan efek panas yang dapat meningkatkan sirkulasi darah sehingga merangsang usus untuk berkontraksi.

Dalam praktek perawatan sehari-hari pemberian kompres hangat kering masih terbatas pada pasien dengan keluhan nyeri dan suhu tubuh meningkat. Sedangkan untuk tujuan mempercepat *flatus* belum dilakukan, sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan mengambil judul “Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Kering Terhadap Waktu Flatus Pada Pasien Post Operasi Seksio Sesarea diruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto “.

B. RUMUSAN MASALAH

“ Apakah ada pengaruh pemberian kompres hangat kering dan tanpa kompres hangat kering terhadap waktu flatus pada pasien post operasi seksio sesarea di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto ? “

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Diketuinya pengaruh pemberian kompres hangat kering dan tanpa kompres hangat kering terhadap waktu flatus pasien post operasi seksio sesarea diruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya rata-rata waktu flatus pasien post operasi seksio sesarea yang diberikan kompres hangat kering
- b. Diketuainya rata-rata waktu flatus pasien post operasi seksio sesarea tanpa diberikan kompres hangat kering.
- c. Diketuainya lama hari rawat pada pasien post operasi seksio sesarea yang dilakukan kompres hangat kering.
- d. Diketuainya lama hari rawat pada pasien post operasi seksio sesarea tanpa kompres hangat kering.
- e. Diketuainya pengaruh rata-rata lama hari rawat pasien post operasi seksio sesarea yang diberikan kompres hangat kering dengan pasien post operasi seksio sesarea tanpa diberikan kompres hangat kering.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat teoritis

- a. Sebagai masukan cara perawatan pasien post operasi seksio sesarea yang lebih efektif untuk mempercepat proses penyembuhan.
- b. Diharapkan memberikan sedikit sumbangan pemikiran, informasi dalam menambah wawasan serta khasanah ilmu untuk asuhan keperawatan tentang pemberian kompres hangat kering dalam mempercepat proses flatus.
- c. Sebagai bahan masukan pada program penelitian dan pengembangan.

2. Manfaat praktis

Bagi Instansi RSMS, penelitian ini menjadi sedikit bahan masukan dalam penyusunan protap tentang cara perawatan pasien post operasi seksio sesarea.

3. Peneliti

Penelitian ini diharapkan akan memberikan wawasan dan pengetahuan baru tentang pengaruh pemberian kompres hangat kering terhadap waktu flatus pada pasien post operasi seksio sesarea.

E. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian tentang pemberian kompres hangat sudah pernah dilakukan, yaitu penelitian eksperimen tentang perbedaan efektifitas kompres dingin dengan kompres hangat dalam menurunkan suhu tubuh klien infeksi yang dilakukan oleh Suardana (Denpasar, 1998). Pada penelitian ini penulis ingin meneliti tentang pengaruh pemberian kompres hangat kering terhadap waktu flatus pada pasien post operasi seksio sesarea.

F. RUANG LINGKUP

1. Responden

Seluruh pasien post operasi seksio sesarea di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

Justifikasi : pasien post seksio sesarea dengan tindakan anestesi umum yang ada di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI

1. Kompres Hangat

a. Definisi Kompres

Compres is: a pad of cloth applied firmly to a part of the body; compres may be dry or wet , cold or warm. (Smith, 1996)

Berdasarkan definisi di atas bahwa kompres dapat diberikan dalam keadaan kering atau basah dan hangat atau dingin. Kompres hangat mempergunakan media panas dapat berupa kantong air panas, uap panas, lumpur panas, handuk panas, *electric pads* dan lain-lain.

b. Manfaat panas

Panas dipergunakan secara luas dalam pengobatan karena memiliki efek dan manfaat yang besar. Adapun manfaat dari panas. (Gabriel, 1996) adalah :

(1) Efek fisik

Panas dapat menyebabkan zat cair, padat dan gas mengalami pemuaian ke segala arah.

(2) Efek kimia

Panas dapat meningkatkan kecepatan reaksi kimia. Pada jaringan

akan terjadi metabolisme seiring dengan peningkatan pertukaran antara zat kimia tubuh dengan cairan tubuh.

(3) Efek biologis

Panas dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang menyebabkan peningkatan sirkulasi darah.

Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu, menyebabkan pelebaran pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Respon dari panas inilah yang dipergunakan untuk keperluan terapi pada berbagai kondisi dan keadaan yang terjadi dalam tubuh.

c. Mekanisme Kerja Panas

Energi panas yang hilang atau masuk kedalam tubuh melalui kulit menurut Gabriel (1996) dengan empat cara, yaitu :

(1) *Konduksi*

Adalah pemaparan panas dari suatu obyek yang suhunya lebih tinggi ke obyek lain dengan jalan kontak langsung. Kehilangan panas dengan cara konduksi sampai dengan 3 %.

(2) *Konveksi*

Aliran konveksi dapat terjadi karena massa jenis udara panas sangat ringan dibandingkan udara dingin.

(3) *Radiasi*

Adalah suatu energi panas dari suatu permukaan obyek ke obyek lain tanpa mengalami kontak langsung.

(4) *Evaporasi*

Adalah peralihan panas dari bentuk cairan menjadi uap.

Adapun prinsip kerja kompres hangat kering dengan menggunakan buli-buli panas yang dibungkus kain, yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan panas dari suatu obyek yang suhunya lebih tinggi ke obyek lain yang dengan jalan kontak langsung.

d. Respon tubuh terhadap kompres hangat

Pemberian kompres hangat dapat menyebabkan respons sistemik dan bersifat lokal. Respon sistemik terjadi melalui mekanisme penghilangan panas (*Heat-Loss Mechanisme*) sehingga timbul keringat dan vasodilatasi.

Respons lokal terhadap panas terjadi melalui stimulasi ujung-ujung syaraf terhadap temperatur kulit. Stimulasi ini mengirimkan getaran (*impuls*) dari perifer ke hypothalamus, yang kemudian menjadi sensasi temperatur lokal dan pemicu respon-respon adaptasi untuk pemeliharaan temperatur tubuh yang normal. Jika perubahan terjadi sepanjang jalan-jalan kecil sensasi temperatur penerimaan dan persepsi eksentual stimulus akan dirubah. (Potter dan Ferry, 1997)

e. Efek dari Kompres Hangat

Tabel 2.1
Efek Terapeutik Dari Kompres Hangat

Respon Fisiologis	Manfaat Terapeutik	Contoh kondisi yang dirawat
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vasodilatasi ◆ Pengurangan viskositas darah ◆ Pengurangan tekanan otot ◆ Meningkatkan metabolisme jaringan ◆ Meningkatkan permeabilitas kapiler 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Memperbaiki aliran darah kebagian tubuh yang terluka, meningkatkan nutrisi dan menghilangkan pembuatan, mengurangi kongesti vena di jaringan yang terluka. ◆ Memperbaiki pengiriman leukosit dan antibiotika ke daerah luka. ◆ Meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi nyeri akibat spasme dan kekakuan. ◆ Meningkatkan aliran darah dan memberi hangat lokal. ◆ Meningkatkan perpindahan produk pembuangan dan nutrisi. 	<p>Peradangan atau edema bagian tubuh, luka operasi yang baru, arthritis, penyakit degeneratif, nyeri terlokalisasi, otot yang tegang, nyeri punggung belakang, kram menstruasi, hemorrhoid, radang perianal dan vagina.</p>

(Potter & Ferry, 1997).

f. Macam dan Cara Pemberian Kompres Hangat

Ada dua macam pemberian kompres hangat, yaitu :

1) Kompres Hangat Basah

Alat-alat yang harus dipersiapkan; seperangkat alat steril berisi :

dua pinset, kassa secukupnya, mangkok berisi cairan hangat, alat non

Respon terhadap peregangan memungkinkan dinding usus terregang secara hebat untuk berkontraksi secara otomatis dan karena itu menahan regangan.

Membran otot polos mengandung banyak jenis protein reseptor yang dapat menimbulkan proses kontraksi (Guyton dan Hall, 1997). Selain itu terdapat faktor-faktor tertentu yang mempengaruhi kekuatan serabut otot. Kontraksi otot akan lebih kuat bila sedang meregang' dan bila suhunya cukup panas. Sebaliknya kelelahan dan suhu dingin memperlambat kontraksi otot. (Pearce, 1995)

3. Seksio Sesarea

Menurut Maryllen dkk. (1996) serta Pernoll (1994), persalinan dengan *seksio sesarea* adalah tindakan operasi yang paling sering dilakukan di negara maju dan akhir-akhir ini banyak dilakukan di negara berkembang.

Operasi seksio sesarea pada pasien hidup mulai dikenal sejak tahun 1610, dimana tindakan ini tanpa disertai penjahitan dinding rahim dan komplikasi sepsis serta perdarahan menyebabkan angka kematian berkisar 50% - 85%. (Pernoll, 1991). Pada periode berikutnya, dikenalkan cara penjahitan dinding rahim serta teknik pembedahan aseptik, hal ini menurunkan angka kematian. Pada tahun 1882 mulai dikenal teknik sanger yang saat ini dikenal dengan teknik seksio sesarea klasik. (Cunningham dkk, 1997)

Cunningham dkk. (1997) menyebutkan bahwa Osiander pada tahun 1805 menemukan teknik pembedahan pada segmen bawah rahim, yang selanjutnya

dimodifikasi serta disebarluaskan oleh Frank pada tahun 1906 dan di kembangkan oleh Latzco dan Waters. Metode diatas masih digunakan hingga masa sekarang. Sedangkan Kerr memperkenalkan teknik sayatan melintang pada segmen bawah rahim.

Sebelum dikenal adanya antibiotika, bila operasi seksio sesarea di lakukan setelah 10 - 12 jam pecahnya kulit ketuban, kemungkinan terjadi sepsis sangat besar. Sehingga pada saat itu bila kulit ketuban pecah lebih dari 12 jam, diupayakan untuk persalinan pervaginam atau bila terpaksa di lakukan operasi seksio sesarea ekstrapertoneal. (Pernoll, 1991)

a. Pengertian Seksio Sesarea

seksio sesarea adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin lebih dari 1.000 gram atau umur kehamilan lebih dari 28 minggu. (Manuaba, 1999). Sedangkan menurut Cuningham et al. (1995), operasi seksio sesarea merupakan suatu tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan pembedahan melalui perut.

b. Indikasi Seksio Sesarea

Pada masa dulu seksio sesarea dilakukan atas dasar indikasi panggul sempit (panggul yang tidak dapat dilewati kepala janin normal) dan plasenta previa.

Perluasan indikasi melakukan seksio sesarea dan kemajuan dalam teknik operasi, anestesi serta obat-obat antibiotika dan semakin kecilnya

resiko menyebabkan angka kejadian seksio sesarea dari periode ke periode meningkat. (Rustam, 1999)

Menurut Pernoll (1991) tidak mungkin dibuat daftar indikasi seksio sesarea secara lengkap, karena selain adanya indikasi yang bersifat absolut, juga terdapat indikasi yang bersifat relatif. Indikasi seksio sesarea lebih diperluas yaitu pada kasus dimana persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan atau dihindari mengingat resiko terhadap ibu dan bayi.

Namun belakangan ini indikasi seksio sesarea telah diperluas dan dapat dibaca pada tabel 2.2. dibawah ini :

Tabel 2.2
Indikasi Seksio Sesarea

No.	Indikasi
1.	Kegagalan progresi persalinan (distosia) :
	- Kerja uterus abnormal
	- Disproporsi sefalopelvik
2.	Malpresentasi atau malposisi :
	- Sungsang
	- Wajah dan dahi
	- Letak lintang
	- Oksipito-posterior
	- Prolaps tali pusat
	- Kehamilan multiple
3.	Perdarahan antepartum :
	- Abrupsio plasenta
	- Plasenta previa
4.	Penyakit hipertensi pada kehamilan
5.	Diabetes mellitus
6.	Keadaan janin :
	- Fetal distress
	- Iso-imunisasi
	- Berat badan lahir sangat rendah
7.	Primigravida tua
8.	Kegagalan induksi persalinan
9.	Seksio sesarea ulangan

(Lewellyn, 2002)

Cunningham et al. (1997), menyatakan bahwa pada umumnya terdapat empat indikasi seksio sesarea yang tersering di negara maju, yaitu :

1. Seksio sesarea ulangan.
2. Distosia atau kegagalan dalam kemajuan persalinan
3. Presentasi sungsang
4. Pertimbangan keadaan kesejahteraan janin

Menurut Pernoll (1991) serta Wiknyosastro dkk.(1991), indikasi yang paling umum dikemukakan sebagai berikut :

(1) Plasenta previa

Dilakukan seksio sesarea bila pengobatan ekspektatif tidak berhasil, kehamilan telah mencapai lebih dari 36 minggu, perdarahan banyak, plasenta previa lateralis lebih dari 30%. Pemeriksaan dalam vagina dilakukan di kamar operasi dalam keadaan siap melakukan pembedahan atas persalinan tindakan pervaginam bila memungkinkan.

(2) Disproporsi sefalo-pelvik

Pada kasus dimana kepala janin terlalu besar untuk ukuran panggul selalu dikerjakan seksio sesarea. Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin *vias naturalis* ialah CV = 8 cm harus dilakukan seksio sesarea, sedangkan CV antara 8-10 cm boleh dicoba dengan partus percobaan, bila gagal dilakukan seksio sesarea sekunder.

Disproporsi kepala panggul (DKP) bila digunakan istilah panggul sempit sebenarnya kurang tepat, karena mungkin saja bayi yang kecil dapat melewati panggul yang sempit, sebaliknya panggul yang luas

tidak menjamin untuk dapat dilewati bayi yang sangat besar. DKP umumnya telah diketahui sebelum mulai persalinan. Pada keadaan disporposi ringan diharuskan dilakukan partus percobaan dahulu, bila gagal atau terjadi gawat janin dapat dipertimbangkan untuk dilakukan seksio sesarea. Sangat penting dilakukan pemeriksaan *pelvimetri rontgenologis* pada kasus yang dicurigai adanya DKP.

(3) Distosia servikalis

Serviks uteri yang tidak dapat membuka harus di pertimbangkan kemungkinan penyebab lain, misalnya *incoordinate uterine action*. Disebut *rigid* bila tidak dapat membuka lebih dari 4 cm, dengan konsisten yang kenyal.

(4) Pre-eklampsia dan eklampsia

Pre-eklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinurea yang timbul karena kehamilan. Eklampsia merupakan kelanjutan pre-eklampsia yang lebih berat. Salah satu rangkaian pengelolaan obstetrik adalah melahirkan bayi. Bila induksi persalinan tidak layak untuk dilakukan seksio sesarea.

(5) Malpresentasi janin :

(a) Letak lintang

(b) Letak bokong

Contohnya : Panggul sempit, primigravida, dan janin besar.

(c) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi).

(d) Presentasi genital dan kepala

(e) Gemelli, menurut Eastman seksio sesarea dianjurkan apabila:

Pada janin pertama terjadi letak lintang atau presentasi bahu (*shoulder Presentation*), *Locking of the twins*, Distosia karena tumor, Gawat janin (*Fetal distress*).

(6) Inersia Uteri

Perjalanan persalinan dapat dinilai dengan menggunakan *Partogram*. Bila pembukaan serviks uteri tidak lancar (rata-rata 1 cm) dikenal sebagai disfungsi persalinan, dapat dipertimbangkan untuk dilakukan seksio sesarea bila telah diatasi dengan infus oksitosin tidak berhasil.

(7) Solusio Plasenta

Terdapat dua keadaan yang sering menjadi pertimbangan, yaitu :

(a) *Moderate abruption* (plasenta yang terlepas diantara $\frac{1}{4}$ sampai $\frac{2}{3}$ bagian). Dilakukan seksio sesarea bila terdapat fetal distress, setelah kulit ketuban dipecah tidak timbul tanda-tanda mulainya persalinan atau setelah 2 jam anak belum lahir.

(b) *Severe abruption* (plasenta yang terlepas lebih dari $\frac{2}{3}$ bagian). Dilakukan seksio sesarea bila anak masih hidup, setelah kulit ketuban dipecah tidak segera inpartu dan diperkirakan dalam 2 jam anak tidak akan lahir.

(8) Diabetes Mellitus dan keadaan lain yang mengancam.

Pada kehamilan lewat bulan, dipantau dengan *non stress test* atau *stress test* dan pemeriksaan kadar estriol, bila ditemukan *stress test*

positif dilakukan tindakan, bila negatif dan kadar estriol turun dapat dilakukan induksi persalinan dulu. Seksio sesarea dilakukan bila induksi gagal. DM dalam kehamilan dapat menimbulkan efek pada kehamilan dengan meningkatkan resiko malformasi kongenital, lahir mati, bayi bertubuh besar, yang dapat menimbulkan masalah dalam persalinan.

(9) Tali Pusat Menumbang

Keadaan ini harus segera diatasi dengan cara yang terbaik, sebab sering kali persalinan pervaginam membahayakan bagi ibu maupun bayinya. Selama persiapan tindakan seksio sesarea, pasien dalam posisi trendelenburg, tali pusat dilindungi dengan jari tengah dan telunjuk dari kepala bayi. Tindakan ini harus dipertahankan sampai bayi berhasil dilahirkan.

(10) Karsinoma serviks uteri

Bila ditemukan karsinoma yang telah invasif pada kehamilan lebih dari 28 minggu dilakukan seksio sesarea. Pada umur kehamilan yang lebih muda dimana janin belum dapat dikerjakan histerektomi atau dengan penyinaran. Bila setelah penyinaran tidak terjadi abortus spontan, dapat dilakukan pengakhiran kehamilan. Bila masih dalam tingkatan preinvasif dapat dilahirkan pervaginam, kecuali terdapat indikasi melakukan seksio sesarea.

(11) Fetal Distress / Gawat Janin

Dengan pemantauan janin secara elektronik (USG) maupun dengan pemeriksaan PH darah janin, secara klinis dapat ditentukan antara lain menghitung Detak Jantung Janin (DJJ) yang meningkat lebih dari 160 / menit dan tidak teratur.

Namun perlu diingat bahwa tindakan ini bukan hanya ibunya saja yang menanggung resiko, setidaknya adanya cacat berupa jaringan parut pada dinding rahim dan perut, tetapi resiko tersebut juga bisa mengancam bayi. Sehingga keputusan untuk melakukan seksio sesarea hanya dikerjakan atas pertimbangan berbagai faktor; khususnya keadaan pasien itu sendiri dan keputusan yang di ambil akan memberikan hasil yang lebih aman bagi ibu dan bayi dibandingkan dengan jalan persalinan alamiah. (Harley, 1988)

c. Macam - Macam Seksio Sesarea

Di kenal beberapa macam seksio sesarea, antara lain :

1. Seksio sesarea ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat insisi melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira 10 cm. Cara ini lebih sering digunakan dari pada yang lainnya, karena beberapa keuntungan diantaranya: penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpang tindih dari *peritoneal flap* baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum, perdarahan luka insisi tidak banyak dibandingkan dengan cara klasik,

4. Seksio sesarea post mortem

Yang di maksud seksio sesarea post mortem adalah seksio sesarea pada ibu hamil cukup bulan yang meninggal tiba-tiba sedangkan janin masih hidup. Operasi ini dikerjakan secepat mungkin sesudah ibu hamil meninggal (kurang dari 20 menit) dan dengan keyakinan bahwa bayi yang dilahirkan akan hidup. (Rustam, 1999)

Beberapa macam seksio sesarea (Manuaba, 1999), antara lain :

1. Seksio sesarea klasik (Sanger)

Seksio sesarea klasik menurut Sanger lebih mudah, dimulai dari insisi segmen bawah rahim, dengan indikasi :

- a. Seksio sesarea yang diikuti dengan sterilisasi.
- b. Terdapat pembuluh darah besar sehingga diperkirakan akan terjadi robekan segmen bawah rahim dan perdarahan.
- c. Letak lintang.
- d. Kepala bayi telah masuk pintu atas panggul.
- e. Grande multipara yang diikuti dengan histerektomi.

Keuntungan operasi seksio sesarea klasik (Sanger) :

Mudah dilakukan karena lapangan operasi relatif luas.

Kerugiannya :

Kesembuhan luka operasi relatif sulit, kemungkinan terjadi ruptura uteri pada kehamilan berikutnya lebih besar dan terjadi perlekatan dengan dinding abdomen lebih besar.

- (2) Perdarahan yang disebabkan oleh :
- (a) Banyak pembuluh darah terputus dan terbuka.
 - (b) Atonia uteri.
 - (c) Perdarahan pada plasenta bed.
- (3) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih, bila reperitonealisasi terlalu tinggi, ada kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang.

e. Macam-Macam Insisi Dinding Abdomen

Ada dua macam bentuk insisi dinding abdomen yang lazim dilakukan pada operasi *seksio sesarea* (Manuaba, 1999), yaitu :

(1) Insisi menurut Pfannenstiel (Kerr)

Insisi dilakukan suprapubis, pada perbatasan rambut pubis sampai fascia abdominalis, Fascia dipotong melintang memisahkan muskulus abdominalis dan muskulus piramidalis.

Keuntungan insisi Pfannenstiel: Seni kosmetis baik dan kesembuhan lebih baik.

Kerugian insisi Pfannenstiel: Perdarahan yang tidak dirawat dengan baik dapat menimbulkan hematoma dan drainase.

(2) Insisi longitudinal dinding abdomen (Kronig)

Insisi dilakukan antara umbilikus sampai suprapubis, berlapis sampai fascia sepanjang 10 – 12 cm.

(1) Paritas

Primigravida menduduki tempat pertama dalam seksio sesarea. Hal ini kemungkinan disebabkan karena kondisi para ibu yang baru melahirkan untuk pertama kalinya dimana diafragma pelvis dan perineum masih tegang sehingga dapat mempersulit jalannya persalinan.

(2) Umur ibu

Dimasa usia produktif kebanyakan ibu melahirkan dengan seksio sesarea.

(3) Umur kehamilan

Seksio sesarea dilakukan paling banyak pada umur kehamilan 37 sampai 42 minggu.

(4) Sosial – ekonomi

Seksio sesarea banyak dilakukan pada ibu dengan status tingkat sosial ekonomi yang rendah. Hal ini disebabkan karena, keadaan janin sangat dipengaruhi dengan gizi yang dikonsumsi oleh ibu saat mengandung. Secara tidak langsung, status sosio-ekonomi sang ibu dapat mempengaruhi terjadinya kegawatan janin. Biasanya seorang ibu dengan status sosio-ekonomi yang rendah mempunyai latar belakang gizi yang buruk pula. Hal ini tentu saja dapat mempengaruhi perkembangan janin dalam rahim.

Menurut Zulhaida (2002), secara tidak langsung status ekonomi juga sangat mempengaruhi tingkat gizi seorang wanita hamil. Seorang

ibu hamil dengan status sosio-ekonomi yang rendah cenderung memiliki riwayat gizi yang buruk pula, akibatnya dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum, lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Untuk itu perlu penanganan yang tepat dalam proses persalinan untuk mengurangi tekanan yang terjadi pada bayi tersebut.

4. Perawatan Post Operasi

Perawatan pertama yang dilakukan setelah post operasi adalah pembalutan luka (*wound dressing*) dengan baik. Sebelum pasien dipindahkan dari kamar operasi hendaklah tanda-tanda vital, jumlah cairan yang masuk dan keluar dan sebagainya diukur dan dicatat. Setelah tindakan dikamar operasi selesai, pasien dipindahkan kedalam ruang rawat khusus (*Post Anesthesia Care Unit*) sampai kesadaran pasien pulih kemudian dipindahkan ke ruang perawatan. Pada perawatan post operasi seksio sesarea setelah keadaan pasien stabil, selanjutnya dimulai dengan perawatan lainnya (Rustam, 1999), meliputi :

a. Pemberian cairan

Pemberian cairan perinfus harus cukup beserta elektrolit yang diperlukan karena pasien selama 24 jam pertama puasa post operasi untuk mencegah hipertermi, dehidrasi dan komplikasi yang lain. Cairan yang diberikan biasanya Dextrose 5 - 10 %, Garam Fisiologis dan Ringer

diberikan obat-obatan analgesik dan penenang seperti suntikan intramuskuler Petidine dengan dosis 100-150 mg atau Morphin sebanyak 10-15 mg atau secara perinfus, atau obat anti nyeri lainnya. Setelah hari pertama dan kedua rasa nyeri akan hilang sendiri.

f. Perawatan kateterisasi

Pengosongan kandung kemih dengan pemasangan kateter bertujuan untuk memonitor cairan dan produksi urine. Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak nyaman, involusi uterus terhalang dan terjadi perdarahan. Pemasangan kateter dalam waktu 24 sampai 48 jam atau lebih menurut jenis operasi dan keadaan pasien. Bila tidak dipasang kateter yang tetap, dianjurkan untuk melakukan kateterisasi rutin kira-kira 12 jam post operasi, kecuali bila pasien dapat buang air kecil sendiri sebanyak 100 cc atau lebih dalam jangka waktu. Biasanya kateter dilepas setelah pasien dapat mobilisasi dengan baik dan setelah pemberian cairan perinfus dihentikan.

g. Pemberian obat-obatan

Obat-obatan yang biasanya diberikan pada pasien post operasi seksio sesarea adalah :

(1) Antibiotika

Pemberian antibiotika diberikan dengan tujuan untuk mencegah infeksi, karena tidak ada jaminan bahwa luka akan sembuh sempurna meskipun kita bekerja secara aseptik.

(2) Obat anti kembung

Untuk mencegah perut kembung dan memperlancar kerja saluran pencernaan. Biasanya obat yang diberikan secara injeksi alinamin-F dan peroral seperti; perimperan, prostigmin, dan sebagainya. Bila terjadi distensi abdomen, yang ditandai adanya perut kembung dan meteorismus dilakukan dekompresi dengan pemasangan pipa rektal dan pipa nasal. Boleh juga diberikan suppositoria *bisacodyl* 36 jam post operasi.

(3) Obat-obatan lainnya

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum pasien seperti pada pasien anemia diberikan transfusi darah, obat anti inflamasi dan roboransia.

h. Perawatan rutin

setelah post operasi, dokter bedah dan anestesi telah membuat rencana pemeriksaan rutin (*check up*) bagi pasien post operasi yang diteruskan pada dokter atau perawat jaga baik dikamar rawat khusus maupun setelah tiba di ruangan rawat inap.

5. Anestesi Pada Operasi Seksio Sesearea

Operasi seksio sesarea merupakan operasi yang paling sering dilakukan dalam bidang obstetri. Memilih jenis anestesi pada operasi seksio sesarea haruslah memenuhi syarat yaitu: aman dan nyaman untuk ibu, efek depresi

Sulfas atropin 0,3 – 0,6 mg intravena (IV), Glikoprilat sebelum induksi 0,2 mg 5 menit injeksi intravena, Pethidin injeksi intravena, Morphin 10-15 mg IV, Curare 3 mg selama 3 menit sebelum induksi.

(b) Obat-obatan Induksi, antara lain :

Valium 5 -20 mg IV, Kethalar 0,25 – 1 mg/Kg BB, Pentotal IV 3,5 mg/Kg BB, Thiopenthal IV 3 - 4 mg/Kg BB.

(c) Obat-obatan Inhalasi, antara lain:

Ether, Fluothane, dan Nitrous Oxide (N₂O).

(2) Anestesia Regional dan Anestesia Lokal

Ialah obat yang menghasilkan blokade konduksi atau blokade lorong natrium pada dinding saraf secara sementara terhadap rangsang transmisi sepanjang saraf, jika digunakan pada saraf sentral atau saraf perifer. (Said et.al., 2002)

Pembagian anestesi regional :

(a) *Blok sentral* (blok neutroaksial), yaitu meliputi blok spinal, epidural dan kaudal. Tindakan ini sering dikerjakan.

(b) *Blok perifer* (blok syaraf), misalnya blok pleksus brakialis, aksiler, anestesi regional intravena, dan lain-lainnya.

Cara pemberiannya:

(a) Anestesi spinal (intratekal, intradural, subdural, sub- arakhnoid).

Ialah pemberian obat anestesi lokal kedalam ruang sub-arakhnoid.

Anestesi ini aman buat janin, akan tetapi selalu ada kemungkinan

a. Anestesi Spinal

Keuntungan :

Teknik sederhana, induksi cepat; kontak janin dengan obat-obatan minimal, penderita sadar dan bahaya aspirasi sedikit.

Kerugian :

Tingginya kejadian hipotesis ibu, kemungkinan terjadi nyeri kepala pasca anestesi spinal (*post spinal headache*), lama kerja obat bius terbatas.

b. Anestesi Epidural

Keuntungan :

Kejadian hipotensi ibu lebih rendah, tidak ada tusukan dura sehingga nyeri kepala pasca anestesi lebih ringan, dengan pemasangan kateter dapat digunakan untuk operasi yang lebih lama dan untuk menghilangkan nyeri pasca operasi.

Kerugian :

Teknik lebih sulit, *onset* obat anestesi lebih lama, membutuhkan obat anestesi yang lebih banyak.

c. Anestesi Umum

Keuntungan :

Induksi cepat, mudah dikendalikan, kegagalan anestesi tidak ada, dapat menghindari terjadinya hipotensi.

Kerugian :

Kemungkinan terjadi aspirasi, masalah pengelolaan jalan napas, janin terpapar obat-obat narkose serta kemungkinan ibu masih dapat menerima

rangsang dari luar tidak dapat merespon karena penggunaan pelemas otot. Hipotensi pada anestesi spinal terjadi karena blokade simpatik dan diperbesar oleh penekanan aorta dan vena cava inferior oleh rahim ketika pasien dalam posisi terlentang. Hal ini dapat mengancam kehidupan ibu dan janin, bila penurunan tekanan darah dan curah jantung tidak cepat dikoreksi.

Stoelting (1993) menyatakan bahwa penggunaan lidokain untuk anestesi regional pada operasi seksio sesarea dengan keadaan gawat janin dapat memperberat keadaan janin karena adanya fenomena terperangkapnya badan anestesi dalam bentuk terionisasi (*ion trapping*) pada sirkulasi janin sehingga terjadi akumulasi obat.

b. Komplikasi dan Efek Samping Anestesi

Pemberian anestesi pada operasi, baik sewaktu anestesi berjalan maupun sesudahnya dapat terjadi komplikasi dan efek samping, antara lain :

(1) Gangguan pernapasan

Efek penekan dari obat anestesi dan pelumpuh otot polos terhadap respirasi telah dikenal sejak dahulu ketika kedalaman, karakter dan kecepatan respirasi dikenal sebagai tanda klinis yang bermanfaat terhadap kedalaman anestesi.

Zat-zat anestetik intravena dan abar (*volatil*) serta opioid semuanya menekan pernapasan dan menurunkan respon terhadap CO_2 . Respon ini tidak seragam, opioid mengurangi laju pernapasan,

zat abar trikloretilen meningkatkan laju pernapasan. Hiperkapnoe (PaCO_2 dalam darah arteri meningkat) merangsang kemoreseptor di badan aorta dan karotis dan diteruskan kepusat napas, terjadilah hiperventilasi, hipokapnoe sehingga terjadi hipoventilasi, dan apabila N_2O dihentikan akan menyebabkan hipoksemia. Induksi anestesi akan menurunkan kapasitas sisa fungsional (*functional residual volume*). Pada pasien tidak sadar tonus otot jalan napas atas, otot genioglossus hilang, sehingga lidah akan menyumbat hipofaring dan menyebabkan obstruksi jalan napas baik total atau parsial. Eter merangsang jalan napas menyebabkan batuk, hipersalivasi, hipersekresi, dan kejang laring. (Said et al, 2002)

(2) *Kerja jantung berhenti*

Pasien dalam pengaruh anestesi dapat mengalami henti jantung tiba-tiba tanpa sebab sebelumnya. Hal ini dapat disebabkan karena kesalahan teknis berupa pemberian obat berlebihan, keracunan, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit serta penyakit jantung.

(3) *Regurgitasi*

Suatu keadaan keluarnya isi lambung ke faring yang disebabkan tingginya tekanan dalam lambung dan letak lambung yang lebih tinggi dari faring.

(4) *Muntah*

Anestesi ringan merangsang sekresi kelenjar pencernaan dan sebaliknya pada anestesi dalam. Anestesi dalam mendepresi

pelumpuh otot untuk relaksasi otot polos perut, yang menyebabkan peristaltik usus terganggu sehingga pasien tidak dapat *flatus*.

Secara fisiologis transmisi rangsang syaraf ke otot terjadi melalui hubungan syaraf otot. Hubungan ini terdiri atas bagian ujung syaraf motorik yang tak bermielin dengan membran otot yang dipisahkan oleh sinaps. Pada ujung syaraf motorik terdapat asetilkolin dan pada bagian otot terdapat reseptor asetilkolin. Asetilkolin merupakan neurotransmitter yang dibuat didalam ujung serabut motor melalui proses asetilisasi ekstra sel dan Ko-A. Sintesa dan pelepasan asetilkolin dipengaruhi oleh suhu, kalsium, magnesium, nutrisi, oksigen, analgesik, dan antibiotik golongan aminoglikosida. (Muhiman, 1993)

Pada pemberian obat anestesi terjadi mekanisme blok (hambatan) syaraf otot berupa :

(1) Hambatan kompetisi (blok non depolarisasi).

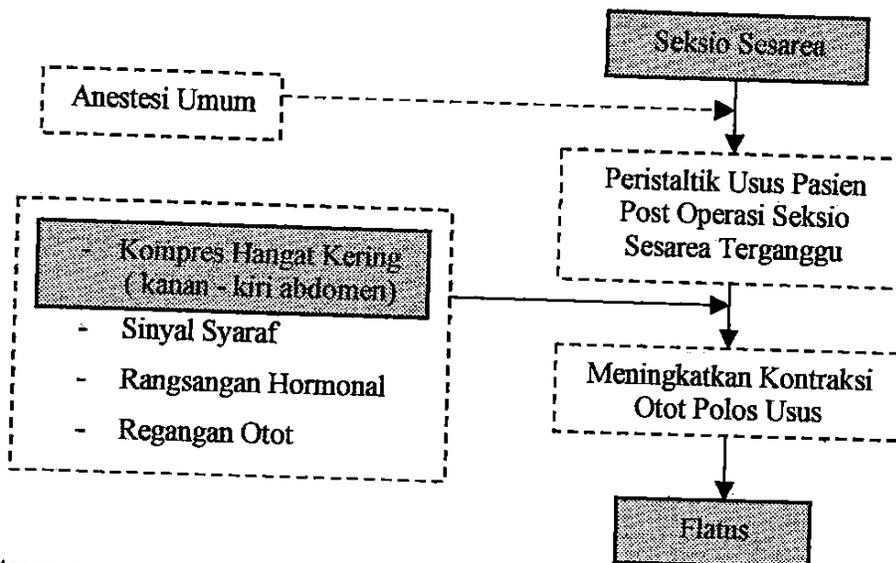
Hambatan ini terjadi karena reseptor asetilkolin diduduki oleh molekul-molekul obat pelumpuh otot non depolarisasi sehingga proses depolarisasi membran otot tidak terjadi dan otot menjadi lumpuh. Pemulihan kembali dapat dilakukan bila jumlah molekul obat yang menduduki reseptor asetilkolin berkurang yang dapat terjadi proses eliminasi atau distribusi. Termasuk obat pelumpuh otot non depolarisasi antara lain : *Tubokurarin Klorida, Galamin, Pankuronium Bromida, Alkuronium Bromida, Atrakurarium Besilat* dan *Vekuronium*.

(2) Hambatan depolarisasi

Hambatan ini terjadi karena otot mendapat rangsangan depolarisasi menetap sehingga kehilangan respon berkontraksi yang menyebabkan kelumpuhan. Termasuk obat pelumpuh otot depolarisasi yaitu suksametonium (*Succinylcholine*).

Berdasarkan uraian diatas jelaslah bahwa gangguan peristaltik usus disebabkan oleh pengaruh obat pelumpuh yang bekerja mempengaruhi neurotransmitter di otot polos usus.

B. KERANGKA KONSEPTUAL



Keterangan :

: Lingkup yang diteliti

: Lingkup yang tidak diteliti

Gambar 2.1
Kerangka Konseptual