

**SKRIPSI**  
**2020**

**PROFIL PERSALINAN *SECTIO CESAREA* PADA HIPERTENSI DALAM  
KEHAMILAN BERDASARKAN HASIL LUARAN BAYI DI RUMAH  
SAKIT SITTI KHADIJAH 1 MUHAMMADIYAH MAKASSAR PERIODE  
DESEMBER 2018 – NOVEMBER 2019**



**OLEH :**

**VIDIA MAHARANI S**

**C011171047**

**PEMBIMBING**

**Dr.dr.Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, SpOG (K)**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**2020**

**PROFIL PERSALINAN *SECTIO CESAREA* PADA HIPERTENSI DALAM  
KEHAMILAN BERDASARKAN HASIL LUARAN BAYI DI RUMAH  
SAKIT SITI KHADIJAH 1 MUHAMMADIYAH MAKASSAR PERIODE  
DESEMBER 2018 – NOVEMBER 2019**

**Diajukan Kepada Universitas Hasanuddin  
Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat  
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran**

Oleh :

Vidia Maharani S

C011171047

Pembimbing :

Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, Sp.OG(K)

**UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KEDOKTERAN MAKASSAR**

**2020**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Departemen Obstetrik dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul :

**“PROFIL PERSALINAN *SECTIO CESAREA* PADA HIPERTENSI  
DALAM KEHAMILAN BERDASARKAN HASIL LUARAN BAYI DI  
RUMAH SAKIT KHADIJAH 1 MUHAMMADIYAH MAKASSAR  
PERIODE DESEMBER 2018 – NOVEMBER 2019”**

Hari, Tanggal      Kamis, 26 November 2020  
Waktu              14.00 – selesai  
Tempat              Via Zoom

Makassar, 26 November 2020

  
**(Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid Sp. OG (K))**

**NIP. 196704091996012 001**

HALAMAN PENGESAHAN

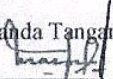
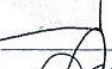
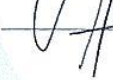
SKRIPSI

“PROFIL PERSALINAN *SECTIO CESAREA* PADA HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN BERDASARKAN HASIL LUARAN BAYI DI RUMAH SAKIT SITTI KHADIJAH I MUHAMMADIYAH MAKASSAR PERIODE DESEMBER 2018 – NOVEMBER 2019”

Disusun dan Diajukan Oleh

Vidia Maharani S  
C011171047

Menyetujui

No.	Nama penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1.	Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, Sp.OG(K)	Pembimbing	1. 
2.	dr. Imawaty Bahar, Sp.OG(K)	Penguji I	2. 
3.	Dr. dr. St Nur Asni, Sp.OG	Penguji II	3. 

Panitia Penguji

Mengetahui :

Wakil Dekan  
Bidang Akademik, Riset & inovasi  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes  
NIP 19691031998021001

Ketua Program Studi  
Sarjana Kedokteran  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. dr. Sitti Rafiah, M.Si  
NIP 196805301997032001

DEPARTEMEN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
2020

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

“PROFIL PERSALINAN *SECTIO CESAREA* PADA HIPERTENSI  
DALAM KEHAMILAN BERDASARKAN HASIL LUARAN BAYI DI  
RUMAH SAKIT SITI KHADIJAH 1 MUHAMMADIYAH MAKASSAR  
PERIODE DESEMBER 2018 – NOVEMBER 2019”

Makassar, 26 November 2020



(Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid Sp. OG (K))

NIP. 196704091996012 001

iv

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama : Vidia Maharani S  
NIM : C011171047  
Tempat & tanggal lahir : Bunu, 20 Januari 1999  
Alamat Tempat Tinggal : Kompleks DeltaMas 2 blok A2/19  
Alamat email : vidiamhria201@gmail.com  
Nomor HP : 085299595589

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi dengan judul "profil persalinan *secto cesarea* pada hipertensi dalam kehamilan berdasarkan hasil luaran bayi di rumah sakit sitti khadijah 1 muhammadiyah makassar periode desember 2018 - november 2019" adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik lainnya. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 26 November 2020

Yang Menyatakan,



Vidia Maharani S

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas kasih dan karunia-Nya, proposal penelitian yang berjudul “ profil persalinan *sectio cesarea* pada hipertensi dalam kehamilan berdasarkan hasil luaran bayi di rumah sakit khadijah 1 muhammadiyah makassar periode desember 2018 – november 2019“ dapat diselesaikan.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan kepada :

1. Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu pengetahuan, dan keahlian.
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hassanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk meningkatkan Pendidikan keahlian.
3. Dr.dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, SpOG (K) sebagai dosen pembimbing yang senantiasa memberikan bimbingan dan masukan kepada penulis sehingga proposal ini dapat terselesaikan.
4. Dr. Dr. St Nur Asni, Sp. OG dan dr. Irnawaty Bahar selaku penguji 1 dan penguji 2 yang senantiasa memberikan masukan kepada penulis sehingga proposal ini dapat diselesaikan .
5. Kedua orang tua penulis, Sunang dan Herniati serta saudara-saudara penulis, Nur Muqaramah, Nur Muttahara, Muh Akbar, Putri Talia, Dan Muh akhyar yang telah mendukung dan mendoakan agar penyusunan proposal ini terselesaikan dengan baik.
6. Keluarga besar Leha Rahmat, Nur Hefi, A. Syafruddin, Nur Resky Amaliyah, A Aditya Dermawan, dan Dwi suci yanti yang selalu membantu dan mendukung penulis dalam penyusunan proposal ini.
7. Keluarga Besar Pondok Cemara, Adelia Ansar, Nur Ina Idris, Yuyul Dillasari, Nur Muftiah Rusdin dan Penni dian yang selalu ada disaat susah dan senang sejak SMA sampai sekarang, dan selalu memberikan motivasi dukungan serta doa untuk kelancaran Pendidikan penulis.

8. Keluarga besar Pondok At-Tin, Alifiyah Mutmainnah, Nur Ismi Amaliah, Nur Sulfia Maharani dan Fany Mayanti yang setia menemani dan menghabiskan masa pre-klinik.
9. Keluarga besar TBM Calcanues FK Unhas, terkhusus angkatan 023 yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang selalu setia menemani dan menghabiskan masa preklinik.
10. Teman-teman Vitreous, angkatan 2017 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang selalu mendukung dan memotivasi penulis dalam penyusunan proposal ini.
11. Seluruh dosen, staf akademik, staf tata usaha, dan staf departemen obstetri dan ginekologi dan perpustakaan fakultas kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan bantuan kepada penulis.
12. Terakhir untuk Semua pihak yang membantu penyelesaian proposal penelitian ini namun tidak dapat kami sebutkan satu per satu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis senantiasa menerima kritik dan saran yang dapat membangun penulis agar menjadi lebih baik. Akhirnya, semoga Tuhan senantiasa memberikan berkat dan rahmat yang melimpah bagi kita semua.

Makassar, 26 November 2020

Vidia Maharani S



## ABSTRAK

SKRIPSI

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

NOVEMBER 2020

Vidia Maharani S (C011171047)

Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid Sp,OG (K)

**“Profil Persalinan *Sectio Cesarea* Pada Hipertensi Dalam Kehamilan Berdasarkan Hasil Luaran Bayi Di Rumah Sakit Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Desember 2018 – November 2019”**

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** seksio sesar adalah metode persalinan dengan melakukan insisi pada dinding abdomen dan dinding uterus, hipertensi dalam kehamilan adalah peningkatan tekanan darah  $>140/90$  mmHg baik pada usia  $< 20$  minggu atau  $>20$  minggu. Hipertensi dalam kehamilan mejadi salah satu idikasi seksio sesar  
**Tujuan :** Mengetahui profil kejadian seksio sesar berdasarkan indikasi hipertensi dalam kehamilan dan hasil luaran bayi pada periode desember 2018-november 2019. **Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional yang didasarkan pada data rekam medik dengan rancangan deskriptif untuk mengetahui gambaran profil kejadian seksio sesar berdasarkan indikasi hipertensi dalam kehamilan dan hasil luaran bayi pada periode desember 2018 - november 2019 yang memenuhi kriteria inklusi. Besar sampel secara total sampling **Hasil Penelitian :** Pada penelitian didapatkan jumlah sampel yang memenuhi kriteria adalah sebanyak 156 sampel.**Kesimpulan:** Tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara metode persalinan dengan hasil luaran bayi dan hipertensi dalam kehamilan dengan hasil luaran bayi.

**Kata kunci :** seksio sesar , Hipertensi Dalam Kehamilan, Hasil Luaran Bayi

## ABSTRACT

SKRIPSI

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

NOVEMBER 2020

Vidia Maharani S (C011171047)

Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid Sp,OG (K)

**“Profile of Sectio Cesarea Delivery in Hypertension in Pregnancy Based on the Results of the Baby at the Khadijah 1 Muhammadiyah Hospital in Makassar Period December 2018 - November 2019”**

## ABSTRACT

**Background:** Caesarean section is a method of delivery by making an incision in the abdominal wall and uterine wall, hypertension in pregnancy is an increase in blood pressure  $> 140/90$  mmHg either at  $<20$  weeks or  $> 20$  weeks. Hypertension in pregnancy is one indication of caesarean section **Objective:** To determine the profile of the incidence of cesarean section based on indications of hypertension in pregnancy and infant outcomes in the period of December 2018-November 2019. **Methods:** This study is an observational analytic study based on medical record data with a descriptive design. To know the profile description of the incidence of cesarean section based on indications of hypertension in pregnancy and infant outcomes in the period December 2018 - November 2019 that meet the inclusion criteria. Sample size by total sampling. **Results:** The study found that the number of samples that met the criteria was 156. **Conclusion:** There was no significant relationship between delivery method and infant outcome and hypertension in pregnancy and infant outcome.

**Keywords:** caesarean section, Hypertension in Pregnancy, Infant Outcomes

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1    Latar Belakang.....	1
1.2    Rumusan Masalah.....	3
1.3    Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1    Tujuan Umum.....	3
1.3.2    Tujuan Khusus.....	3
1.4    Manfaat Penelitian.....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1    Defenisi section caesarea.....	5
2.2    Indikasi Section Caesarea.....	5
2.2.1    Indikasi Fetus/ Janin.....	6
2.2.2    Indikasi Ibu.....	12
2.2.3    Indikasi Ibu Dan Fetus (Janin).....	14
2.2.4    Indikasi Sosial.....	16
2.3    Komplikasi sectio caesarea.....	17
2.4    Penatalaksanaan Sectio caesarea.....	17
2.5    Hasil Luaran Bayi Pada Persalinan.....	19
2.5.1    Pematuritas.....	19
2.5.2    Asfiksia Perinatal.....	19
2.5.3    Berat Bayi Lahir Rendah.....	20
2.5.4    Kematian Perinatal.....	21
2.6    Kerangka teori.....	22

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>	<b>23</b>
3.1    Kerangka Konsep.....	23
3.2    Defenisi Oprasional.....	24
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>27</b>
4.1    Desain Penelitian.....	27
4.2    Waktu dan tempat penelitian.....	27
4.3    Populasi dan sampel penelitian.....	27
4.3.1    Populasi Penelitian.....	27
4.3.2    Populasi Terjangkau.....	27
4.3.3    Sampel Penelitian.....	27
4.3.4    Kriteria inklusi dan eksklusi.....	27
4.4    Teknik Pengambilan Data.....	28
4.4.1    Sumber Data.....	28
4.4.2    Instrumen.....	28
4.4.3    Proses Pengumpulan Data.....	28
4.4.4    Analisa data.....	28
4.5    Etika Penelitian.....	28
4.6    Alur Penelitian.....	29
4.7    Anggaran.....	29
4.8    Jadwal Penelitian.....	30
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>31</b>
5.1    Hasil Dan Analisis Penelitian.....	31
<b>BAB 6 PEMBAHASAN.....</b>	<b>40</b>
6.1    Hubungan Asfiksia Dengan Metode Persalinan.....	40
6.2    Hubungan Prematur Dengan Metode Persalinan.....	41
6.3    Hubungan BBLR Dengan Metode Persalinan.....	42
6.4    Hubungan Hipertensi Dengan Metode Persalinan.....	42
6.5    Hubungan Eklampsia Dengan Metode Persalinan.....	43
6.6    Hubungan Hasil Luaran Asfiksia Dengan Hipertensi dalam kehamilan 44	44
6.7    Hubungan Hasil Luaran Asfiksia Dengan Preeklampsia Berat.....	45
6.8    Hubungan Hasil Luaran BBLR Dengan Hipertensi Dalam Kehamilan 45	45
6.9    Hubungan Hasil Luaran Prematur Dan Hipertensi Dalam Kehamilan	46

<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>48</b>
7.1    Kesimpulan.....	48
7.2    Saran.....	49
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>50</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>53</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Letak lintang janin.....	7
Gambar 2. 2 Presentasi Bokong Pada Janin.....	8
Gambar 2. 3 Presentasi Majemuk atau Ganda Pada Janin.....	9
Gambar 2. 4 Bentuk Pelvis.....	13
Gambar 2. 5 Diameter Pelvis.....	13
Gambar 2. 6 Kerangka Teori.....	22
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep.....	23
Gambar 4. 1 Alur Penelitian.....	29

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Skor APGAR.....	20
Tabel 3. 1 Definisi Oprasional.....	24
Tabel 4. 1 Anggaran Penelitian.....	29
Tabel 4. 2 Jadwal Penelitian.....	30
Tabel 5. 1 Distribusi Karakteristik Ibu Bersalin.....	32
Tabel 5. 2 Hubungan Cara Persalinan Dengan Hasil Luaran Bayi.....	34
Tabel 5. 3 Hubungan Cara Persalinan Dengan Hipertensi Dalam Kehamilan.....	35
Tabel 5. 4 Hubungan Hasil Luaran Bayi (Asfiksia) Pada Kondisi Hipertensi Dalam Kehamilan.....	36
Tabel 5. 5 Hubungan Hasil Luaran Bayi (Berat Bayi) Pada Kondisi Hipertensi Dalam Kehamilan.....	37
Tabel 5. 6 Hubungan Hasil Luaran Bayi (Usia Kehamilan) Pada Kondisi Hipertensi Dalam Kehamilan.....	38

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses akhir dari serangkaian kehamilan. Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi yang sempurna dan sehat. Sebagaimana yang kita ketahui persalinan ada dua yaitu persalinan pervaginam atau yang dikenal dengan persalinan normal dan persalinan *seksio sesar* yaitu pengeluaran janin melalui insisi dinding abdomen dan dinding uterus (Cunningham et al. 2014)

Meningkatnya angka kejadian *seksio sesar* pada waktu sekarang ini justru antara lain disebabkan karena makin kecilnya risiko dan mortalitas pada *seksio sesar* karena kemajuan ilmu kedokteran seperti tehnik operasi dan anestesi, serta ampuhnya antibiotika. (Mochtar, 2002). Selain disebabkan karena makin kecilnya faktor resiko dan mortalitasnya, faktor ekonomi, tingkat Pendidikan, emosional ibu, pengalaman sebelumnya, dan beberapa keyakinan masyarakat mengenai tanggal lahir anak juga turut berperan dalam peningkatan angka persalinan *seksio sesar* (Gondo 2011)

Meskipun pada masa lalu seksio sesar hanya dilakukan atas indikasi ibu panggul sempit, ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul, pernah seksio sesar sebelumnya, kelainan letak janin, serta plasenta previa. Namun dengan berkembangnya kecanggihan bidang ilmu kedokteran maka pandangan tersebut mulai bergeser. Kini persalinan seksio sesar kerap dijadikan sebagai alternatif pilihan dalam persalinan. (Gondo 2011)

Namun dibalik semua kemudahan yang diberikan ada beberapa resiko yang biasa timbul setelah dilakukannya persalinan seksio sesar seperti perdarahan, infeksi yang 80 kali lebih tinggi dari persalinan pervaginam, luka pada kandung kemih, embolisme paru-paru, rupture uteri dan kematian janin perinatal yang 25 kali lebih beresiko dibandingkan persalinan pervaginam (Mansjoer,2007). Selain itu riwayat tindakan, seksio sesar merupakan persalinan yang berisiko tinggi (Mochtar 2011).



*World Health Organization* (WHO) menetapkan standar rata-rata persalinan operasi sesar di sebuah negara adalah 5-15% per 1000 kelahiran di dunia, rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (Gibbon, L, ET AL. 2010) Menurut WHO, persalinan operasi sesar diseluruh dunia meningkat sejak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh dunia.

Di Indonesia itu sendiri angka kejadian persalinan sesar sudah meningkat sejak tahun 1991. Dimana angka kejadian persalinan sesar di kota lebih tinggi dibandingkan dengan angka persalinan sesar di desa yaitu 11% berbanding 3.9%. Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 9.8% dari total 49.603 kelahiran sejak tahun 2010-2013, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19.9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3.3%).

Data yang didapatkan dari dinas kesehatan provinsi Sulawesi Selatan tahun 2009 ditemukan 4305 kasus seksio sesar dan meningkat 5304 pada tahun 2010 menjadi 8366 kasus (Profil Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan). Di Rumah Sakit Umum Pusat dr Wahidin Sudirohusodo pada tahun 1994 dari sejumlah 1358 persalinan, 212 atau 15,6% diantaranya dilakukan dengan bedah sesar. Tingginya angka persalinan seksio sesar salah satunya disebabkan karena indikasi hipertensi dalam kehamilan.

Menurut *World health organization* Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu penyebab meningkatnya angka kematian ibu selain perdarahan, abortus dan syok sepsis. Hipertensi dalam kehamilan atau preeklampsia merupakan meningkatnya tekanan darah sistol  $>140/90$  mmHg pada usia kehamilan 20 minggu, akibat dari meningkatnya tekanan darah sistol dapat memberikan dampak yang buruk bagi ibu dan janin seperti dapat mengakibatkan kejang dan asfiksia pada janin, akibat dari komplikasi tersebut maka diperlukan pertolongan yang cepat dan tepat seperti melakukan persalinan seksio sesar.

Berdasarkan latar belakang diatas maka perlu dilakukan pengidentifikasian seksio sesar atas indikasi hipertensi dalam kehamilan dan hubungan hasil luaran bayi dengan metode persalinan seksio sesar.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Masalah pada penelitian ini difokuskan pada “Bagimanakah profil persalian seksio sesar pada hipertensi dalam kehamilan dan hasil luaran bayi pada di Rumah Sakit Sitti Khadijah I Muhammadiyah Makassar periode Desember 2018- November 2019.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui profil kejadian seksio sesar berdasarkan indikasi hipertensi dalam kehamilan dan hasil luaran bayi pada periode Desember 2018- November 2019.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Berapakah prevalensi seksio sesar di Rumah Sakit Sitti Khadijah I Muhammadiyah Makassar pada periode Desember 2018- November 2019 ?
2. Mengetahui profil Ibu yang mengalami persalinan atas indikasi hipertensi dalam kehamilan ?
3. Mengetahui jumlah ibu yang mengalami persalinan seksio sesar berdasarkan indikasi hipertensi dalam kehamilan ?
4. Mengetahui hubungan hasil luaran bayi dan kondisi hipertensi dalam kehamilan dengan metode persalinan ?
5. Mengetahui hubungan hipertensi dalam kehamilan dengan hasil luaran bayi ?

## **1.4 Manfaat Penelitian**

- a. Bagi peneliti  
Menambah informasi mengenai persalinan dan hasil luaran bayi pada persalinan khususnya seksio sesar.
- b. Bagi masyarakat  
Manfaat penelitian bagi masyarakat khususnya ibu hamil memberikan informasi mengenai jenis persalinan khususnya seksio sesar serta dampak positif dan negative dari tindakan persalinan seksio sesar .
- c. Bagi Rumah Sakit

Sebagai referensi tambahan dalam perencanaan dan penatalaksanaan seksio sesar, sehingga angka kejadian persalinan seksio sesar dapat berkurang.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Defenisi section caesarea**

Istilah seksio sesar berasal dari Bahasa latin “ *caedere* “ yang artinya “ membedah“

Dalam ilmu kedokteran, istilah seksio sesar memiliki beberapa pengertian. seksio sesar adalah salah satu Teknik persalinan yaitu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui teknik insisi pada dinding perut (abdomen) dan dinding Rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janinnya > 500 gram. (Janosik 2005).

Seksio sesar adalah salah satu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau seksio sesar adalah satu histerotomia untuk melahirkan janin dalam rahim. (Mochtar 2011; Janosik 2005).

Persalinan seksio sesar adalah persalinan melalui sayatan dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin >1000 gr atau umur kehamilan >28 minggu.

Seksio sesar adalah satu tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut (*laparotomi*) dan dinding uterus (*histrektomi*) (Mandigo and Groen 2017)

Berdasarkan semua pengertian seksio sesar diatas jadi dapat disimpulkan bahwa seksio sesar adalah salah satu Teknik persalinan yaitu persalinan buatan yang melibatkan teknik pembedahan untuk mengeluarkan janin dengan melakukan insisi dinding perut (*laparotomi*) dan dinding uterus (*histrektomi*).

#### **2.2 Indikasi Section Caesarea**

Setiap tindakan medis tentunya harus berdasarkan indikasi medis pula. Terlebih tindakan dengan resiko yang sangat tinggi. Pada awalnya tindakan seksio sesar dilakukan jika pada saat proses persalinan ada gangguan pada salah satu

dari tiga faktor yang menyebabkan persalinan tidak dapat berjalan dengan lancar. Tiga faktor tersebut adalah :

1. Jalan lahir (passage)

Dilakukan atas indikasi ibu panggul sempit, ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul, trauma persalinan pada jalan lahir, atau adanya infeksi pada jalan lahir yang menular sehingga dapat membahayakan janin.

2. Janin (passanger)

Fatal distress/ gawat janin, mal presentasi janin ( bayi melintang dan bayi sungsang) prolapses tali pusat, bayi terlalu lama pada pintu atas panggul, denyut janin lemah dan bayi terlalu besar.

3. Kekuatan yang ada pada ibu (power)

Pernah seksio sesar sebelumnya dan faktor fisik dan sosiodemografi. Selain itu daya mengejan ibu yang lemah, ibu yang memiliki riwayat penyakit jantung atau ibu yang hamil pada usia di atas 35 tahun.

Dari data dan fakta yang terjadi di masyarakat tidak semua dapat melakukan persalinan secara normal, berbagai alasan medis seperti yang ditemukan di atas memaksa ibu untuk memilih alternatif lainnya. Yang seharusnya, cara demikian dilakukan ketika ibu dan janinnya dalam keadaan darurat dan hanya dapat diselamatkan dengan tindakan operasi.

Secara spesifik , indikasi medis dilaksanakannya tindakan seksio sesar meliputi:

### **2.2.1 Indikasi Fetus/ Janin**

A. Letak Janin

a. Letak lintang

Pada janin letak lintang, biasanya bahu berada di atas pintu atas panggul, sedangkan kepala berada di salah satu fossa iliaca dan bokong berada pada sisi lain. Pada pemeriksaan inspeksi dan palpasi didapatkan abdomen yang melebar dan fundus uteri membentang hingga sedikit di

atas umbilicus. Tidak ditemukannya bagian bayi dibagian fundus uteri, kepala teraba pada salah satu possa iliaca.

Penyebab utama adalah relaksasi berlebihan dinding abdomen akibat multiparitas yang tinggi, bisa juga disebabkan karena janin premature, plasenta previa, uterus abnormal, cairan amnion berlebihan, dan panggul sempit. (Cunningham et al. 2014)



**Gambar 2. 1 Letak lintang janin**

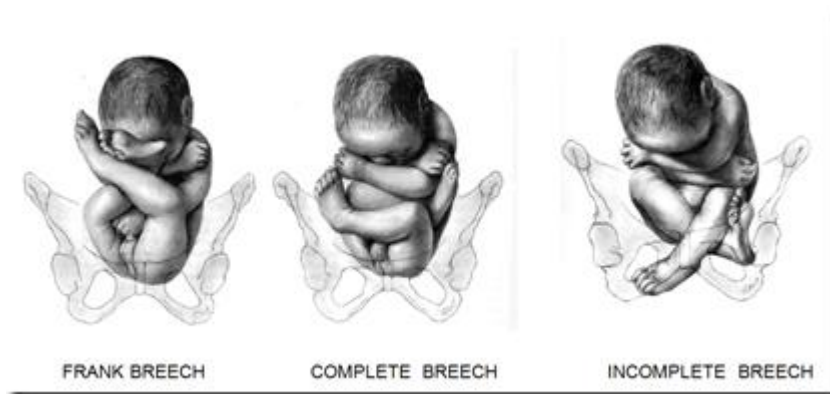
b. Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah letak janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong kiri, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3 -4 % dari seluruh persalinan aterm. Sebelum usia kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25 – 30 % (Prawirohardjo,2009).

Faktor resiko terjadinya presentasi bokong antara lain prematuritas, abnormalitas uterus, polihidamnion, plasenta previa, multiparitas, dan riwayat presentasi bokong sebelumnya. (Prawirohardjo,2009).

Presentasi bokong dapat diketahui melalui pemeriksaan palpasi abdomen. Maneuver Leopold perlu dilakukan pada setiap kunjungannya bila umur kehamilan  $\geq 34$  minggu.

Klasifikasi presentasi bokong terdiri atas tiga macam, yaitu bokong murni (60-70%), bokong komplisit (10%), dan kaki



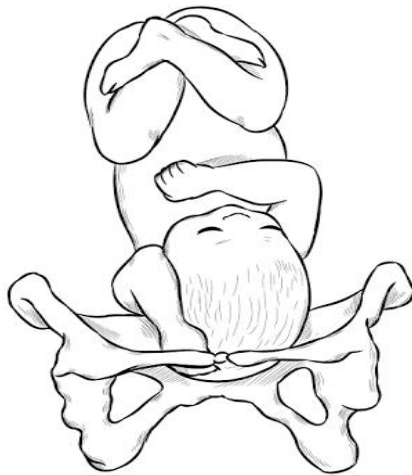
**Gambar 2. 2 Presentasi Bokong Pada Janin**

c. Presentasi Ganda atau Majemuk

Presentasi majemuk adalah terjadinya prolapse satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan atau tangan. Presentasi majemuk juga dapat terjadi manakala bokong memasuki panggul bersamaan dengan tangan.

Faktor yang meningkatkan kejadian presentasi mejemuk adalah prematuritas, multi-paritas, panggul sempit, kehamilan ganda, atau pecahnya selaput ketuban dengan bagian terendah janin yang masih tinggi. Prolapse tali pusat dapat terjadi sebagai komplikasi presentasi majemuk dengan kejadian 13-23%

Presentasi majemuk dapat dipikirkan apabila terjadi keterlambatan kemajuan persalinan pada persalinan fase aktif, bagian terendah janin ( kepala atau bokong) tidak dapat masuk panggul. Diagnosis presentasi majemuk dibuat melalui periksa dalam vagina. Apabila dalam pemeriksaan dalam vagina teraba kepala juga tangan/lengan dan atau kaki maka presentasi majemuk dapat ditegakkan.



**Gambar 2. 3 Presentasi Majemuk atau Ganda Pada Janin**

B. Gawat janin

Keadaan janin biasanya dinilai dengan menghitung denyut jantung janin (DJJ) dan memeriksa kemungkinan pecah meconium di dalam cairan amnion.

Diagnosis gawat janin ditegakkan jika ditemukan denyut jantung janin (DJJ)  $> 160$ /menit atau  $< 100$ /menit, denyut jantung janin yang tidak teratur, atau keluarnya meconium yang kental pada awal persalinan.

Kondisi ini dapat mengakibatkan janin mengalami gangguan seperti kerusakan otak, bila tidak ditangani dengan cepat dapat menyebabkan kematian janin. (Oxorn,2003).

C. Ukuran janin

Berat bayi lahir sekitar 4000 gram atau lebih (*giant baby*) menyebabkan bayi sulit keluar dari jalan lahir. Bayi yang lahir dengan ukuran yang besar dapat mengalami kemungkinan komplikasi empat kali lebih besar daripada bayi dengan ukuran normal. (Oxorn,2003)

Menentukan berat badan janin dapat dilakukan dengan :

1. Penaksiran berat badan janin dengan cara palpasi

Penaksiran berat janin dengan cara palpasi dianggap kurang akurat dalam menentukan berat badan janin, hal ini dikarenakan berat janin dapat dipengaruhi oleh cairan ketuban, obesitas, dan kelainan Rahim. (Petterson 1985, Hirate et. Al. 1990)



2. Penentuan berat janin dengan rumus Johnson Thousack

Rumus Johnson Thousac terbagi tiga berdasarkan penurunan kepala janin :

- Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 13) X 155. Bila kepala janin masih floating
- Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 12) x 155. Bila kepala janin sudah memasuki pintu atas panggul / H<sub>II</sub>
- Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 11) x 155. Bila kepala janin sudah melewati pintu atas panggul / H<sub>III</sub>

Sebelum dilakukan pemeriksaan dilakukan pengosongan kandung kemih, bila ketuban sudah pecah ditambah 10%

3. Penentuan berat janin dengan formula Dare's

Metode ini dilakukan dengan melakukan pengukuran pada lingkaran perut ibu di atas umbilicus dikalikan dengan tinggi fundus uteri dalam satuan centimeter

Metode ini dikenal dengan nama **Formula Dare's**

$$\text{TBBJ} = \text{FU} \times \text{AG}$$

Keterangan :

**TBBJ** =Taksiran berat badan janin

**FU** = Fundus Uteri

**AG** = Lingkaran Perut

D. Oligohidramnion

Satu kondisi dimana jumlah cairan amnion di sekeliling janin sangat sedikit, yaitu <500 cc. Adapun kriteria dari oligohidramnion adalah jumlah cairan amnion yang <500 cc, kental dan bercampur dengan meconium. Keadaan ini dapat disebabkan oleh insufisiensi plasenta, kehamilan postterm, kelainan ginjal kogenital dan ketuban pecah dini. (Oliver 2013)

Keadaan ini harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan dengan yang diharapkan pada usia gestasi, karena keadaan ini dapat menyebabkan sindroma peningkatan amnion (perlekatan antara amnion dan janin sehingga menyebabkan deformitas yang serius, (Janosik 2005)(Gondo 2011)

#### E. Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban pecah dini preterm. Sedangkan, KPD memanjang merupakan kondisi dimana ketuban pecah dini berlangsung selama >24 jam yang berhubungan dengan resiko infeksi intra-amnion.

Secara umum kejadian ini disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan yang terjadi berulang. Selaput ketuban pecah disebabkan karena adanya perubahan struktur biokimia yang menyebabkan selaput ketuban rapuh. Selain itu terjadi gangguan keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen yang menyebabkan aktivasi kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah.

Komplikasi yang disebabkan oleh ketuban each dini bergantung pada usia kehamilan komplikasi yang disebabkan seperti infeksi maternal maupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden section cesarea, atau gagalnya persalinan normal. (Prawiroharjo 2011)

#### F. Serotinus

Kehamilan postterm, disebut juga sebagai kehamilan serotinus atau kehamilan lewat waktu/ lewat bulan adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih yang dihitung dari hari pertama haid terakhir dengan menggunakan rumus neagle dengan siklus haid rata-rata 28 hari. ( WHO 1977, FIGO 't986)

Sampai saat ini teori mengenai penyebab terjadinya kehamilan postterm belum jelas, namun beberapa teori menyebutkan bahwa hal ini disebabkan oleh hormone progesteron, pemakaian oksitoksin, peningkatan kadar kortisol dalam plasma janin dan lain sebagainya.

Diagnosis kehamilan postterm atau serotinus tidak sulit ditegakkan jika HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) diketahui dengan pasti, siklus haid 28 hari dan teratur, serta tidak minum pil KB setidaknya 3 bulan terakhir.

Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan postterm bila terdapat 3 atau lebih dari 4 kriteria hasil pemeriksaan sebagai berikut:

- a. Telah lewat 36 minggu sejak test kehamilan positif,
- b. Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan droppler,
- c. Telah lewat 24 minggu sejak dirasakan Gerakan janin pertama kali,
- d. Telah lewat 22 minggu sejak terdegarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop.

Adapun resiko dari kehamilan postterm adalah kematian perinatal (anteartum, intrapartum, dan postpartum) disebabkan karena aspirasi meconium dan asfiksia. (Prawiroharjo 2011)

#### G. Lilitan Tali Pusat

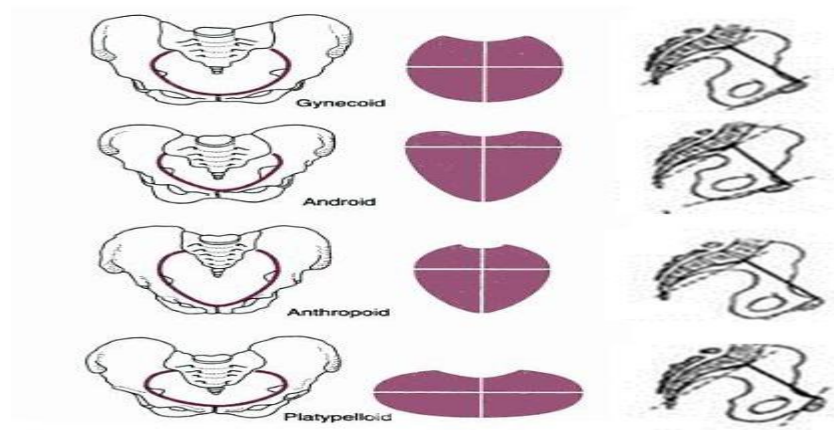
Keadaan dimana bayi terlilit tali pusar dengan kencang sehingga mengakibatkan bayi akan susah bernafas. Denyut jantung bayi yang diketahui normalnya adalah 100-120 permenit. Jika turun dari 120 permenit berarti janin mengalami masalah, namun jika denyut janin  $< 100$  maka bayi bisa dinyatakan terancam.

### 2.2.2 Indikasi Ibu

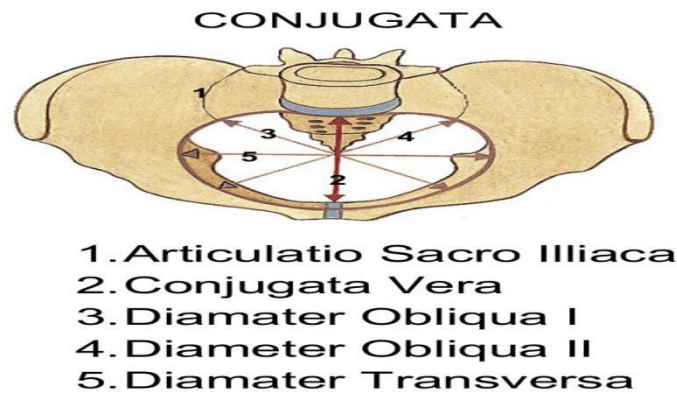
#### A. Panggul sempit

Pada panggul ukuran normal (panggul ginekoid, anthropoid, android, dan platipelloid). Kelahiran pervaginam dengan berat janin yang normal tidak akan memberikan gangguan pada proses persalinan. Namun, panggul sempit absolut adalah ukuran konjugata vera  $< 10$  cm dan diameter tranversa  $< 12$  cm.

Oleh karena itu panggul yang sempit dapat membuat janin tertahan pada pintu atas panggul, maka tekanan pada serviks uteri berkurang. Hal ini mengakibatkan inersia uteri serta mengakibatkan pembukaan pada serviks terlambat. (Prawirohardjo,2009)



**Gambar 2. 4 Bentuk Pelvis**



**Gambar 2. 5 Diameter Pelvis**

B. Tumor yang dapat menyebabkan obstruksi

Tumor yang sering dijumpai berupa mioma uteri, tumor ovarium, dan kanker Rahim. Adanya tumor dapat menyebabkan resiko persalinan pervaginam dapat meningkat. Sehingga perlu dipertimbangkan apakah dapat berlangsung persalinan pervaginam atau harus dilakukan tindakan *Sectio Cesarea* .

Tumor ovarium , ukuran tumor yang besar dapat menghambat pertumbuhan janin sehingga dapat menyebabkan abortus, bayi premature dan torsio.

Kanker Rahim, tebagi menjadi dua yaitu, kanker leher Rahim dan kanker korpus Rahim. Pengaruh kanker Rahim terhadap persalinan antara lain dapat menyebabkan abortus, menghambat pertumbuhan janin, serta perdarahan dan infeksi.(Mochtar 2011)

### C. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah kondisi plasenta yang abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

Klasifikasi dari plasenta previa didasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir. Plasenta previa komplit apabila seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta. Plasenta previa parsialis sebagian permukaan tertutup jaringan. Dan disebut plasenta previa marginalis apabila oingguran plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan (DeCherny and Naftolin, 2007)

### D. Rupture Uteri

Rupture uteri adalah suatu keadaan robekan pada rahim dimana telah terjadi hubungan langsung antara rongga ammnin dengan rongga peritoneum. (Arif 2000)

Kausa tersering pada ruptur uteri adalah terpisahnya jaringan parut bekas *seksio sesar* sebelumnya. Selain itu, ruptur uteri juga dapat disebabkan karena trauma atau oprasi traumatic, serta stimulus yang berlebihan.(Cunningham et al. 2014)

### E. Disfungsi Uterus

Mencakup kerja uterus yang tidak adekuat. Hal ini menyebabkan tidak adanya kekuatan untuk mendorong bayi keluar dari Rahim. Hal ini membuat kemajuan persalinan terhenti sehingga perlu penanganan dengan *seksio sesar* (Prawirohardjo,2009)

### F. Solutio Plasenta

Disebut juga sebagai abropsio plasenta, adalah terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta sebelum jalan lahir (Deering,2008). Ketika plasenta terpisah, akan diikuti perdarahan maternal yang parah. Bahkan dapat menyebabkan kematian janin. Plasenta yang terlepas seluruhnya disebut sebagai abropsio plasenta total, jika terlepas setengah disebut abropsio plasenta parsialis, dan jika hanya sebagian kecil pinggiran plasenta yang terlepas disebut ruptur sinus marginalis (Imepey.,2009).

## 2.2.3 Indikasi Ibu Dan Fetus (Janin)

### A. Gamelli atau Bayi Kembar

Kehamilan kembar atau multiple adalah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan multiple dapat berupa kehamilan ganda (2), triplet (3), kuadruplet (4), quintuplet (5), dan seterusnya sesuai dengan hukum Hellin.

Morbiditas dan mortalitas meningkat pada kehamilan ganda, komplikasi yang dapat terjadi antara lain anemia pada ibu, durasi kehamilan memendek, gawat janin dan komplikasi lainnya. Demi mencegah komplikasi-komplikasi tersebut perlu penanganan seksio sesar untuk menyelamatkan yawa ibu dan bayinya. (Prawirohardjo, 2009)

#### B. Riwayat seksio sesar

seksio sesar ulangan adalah persalinan dengan seksio sesar yang dilakukan pada seseorang yang pernah mengalami seksio sesar pada persalinan sebelumnya. Hal ini perlu dilakukan jika ditemui hal-hal seperti :

- Indikasi menetap pada persalinan sebelumnya seperti kasus panggul sempit
- Adanya kekhawatiran ruptur uteri pada bekas operasi sebelumnya.

#### C. Hipertensi Dalam Kehamilan

a. Preeklampsia adalah suatu sindroma spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan kenaikan tekanan darah pada usia kehamilan di atas 20 minggu. Sedangkan menurut (Cunningham et al. 2014) preeklampsia adalah sindroma spesifik pada kehamilan dimana berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivitas endotel. Penyakit ini ditandai dengan adanya hipertensi ( $\geq 140/90$  mmHg), proteinuria ( $\geq 300$  mg/ 24 jam atau  $\geq 1$  dipstick) dengan sampel urine random, dan edema namun, sekarang edema tidak lagi dimasukkan dalam kriteria preeklampsia dikarenakan edema banyak ditemui pada wanita dengan kehamilan normal.

Bila tekanan darah mencapai 160/110 atau lebih, disebut preeklampsia berat, sedangkan eklampsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau masa nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang (bukan karena kelainan neurologi) dan atau koma dimana sebelumnya sudah menunjukkan gejala preeklampsia (Cunningham et al. 2014).

Janin yang dikandung ibu dapat mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen sehingga dapat terjadi gawat janin. Terkadang pada kasus ini dapat

menimbulkan kematian bagi janin, bahkan keduanya. (DeCherny and Naftolin 1982)

b. Hipertensi Gestasional

Diagnosis hipertensi gestasional ditegakkan bila terdapat tekanan darah  $\geq 140$  mmHg pada usia kehamilan  $\geq 20$  minggu, tanpa disertai adanya proteinuria. Apabila ditemukan peningkatan tekanan darah yang signifikan, maka diperlukan pengawasan yang lebih ketat, karena kejadian eclampsia dapat mendahului proteinuria. Tekanan darah dalam kasus gestasional hipertensi akan berangsur normal dalam 12 minggu persalinan (Cunningham et al. 2014).

c. Hipertensi Kronik

Hipertensi kronik didefinisikan sebagai hipertensi yang ditemukan sebelum kehamilan atau sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu dan tidak kembali turun ke tekanan darah normal dalam 12 minggu setelah persalinan (Cunningham et al. 2014).

d. Superimposed Preeklampsia

superimposed preeklampsia didefinisikan sebagai timbulnya proteinuria untuk pertama kali ( $\geq 300$  mg/24 jam) di usia kehamilan  $\geq 20$  minggu, pada wanita hamil yang sebelumnya telah terdiagnosa dengan hipertensi (hipertensi kronis). Apabila seorang wanita menderita hipertensi dan proteinuria sebelum usia kehamilan 20 minggu, maka diagnosis superimposed preeklampsia dapat ditegakkan bila didapatkan peningkatan tekanan darah lebih dari sebelumnya, peningkatan proteinuria, terjadinya trombositopenia ( $< 100.000/\mu\text{L}$ ) (Cunningham et al. 2014).

#### 2.2.4 Indikasi Sosial

Permintaan ibu merupakan salah satu faktor yang berperan dalam angka kejadian seksio sesar yaitu mencapai 23.

Adapun indikasi sosial dilakukannya seksio sesar adalah sebagai berikut :

1. Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya

2. Wanita yang ingin seksio sesar karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi resiko kerusakan dasar panggul
3. Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau *sexuality image* setelah melahirkan
4. Adanya kepercayaan mengenai tanggal ataupun hari kelahiran dari seorang bayi

### 2.3 **Komplikasi sectio caesarea**

Menurut wikjosastro (2005) komplikasi seksio sesar sebagai berikut :

- a. Komplikasi pada ibu
  1. Infeksi puerperal  
Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, sedang terjadi kenaikan suhu disertai dehidrasi dan perut kembung atau bersifat berat, seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.
  2. Perdarahan  
Perdarahan banyak timbul pada waktu pembedahan jika cabang cabang arteri uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri.
  3. Kurang kuatnya parut pada dinding uterus  
Kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga dapat mengakibatkan ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya. Peristiwa ini lebih banyak ditemukan setelah *seksio sesar* klasik
  4. Komplikasi lainnya tapi sangat jarang ditemukan yaitu, emboli paru dan luka pada kandung kemih

### 2.4 **Penatalaksanaan Sectio caesarea**

1. Perawatan awal
  - a. Letakan pasien dalam posisi pemulihan
  - b. Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama,
2. Mobilisasi  
Mobilisasi bertahap dilakukan meliputi :



- a. Miring kana dan kiri dapat dilakukan sejak 6-10 jam setelah operasi
  - b. Latihan pernafasan
  - c. Hari kedua post operasi, penderita dapat dapat duduk selama 5 menit
  - d. Posisi tidur dapat diubah menjadi posisi setengah duduk
  - e. Hari-hari selanjutnya pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari dan latihan berjalan
3. Penatalaksanaan secara medis :
- a. Analgetik diberikan setiap 3-4 jam atau bila diperlukan seperti asam mefenamat, ketorolac, dan tramadol.
  - c. Pemberian transfuse darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
  - d. Pemberian antibiotic seperti Cefotaxim, Ceftriaxon, dan lain-lain.
  - e. Pemberian cairan parenteral seperti Ringer Laktat dan NaCl.
  - f. Jika terjadi perdarahan, lakukan masase uterus, berikan oksitosin 10 unit dalam 500 ml cairan I.V(garam fisiologik atau R1) 60 tetes/ unit.
  - g. Jika terdapat infeksi berikan antibiotic sampai pasien bebas demam selama 48 jam, berikan ampicilin 2 g I.V setiap 6 jam, ditambahkan dengan gentamicin 5mg/kgBB I.V setiap 8 jam, ditambahkan metronidazole 500 mg I.V setiap 8 jam
  - h. Untuk meningkatkan vitalitas dan keadan umum diberikan canoransia seperti neurobian I vit C
5. Untuk Pembalutan dan perawatan luka
- a. Jika pada pembalut terjadiperdarahan dan keluar cairan dalam jumlah yang tidak terlalu banyak maka tidak perlu mengganti pefmbalut
  - b. Jika pembalut kendur tidak usah diganti melainkan direkatkan dengan menggunakan plester
  - c. Ganti pembalut dengan steril
  - d. Luka harus tetap kering dan bersih
6. Hal-Hal Lain Yang Perlu Diperhatikan
- a. Pasca operasi dilakukan drainase untuk mencegah terjadinya hematoma,

- b. pasca bedah dilakukan opservasi untuk menilai kembali kemungkinan kemplikasi dan hematoma pasca bedah,
- c. pasien dibaringkan dengan posisi lutu ditekuk agar dinding abdomen tidak tegang,
- d. jangan mengangkut barang yang berat,

## **2.5 Hasil Luaran Bayi Pada Persalinan**

### **2.5.1 Pematuritas**

Persalinan prematur adalah suatu persalinan yang tidak normal dari segi umur kehamilan. Bayi prematur adalah bayi lahir hidup sebelum usia kehamilan 37 minggu (dihitung dari hari pertama haid terakhir) dan sebagian besar bayi prematur akan lahir dengan berat badan yang kurang dari 2500 gram (BBLR) (Prawiroharjo 2011).

Faktor predisposisi terjadinya kelahiran prematur diantaranya (Prawiroharjo 2011):

- a. Faktor ibu hamil : riwayat kelahiran prematur sebelumnya, perdarahan antepartum, malnutrisi, kelainan uterus, oligohidramnion, penyakit jantung/ penyakit kronik liannya, hipertensi, umur ibu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, jarak antara dua kehamilan yang terlalu dekat, infeksi, trauma, pekerjaan dan merokok.
- b. Faktor janin : cacat bawaan, kehamilan ganda (gamelli), oligohidramnion, ketuban pecah dini.
- c. Keadaan sosial ekonomi yang rendah

### **2.5.2 Asfiksia Perinatal**

Asfiksia perinatal adalah keadaan gawat bayi dimana bayi tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan kadar oksigen dan meningkatnya kadar karbon dioksida yang dapat berakibat buruk bagi kehidupan bayi. Skor APGAR merupakan penilaian yang dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya asfiksia pada janin. Penilaian APGAR ini dilakukan pada menit ke-1, 5 dan menit ke-10. Setelah bayi lahir lengkap dan telah dibersihkan. (Prawiroharjo 2011)

**Tabel 2. 1 Klasifikasi Skor APGAR**

Tanda	0	1	2
Nafas	Tidak ada	Tidak teratur	Teratur
Denyut jantung	Tidak ada	<100	>100
Warna kulit	Biru atau pucat	Tubuh merah jambu dan kaki tangan biru	Merah jambu
Gerakan/tonus otot	Tidak ada	Sedikit fleksi	Flexi
Reflex (menangis)	Tidak ada	Lemah/lambat	Kuat

Berdasarkan nilainya, skor APGAR diklasifikasikan menjadi 3 yaitu :

1. Asfiksia berat dengan nilai APGAR 0 – 3

Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100 kali/menit, tonus otot buruk, sianosis berat dan kadang-kadang pucat, reflex iritabilitas tidak ada (Wilmoth *et al.*, 2012).

2. Asfiksia ringan sedang dengan nilai APGAR 4-6

Pada pemeriksaan fisik terlihat frekuensi jantung lebih dari 100 kali/menit, tonus otot baik atau kurang, sianosis, reflex iritabilitas tidak ada (Wilmoth *et al.*, 2012).

3. Bayi normal atau sedikit asfiksia dengan skor APGAR 7-9

### 2.5.3 Berat Bayi Lahir Rendah

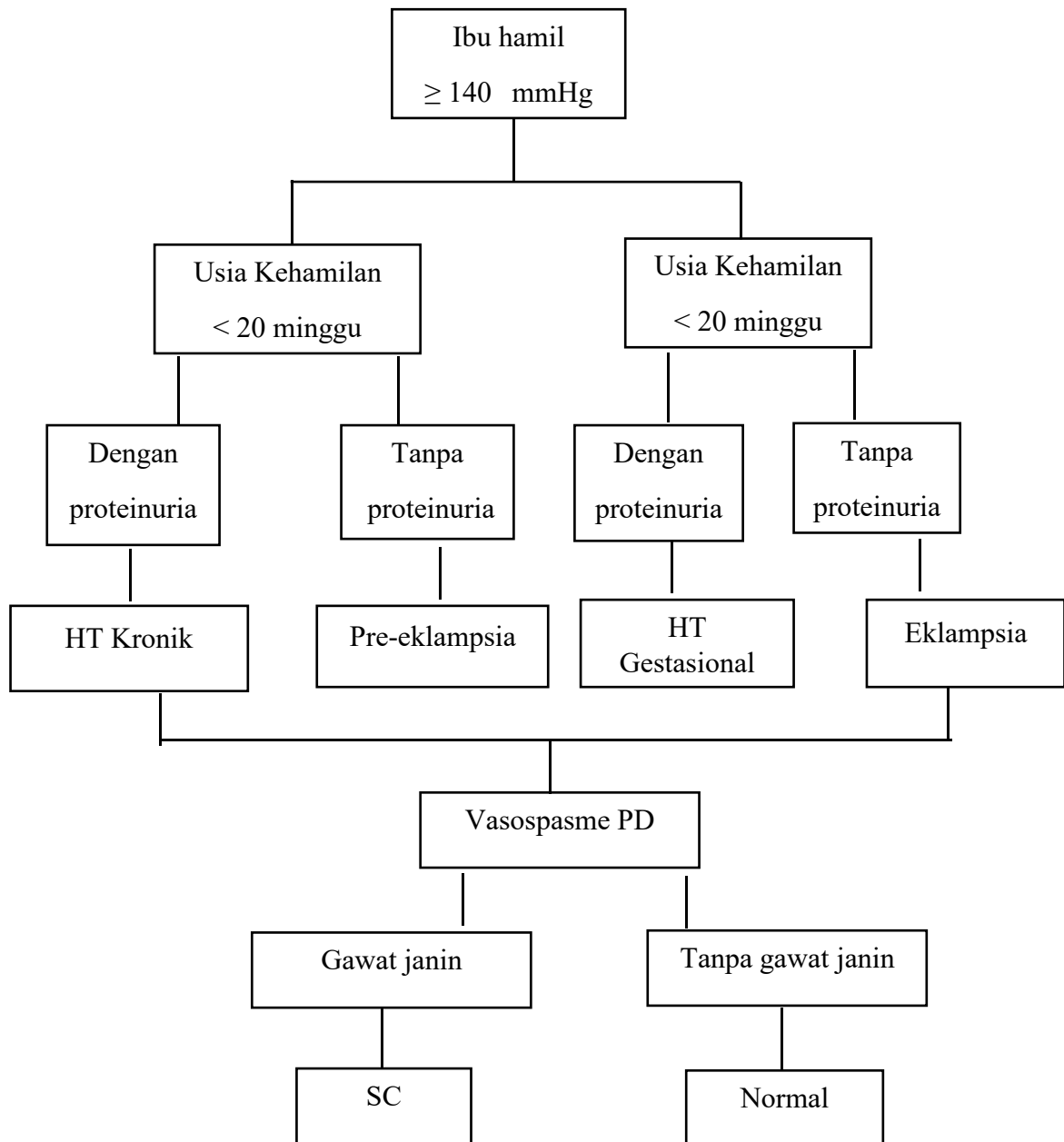
Berat bayi lahir rendah merupakan salah satu masalah kesehatan yang memerlukan perhatian di berbagai negara terutama pada negara berkembang. WHO (World Health Organization) mendefinisikan BBLR sebagai berat bayi yang lahir dengan berat  $\leq 2500$  gr. WHO mengelompokkan BBLR menjadi 3

macam yaitu BBLR (1500-2499 gram). BBLSR (1000-1499 gram), BBLER (<1000 gram).

#### **2.5.4 Kematian Perinatal**

Kematian perinatal adalah kematian janin pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih dan kematian bayi ini terjadi pada 7 hari pertama kehidupan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Simamora tahun 2016 menunjukkan bahwa kejadian kematian paling banyak terjadi pada kelompok yang melakukan persalinan pervaginam. (Simamora *et al.*,2016).

## 2.6 Kerangka teori



**Gambar 2.6 Kerangka Teori**